

Una introducción a la obra de D. W. Winnicott

Contribuciones al pensamiento relacional

Augusto Abello Blanco y Ariel Liberman



UNA INTRODUCCIÓN A LA OBRA
DE D.W. WINNICOTT

Pensamiento Relacional

Colección Pensamiento Relacional

Co-patrocinada por el INSTITUTO DE PSICOTERAPIA RELACIONAL (Madrid, España) e IARPP-ESPAÑA (Sección Española de la Asociación Internacional para el Psicoanálisis y la Psicoterapia Relacional)

Dirección: Alejandro Ávila Espada

1. *Introducción a la obra de R.D. Fairbairn. Los orígenes del psicoanálisis relacional (C. Rodríguez Sutil) – 2ª edición revisada y ampliada*
2. *La práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis (Joan Coderch) – 2ª edición corregida*
3. *Una introducción a la obra de D.W. Winnicott. Contribuciones al pensamiento relacional (A. Abello Blanco y A. Liberman)*
4. *La Terapia Sexual. Una mirada relacional (R. Castaño)*
5. *Realidad, Interacción y Cambio psíquico. La práctica de la Psicoterapia Relacional-II (Joan Coderch con la col. de A. Codosero)*
6. *Trabajando intersubjetivamente. Contextualismo en la práctica psicoanalítica (D. Orange, G. Atwood, R.D. Stolorow)*
7. *Las dos edades de la mente. Vicisitudes del funcionamiento mental (Juan José Martínez Ibáñez)*
8. *La tradición interpersonal. Perspectiva social y cultural en psicoanálisis (Alejandro Ávila Espada, ed.)*
9. *Falla básica y relación terapéutica. La aportación de Michael Balint a la concepción relacional del psicoanálisis (Neri Daurella).*
10. *Avances en Psicoanálisis Relacional. Nuevos campos de exploración para el Psicoanálisis (Joan Coderch, coord.)*
11. *Locura, fe y transformación. Los seminarios de Eigen en Seúl, 2007 y 2009 (Michael Eigen)*
12. *Psicopatología Psicoanalítica Relacional. La persona en relación y sus problemas (Carlos Rodríguez Sutil)*
13. *Influencia y autonomía en Psicoanálisis (Stephen A. Mitchell)*
14. *Marcando la diferencia en las vidas de los pacientes. Experiencia emocional en el ámbito terapéutico (Sandra Buechler)*
15. *Emoción y Relaciones Humanas. El Psicoanálisis Relacional como Terapéutica Social (Joan Coderch y Alejandra Plaza)*
16. *Al filo de la Intimidad. Extendiendo el alcance la interacción psicoanalítica (Darlene Bregman Ebrenberg)*
17. *El enigma de la angustia: Una conceptualización de la angustia desde el vértice relacional (Juan José Martínez Ibáñez)*
18. *La sombra del tsunami y el desarrollo de la mente relacional (Philip M. Bromberg)*

Augusto Abello y Ariel Liberman

UNA INTRODUCCIÓN A LA OBRA DE
D.W. WINNICOTT
Contribuciones al pensamiento relacional

Ágora Relacional
Madrid, España

Colección Pensamiento Relacional Nº 3

Una introducción a la obra de D.W. Winnicott
Contribuciones al pensamiento relacional
© 2011 Augusto Abello Blanco y Ariel Liberman

Abello, Augusto y Liberman, Ariel

Una introducción a la obra de D.W. Winnicott. Contribuciones al pensamiento relacional/ Augusto Abello Blanco y Ariel Liberman – 1ª ed.- Madrid: Ágora Relacional, 2011.

xxx pp. 21,5 x 15 cm (Pensamiento Relacional, dirigida por Alejandro Ávila Espada)

ISBN: 978-84-615-0731-3

1. Psicoanálisis. I. Abello Blanco, A.; Liberman, A. II. Título
CDU 159.9 616.8

ISBN: 978-84-615-0731-3

No está permitida, salvo excepción prevista en la ley, la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático o transmisión por ninguna forma, ya sea electrónica, mecánica, por fotocopia, escaneo, registro u otros métodos, ni cualquier comunicación pública por sistemas alámbricos o inalámbricos, comprendida la puesta a disposición del público de la obra de tal forma que los miembros del público puedan acceder a esta obra desde el lugar y el momento que cada uno elija, o por otros medios, sin el permiso previo y por escrito del editor y del autor o titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sgts. del Código Penal).

© Ágora Relacional S.L., 2011, 2017.

Editora: Ágora Relacional (Colección Pensamiento Relacional)
Alberto Aguilera, 10 – Escalera Izqda. 1º 28015-Madrid (España)

Teléfono: 91-5919006 Fax 91-4457333

E-mail: agora@psicoterapiarelacional.es

<http://www.psicoterapiarelacional.es>

Diseño de cubierta e interiores: Raúl Naranjo Valentín

Ilustración portada: Alejandro Boim

Version digital e-kindle (2017)

Reservados todos los derechos.

Producido en España (UE)– Produced in Spain (EU).

A Carmen Arias, por el buen amor y por la complicidad necesaria para que el 21 de marzo de 1986 fuese el inicio de la primavera.

A Julia, mi querida hija, presencia única a favor de la alegría.

A mi padre, socio también en esta empresa, porque, a pesar de todo, defiende siempre el amor a la vida. Y lo contagia.

A Lucía Martín Abello, a Thais y Manuela Abello Lustosa, mis queridas sobrinas.

A mis Queridos Seres Queridos y a mis Amigos, porque aman con la tozudez de los elegidos.

Al Grupo Pedroñeras, por su vocación caravanera, por las risas compartidas y por las que vendrán.

A los Chinos de las Cenas Chinas, por su paciencia. Al eterno anfitrión y mejor chef.

A la memoria de Hilda Tartaglia, que supo honrar la vida y cocinar los mejores «ravioles de cariño» que he probado jamás

AUGUSTO ABELLO

A mis queridos hijos, Sarah y Federico Simón, porque me enseñan a ser padre cada día.

ARIEL LIBERMAN

INDICE

Presentación de la colección: *Alejandro Ávila Espada*

Agradecimientos

Prólogo de Alfredo Paineira 16

Introducción 23

1. Aspectos biográficos de Donald Woods Winnicott 27

Algunos datos personales y familiares 29

Su estilo personal 34

El contexto histórico e institucional de Winnicott 43

2. Desarrollo emocional temprano en la obra de Winnicott 53

De qué tipo de pacientes hablamos, primordialmente 60

Tres procesos básicos: integración, personalización y realización 64

La madre en la obra de Winnicott 82

La capacidad para estar solos. 91

La relacionalidad y el orgasmo del Yo 93

3. Sobre la Transicionalidad 99

El espacio potencial 114

4. La capacidad de preocupación por el otro 121

5. El Uso de un objeto. La creación de la realidad compartida 137

Algunos comentarios sobre el tema de la agresión y del odio 142

La supervivencia del objeto 143

Algunos comentarios sobre los conceptos de destrucción y
agresión primaria en relación con el paradigma relacional 148

6. Verdadero y Falso Self 157

El concepto clínico de falso self 158

Grados del falso self	174
El concepto de verdadero self	178
Diferentes opiniones sobre el concepto de verdadero self	182
Algunas conclusiones inconclusas	186
7. La tendencia antisocial. Deprivación y delincuencia	191
Introducción. El marco histórico	191
Dos referencias al tema en la obra de Freud	199
Expresiones tempranas de la tendencia antisocial	213
Abordajes clínicos de la tendencia antisocial	217
8. Las cuestiones técnicas	229
8.1 Introducción	229
8.2 La regresión a la dependencia	234
Proceso analítico y cambio del tipo de consulta	234
Antecedentes del texto de 1954	237
En torno al texto de 1954	241
El encuadre como proceso	251
De cómo se tiene éxito fallando	254
8.3 Del acto terapéutico y la interpretación	257
A propósito de la carta de Winnicott a Melanie Klein: una lectura	257
Algunas consideraciones sobre la interpretación	266
8.4 El jugar y la psicoterapia	276
9. Reflexiones en torno al libro Relato de mi análisis con Winnicott, de Margaret Little	291
Algunos datos biográficos sobre la autora	292
Su primer análisis	298
Su segundo análisis	299
Psicoterapia con Donald W. Winnicott. 1949-1955, 1957	305
Epílogo	325
Bibliografía	329
Índice temático	343
Índice de autores	359

PRESENTACIÓN DE LA COLECCIÓN

Escribir es un acto de generosidad. La colección de publicaciones Pensamiento Relacional que alcanza en este momento su tercer volumen con la magnífica aportación de Augusto Abello Blanco y Ariel Liberman que tienen entre sus manos, es una invocación a la generosidad (autora y lectora) de todos los que comparten la sensibilidad por un enfoque centrado en la subjetividad y lo social donde se reconoce la naturaleza social de lo específicamente humano y se enuncia la subjetividad del llamado "individuo" derivada de su naturaleza intersubjetiva esencial. Somos derivados de una compleja matriz relacional, equilibrio adaptativo entre las posibilidades de integración de la experiencia de ser y las oportunidades de reconocimiento y existencia que brindan los entornos de relación en los que habitamos y a cuya construcción contribuimos.

Siguiendo una tradición de publicaciones repartida en diferentes sellos editoriales y publicaciones periódicas desde mediados de los años setenta, proponemos aquí un nuevo espacio de encuentro, un Ágora para el pensamiento relacional. Se trata de un proyecto que combina las tecnologías tradicionales de impresión y difusión, con los nuevos soportes y canales digitales, recogiendo tanto el ensayo como el manual, el relato de la experiencia y la propuesta teórica y clínica. Ofrecemos por tanto dos canales expresivos, la colección de libros (Pensamiento Relacional) y la revista electrónica (Clínica e Investigación relacional), como acicates de un efecto multiplicador de muchas otras iniciativas valiosas, existentes o futuras.

Hay diferentes ejes temáticos cuyo desarrollo se articulará en los sucesivos volúmenes de esta colección editorial. El punto de partida ha sido la propuesta de revisión crítica y la reconsideración de las contribuciones al pensamiento relacional de relevantes figuras de la clínica y del pensamiento psicoanalítico contemporáneo: Fairbairn, Winnicott, Mitchell, Sullivan, Pichon-Rivière, Kohut, Ferenczi, Fromm, entre muchos otros. Otros ejes parten de la consideración teórica y técnica de las aportaciones sistemáticas sobre la epistemología del pensamiento relacional, la teoría de la personalidad, la psicopatología, la teoría del cambio y la psicoterapia, las aportaciones de la investigación del desarrollo y las neurociencias, y de tantos otros ámbitos. Los interrogantes derivados de la clínica perfilan una larga lista de

posibilidades, que vamos a ir desgranando con el designio de trazar una mirada relacional sobre uno de los ámbitos más nucleares en la expresión de la subjetividad. Así el siguiente volumen será un ensayo sobre la clínica de la sexualidad. Nos ocuparemos también de las profundas transformaciones de la sociedad, los vectores del cambio social, los nuevos escenarios que la tecnología y la comunicación han venido configurando, nos han llevado a reconsiderar nuestro papel, pasivo o agente, en dichos cambios. No renunciamos, cuando sea posible, a la edición de “clásicos” de esta perspectiva, en ediciones comentadas y revisiones.

Desde la plataforma que ofrece esta colección, estamos convocados todos los psicoterapeutas relacionales a contribuir con nuestros trabajos, una oportunidad de escapar del refugio narcisista de la autocontemplación (del supuesto saber o de la ignorancia), poniendo así en letra compartida las reflexiones acuñadas a partir de la experiencia esencial del encuentro clínico, la derivada del propio devenir personal y encuentro con uno mismo, los debates con los colegas, las evocaciones suscitadas por la lectura de los maestros y predecesores, la síntesis comprehensiva y trabajosamente alcanzada de ideas precedentes, la rica aportación de quienes, desde la literatura a la ciencia recorren la encrucijada de los diferentes niveles de experiencia y conocimiento.

Esta propuesta es posible, no sólo por la generosidad de las ideas y de las personas, sino también por la de los apoyos que a su realización brindan diferentes grupos de personas y entidades: el colectivo de pensamiento GRITA (Grupo de Investigación de la Técnica Analítica), motor de la idea y de sus ejes de desarrollo, y las instituciones que copatrocinan el proyecto editorial: el Instituto de Psicoterapia Relacional (IPR) y la Sección Española de la Asociación Internacional para el Psicoanálisis y la Psicoterapia Relacional (IARPP-España).

Alejandro Ávila Espada
Ágora Relacional

Agradecimientos

Nos gustaría agradecer el acompañamiento enriquecedor que late en este libro —en muchos de los debates que forman parte de sus bambalinas— del Colectivo GRITA formado por Charo Castaño, Susana Espinosa, Dori de Prati, Carlos Rodríguez Sutil, Manuel Aburto y Alejandro Ávila Espada.

Desearíamos también resaltar y agradecer el entusiasmo, la paciencia y el empuje constante de nuestro editor, Alejandro Ávila Espada, sin el cual, probablemente, no estaríamos escribiendo esto.

Por último, y no por ello menos importante, quisiéramos agradecer la paciencia, la buena disposición y el buen hacer de nuestra correctora, Paz López-Felpeto Paz, sin cuya ayuda a este libro le faltaría algo... o le sobraría.

Augusto Abello Blanco y Ariel Liberman

Bienaventurados los que catan el fracaso, porque reconocerán a sus amigos.

Joan Manuel Serrat

Siempre me ha gustado la idea que le escuché a Héctor Fiorini, un maestro por quien siento una gratitud intacta, que propone que escribir es —ante todo— un acto de devolución. Por tanto, lo que he podido ofrecer en este libro está habitado —felizmente— por mucha gente. Incontables manos escribieron conmigo.

Deseo agradecer especialmente a Arnoldo Liberman y a Jaime Szpilka, porque, entre otras muchas cosas inolvidables y de incalculable valor, me contagiaron la pasión por la clínica psicoanalítica.

Una gratitud infinita siento por todos aquellos que —de diversas maneras, que van del amor a la lucidez— son los responsables de que haya llegado hasta aquí: Ana Abello Blanco y Roberto Longhi Tartaglia, porque gracias a su amor corajudo hicieron lo más difícil: confiar en mí cuando sólo había promesas, pronósticos e incertidumbres y supieron mantener nuestros corazones tan cerca como lo están nuestras bibliotecas; los maestros y maestras que disfruté; los supervisores que me acompañaron con un respeto exquisito y supieron decir más de una vez «no sé»; los alumnas y alumnos que —como colegas— me alimentaron en los seminarios y grupos de estudios.

Agradezco, cómo no, a todos los colegas que —de tan variadas maneras— me han nutrido y me nutren, y a Miryam Galaz que, con su cariño y buen hacer de siempre, aportó (a) Paz.

También me acompañaron en esta andadura, desde los senderos de la fraternidad y el calor amistoso, mis queridos hermanos Pablo y Mariano, a los que— independientemente del lugar del mundo en el que se encontrasen— siempre he sentido cerca. Brindo por ellos!

Una especial gratitud siento por mis pacientes, que —al igual que los de Winnicott— pagaron por enseñarme. Es difícil dar testimonio del reconocimiento que a ellos les debo. Ojalá lo hayan podido sentir, en alguna medida, a puerta cerrada y en cada sesión.

Por último, no puede quedar silenciado mi homenaje a Donald Woods Winnicott, por motivos obvios, y mi agradecimiento a Ariel

Liberman, Carlos Nemirovsky y Alfredo Paineira, que se tomaron el trabajo de hablarme de su existencia, de su obra y de su riqueza, porque con esa transmisión encarnada lograron incrementar el valor de lo transmitido y me invitaron así a compartir —no sólo una atractiva teoría y sus correlatos clínicos—, sino también una forma de entender la vida que hoy me acompaña... dentro y fuera de la consulta.

Augusto Abello Blanco
Madrid, febrero de 2011

Toda opera prima nos fuerza a una recapitulación de nuestro recorrido profesional y despierta las ganas de agradecer a todos aquellos que nos han acompañado de modos diversos a lo largo de dicho recorrido. Analistas, pacientes, maestros, compañeros y alumnos vienen a nuestro encuentro y a nuestra memoria, y nos damos cuenta de la cantidad de conversaciones, seminarios, sesiones, supervisiones e intercambios, tanto «oficiales» como de café, que gravitaron y gravitan en nuestro pensamiento, que lo orientaron, lo sorprendieron y, por qué no, también lo decepcionaron, construyendo el presente que hoy habitamos. Es imposible abarcarlos a todos y reconocer la deuda que hemos contraído de forma irremediable y de por vida. Por ello me gustaría señalar sólo los que considero momentos claves de mi formación como psicoanalista y como psicoterapeuta, y agradecer a todos aquellos a los que no podré nombrar, pero que fueron parte fundamental de esos momentos.

A mis compañeros residentes del Hospital Evita de Lanús, tanto a aquellos que me recibieron generosamente como a quienes pude pasar la posta (o el testigo) de una formación clínica integradora e interdisciplinaria, no dogmática y abierta, en esa especie de «trinchera» de la salud que por momentos marcaba nuestra travesía hospitalaria.

A mis compañeros y maestros de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis, a los que me une, junto con la amistad y el cariño, una convicción profunda en la fecundidad del diálogo entre diversas tradiciones del pensamiento psicoanalítico, así como del trabajo en sus fronteras clínicas, epistemológicas y disciplinares. Tuve el privilegio de formarme, entre otros, con gente como Rubén Zukerfeld, Adela Leibovich, Rafael Paz, Antonio Barrutia, Bruno Winograd, Alicia Casullo o con colegas invitados como Carlos Nemirovsky y de tener una analista comprometida como Hilda Ojman.

En tercer lugar, ya en Madrid —aunque fue aquí donde comenzó realmente hace muchos años mi historia formativa—, agradecer las aportaciones para este libro de quienes me acompañan durante los últimos tiempos en un seminario que coordino sobre el pensamiento de Winnicott: Aránzazu Alguacil, Ane Aramendi, María Chamorro, Félix Lalanne, Mayte Martín, Marina Martín Artajo, Isaac Seabra y Mónica Orozco.

Agradezco a Alfredo Paineira el haberme presentado, hace ya tiempo, a un Winnicott que despertó profundamente mi interés, así como su disponibilidad siempre presente para compartir psicoanálisis, tango, filosofía y encuentros de amigos, que ha hecho su interlocución enormemente fecunda e imprescindible.

Agradezco muy especialmente las lecturas atentas y lúcidas que de mis capítulos fueron realizando mi padre, Arnoldo Liberman, y mi colega, amigo y coautor de este libro, Augusto Abello.

Desearía dar las gracias también a mis familias adoptivas porteñas — la familia Piekar (Elda, Jaime, Daniel y Lili) y la familia Toker (Clarita, Eliahu Z”L, Gabi y Carina)—, por acompañar de forma continua, con cariño, comida, charlas y paciencia, mis búsquedas y pequeños «desvaríos» porteños de estudiante y residente tanguero. Y, por supuesto, a mis queridos padres —Arnoldo y Susana— como a mi hermana Mónica y su familia por el incondicional apoyo que siempre han expresado y practicado a lo largo de los años.

A mis amigos del alma, Alejandro Boim y Pablo Piekar, que a pesar de la distancia física que hace un tiempo nos separa, siempre los tengo cerca y son referentes indispensables de cómo me pienso y cómo me siento.

Quiero finalizar estos agradecimientos haciendo especial mención a quienes cotidianamente me acompañan y me nutren con su presencia. En primer lugar a Claudia, mi mujer, por todo lo que tiene que aguantar —y aguanta— de mis pasiones psicoanalíticas, musicales y demás, de mi crónico desorden de libros, partituras y horarios, haciéndolo siempre a buen ritmo, a veces en dos por cuatro, muchas veces en tres por cuatro —en valsecito criollo, que tanto nos gusta— y otras veces con traspíe. Ella y nuestros hijos, Sarah y Federico Simón, mostraron una exquisita tolerancia y un constante apoyo que me permitió, durante algunos meses, dedicar mucho tiempo a este libro que hoy ve la luz.

Ariel Liberman
Madrid, febrero de 2011

PROLOGO

Me he impuesto el firme propósito de no contraer nunca responsabilidad alguna en actos, diligencias o palabras que no proviniesen enteramente de mí.

J. Chevalier, *Conversaciones con Bergson*

Queda claro que quiero escribir éste prólogo, porque yo, como Bergson, he decidido no contraer responsabilidades que no provengan enteramente de mí...

La historia menuda suele ser la médula de la historia, y ésta se inició hace ya muchos años, un día en que un joven lleno de inquietudes, residente en el servicio de psicopatología de Lanús, Ariel, me invitó a discutir un material clínico suyo con los otros residentes.

Contra toda lógica (tenía que suspender mi consulta, viajar, etc.), acepté y se inició un vínculo y una amistad que perdura con los años, a la que se agregó casi naturalmente Augusto.

Por eso, ya estaba decidido a escribir el prólogo antes de que me lo pidieran... Años de intercambios, en que hablábamos de filósofos que, por rara casualidad, estábamos leyendo a la vez... y desfilaron Rorty, Levinas, Bergson, y tantos más, alternando con menciones al tango, debilidad que compartimos, el turf y algún párrafo familiar... Ah, por supuesto, a veces también hablábamos de psicoanálisis...

Nos vimos y trabajamos juntos en algunos viajes míos a Madrid, y pensamos... manteniendo el compás.

Ariel, en determinado momento, escribió un comentario a mi último libro, que me honra... y que excede los méritos de lo escrito por mí, y yo voy a escribir el prólogo de ésta opera prima de Ariel y Augusto, que leí con entusiasmo y que paso a comentar... temiendo quedarme corto.

Ariel y Augusto han encarado el abordaje de la obra de Donald Winnicott con una inteligencia inusual.

Han logrado transmitir, por un lado, las ideas del autor y, por otro, entrar en debate con ellas, examinándolas desde diferentes puntos de vista y extendiendo sus límites hacia campos no abordados por él.

Parten, lo que es muy importante, de una contextualización histórica, dado que las ideas de Winnicott nacieron y se desarrollaron dentro de una controversia apasionada suscitada en la Sociedad Psicoanalítica Británica, a propósito de la aparición en escena de dos mujeres dominantes: Melanie Klein y Anna Freud. Ambas con gran capacidad de liderazgo y con una particular dificultad para renunciar a las jergas que cada una de ellas fabricó y volcar sus ideas en un lenguaje común, sin sobreentendidos que sólo captan los «iniciados», y así abrirlas a un debate fructífero.

Por el contrario, se encastillaron en dos grupos cerrados y se negaron sistemáticamente a otorgar al otro grupo entidad para considerar por lo menos sus ideas y debatirlas. Ambas ejercieron sus liderazgos con diferentes estilos, que Winnicott graficó muy bien cuando decía que el grupo kleiniano era una gran familia (haciendo alusión a que la totalidad de sus integrantes debían analizarse con Melanie Klein, salvo Joan Riviere, que era su contemporánea)..., dándose un hecho curioso, una «paradoja», podría haber dicho Winnicott: el grupo que cuidaba el setting y el encuadre hasta hacerlo sacrosanto estaba integrado por personas que guardaban y conservaban un vínculo de sujeción con su líder y analista... Y que el grupo annafreudiano era como un colegio, aludiendo a la modalidad de Anna Freud y a su asociación con los aspectos educativos...

Gran parte del esfuerzo de Winnicott consistió en tratar de hacer dialogar a quienes no lo deseaban, y de eso dan testimonio las cartas rescatadas después de su muerte, en las cuales reclama infructuosamente a Melanie Klein que abandone su jerga y se abra al diálogo, y a Anna Freud instándola a debatir sus ideas... porque Winnicott era un hombre de diálogo.

Pero, después de años de profesión, escribe su primer artículo «winnicottiano» en 1945. Y podemos preguntarnos, ¿qué habrá pasado para que Winnicott a los cuarenta y nueve años haya comenzado a exponer sus propias ideas?

Recién ha concluido la guerra... Corría el año 1945, ha pasado por su experiencia con niños sin hogar, deprivados, ha escrito acerca de la privación y de la conducta antisocial... ha conocido a Clare Britton, su

segunda mujer, luego de su infortunada unión con su primera mujer que sucumbió a la psicosis..., y se ha permitido pensar por su propia cuenta, aunque su analista, Joan Riviere, no lo alentó, dejando de lado sin leer los trabajos que él le llevaba.

¿Qué pasaba en Londres entonces? Había terminado la guerra y el psicoanálisis inglés se debatía entre las ideas totalmente revolucionarias de Melanie Klein aplicadas al psicoanálisis de niños y ahondando en los comienzos de la vida psíquica, y los aportes de Anna Freud, que centró su interés en el yo, siguiendo los últimos aportes de su padre «esquema del psicoanálisis», «análisis terminable e interminable» y «construcciones en análisis», sobre todo.

Ambas, dotadas de un personalidad dominante e intransigente, dividieron las aguas al extremo de que el grupo mayoritario terminó siendo el denominado middle group, en donde se agrupaban todos aquellos analistas no alineados.

Las ideas winnicottianas de Winnicott florecen entonces, como nos dicen los autores, y comienzan a expresarse en el año 1945 (¡¡¡winnicott tiene cuarenta y nueve años!!!!), con su primer artículo brillante sobre el desarrollo temprano —muy bien aprovechado por los autores de este libro—. En él, Winnicott nos habla, lo que no hará a menudo, sobre la comprensión, entendida como la capacidad de encontrar sentido a lo que a uno le acontece, y cuyo desarrollo elemental como capacidad debe preceder a la «presentación de la realidad» por parte de la madre, que debe ofrecer a lo largo de la vida el fragmento de mundo que el hijo sea capaz de comprender.

Y nos habla del tiempo, aseverando que ningún análisis puede concluir sin haberlo considerado.

Rescatan los autores un artículo «prewinnicottiano» de Winnicott del año 1939, al que sacan provecho, y es una de las «perlitas» adicionales del libro que comento.

Las ideas de Winnicott son, en ese contexto, «revolucionarias» y anticipan la evolución actual del psicoanálisis... Masud Kahn lo definía como un revolucionario sin programa fijo y Guntrip, que fuera su paciente, como un analista mucho más revolucionario en su quehacer que en sus ideas inclusive... no apegado a ninguna ideología... y abierto.

¿Qué hacía de Winnicott un revolucionario? Lo exponen con mucha lucidez Liberman y Abello, discutiendo con él y con sus ideas... y

dedicando gran parte de su libro a los aspectos más originales de la obra de Winnicott, a saber: el nacimiento del sí mismo; el sí mismo, la ipseidad, o como se lo quiera llamar..., a partir del despliegue espontáneo sostenido por el medio materno, el hombre capta en primer lugar su continuidad existencial, que, sin que el infante lo sepa, va a depender del sostén que el medio materno le presta, gracias a la conexión de la madre con su hijo. O sea no nace del conflicto.

Desde el comienzo privilegia la vivencia y la búsqueda de motivos, y enfatiza que el análisis tiene que ver «más con el ser que con el sexo»... Las explicaciones «mecánicas» no le agradan, y subraya que, en general, se trata de pensar y luego conceptualizar, como sucesivos y encadenados, acontecimientos fundantes de la existencia humana que se dan en relación de simultaneidad. Muchas cosas pasan a la vez, de allí que la «paradoja» encuentre en su pensamiento un lugar tan importante.

El vínculo con la madre hace posible esa «experiencia de ilusión», en la cual el bebé cree crear el mundo que en realidad encuentra, aunque debe crearlo él, ese momento de omnipotencia absoluta en que se crea el mundo y se lo aniquila sin odio simplemente por dejar de necesitarlo.

Llama a esta modalidad de relación (que vivencialmente no es relación, porque no hay más que un término) identificación primaria o identidad.

Todo lo que el bebé imagina se hace realidad...

Nace así creando, y a partir de su necesidad, crea el objeto que encuentra (primera paradoja winnicottiana), «crea el objeto que encuentra», pero «debe crearlo, no encontrarlo». Nace sintiendo que crea el objeto, el mundo, desde sí mismo y que lo creado forma parte de sí mismo.

La continuidad existencial está muy cerca de la *durée* bergsoniana, como Liberman nos dice... Y Bergson, leído por Winnicott en sus comienzos («Ensueño y creatividad», nada menos), nos dice cosas como ésta, que Winnicott hubiese suscrito sin duda:

Hay por lo menos una realidad que todos aprehendemos desde dentro, por intuición y no por simple análisis. Es nuestra propia persona a través del tiempo, es nuestro yo que dura. Podemos no simpatizar intelectualmente o más bien espiritualmente con ninguna otra cosa, pero simpatizamos seguramente con nosotros mismos («El pensamiento y lo moviente»).

El sí mismo es ese punto hipotético desde el cual nace el gesto espontáneo que, en éste caso, es la creación del objeto subjetivo.

Con Winnicott, nace un psicoanálisis diferente, porque para él lo esencial es que el hombre llegue a ser... él mismo, a sentirse creativo, y a vivir una vida en donde las conductas motivadas (que nacen de él) tengan un lugar importante en relación a las «conductas reactivas», a los estímulos del medio...

Todo esto se desprende con claridad meridiana de este libro «vivo» sobre su obra «tan viva», y aparece muy bien expuesto y discutido por los autores en los capítulos dedicados al desarrollo temprano. Abundan allí los comentarios enriquecedores y una bibliografía que va más allá de las opiniones del autor...

Desde ya, Winnicott, como nos recuerdan Liberman y Abello, pronunciaba a veces frases «escandalosas», como que no había bebé, para referirse a que, en los comienzos, no es concebible la existencia de algo que podamos llamar bebé, sin un medio que lo sostenga...

Abordan con propiedad e inteligencia otro tema controversial, caro a Winnicott, que es el de la agresión, que vincula con la vida, con la movilidad primaria, con el erotismo muscular, mientras que, en todo caso, la inmovilidad se relaciona con «la no entrada del instinto de vida» y en el carácter reactivo de esos sectores «muertos» del psiquismo, rechazando categóricamente la idea de un instinto de muerte.

Destacan los autores el descubrimiento de la realidad por el despliegue del sí mismo, gatillado por el erotismo muscular que lleva a chocar con la realidad que así es descubierta por él.

Esto lleva al descubrimiento, primero de la alteridad, y luego al reconocimiento del otro... de la relación de objeto al uso del objeto, tema que aborda exhaustivamente Augusto, que batalla con dos ideas controversiales de Winnicott: la primera es la de la fuente de la agresión, que ubica en la movilidad primaria, en el erotismo muscular, que necesita para su descarga de una realidad consistente que ofrezca resistencia... Así descubre el bebé lo otro que no es él... no todavía al otro. La segunda, el pasaje enigmático de la relación de objeto al uso del objeto.

Pasa así por el tema de la agresión no intencional de la primera etapa a la agresión intencional de la posición depresiva, subrayando los dichos

de Winnicott en el sentido de que, durante la posición depresiva que comienza con la colocación del objeto afuera del área de omnipotencia primaria absoluta del yo, la destructividad debe desplegarse el máximo, pero que la destrucción debe permanecer en estado potencial. Y allí aparece el lúcido análisis de los autores acerca de la supervivencia del objeto y de la formulación dramática que hace Winnicott del hecho —en frases imaginarias— te odio—te destruyo—sobrevives a la destrucción—te amo, señalando el reencuentro jubiloso con el objeto que se destruyó intencionalmente, pero que sobrevivió a esa destrucción.

Y enseguida, Liberman aborda un tema conexo que es el del concern, palabra intraducible con la que lucharon denodadamente los traductores sin lograr hallar el término que en castellano pueda expresar la idea...

Allí aparece el tema central de la culpa sana, auténtica, o como se la quiera llamar, que es «el sentimiento que se experimenta frente al dolor que hemos ocasionado a otro»... Nace, pues, de la compasión, término que Winnicott utiliza a veces para referirse al periodo de pre-compasión, que precede a la posición depresiva. El cuidado por el otro surge naturalmente de la propia capacidad reparatoria, del desarrollo de la responsabilidad por lo que se hace y por lo que se desea, y así aparece el otro como el otro semejante a mí... pero no igual a mí. Levinas y Marcel estarían de parabienes... que en el psicoanálisis haya autores que se ocupen de ese reconocimiento del otro como otro diferente a mí...

Y sigue el tema de la transicionalidad, que en última instancia tiene como puntos de partida la evolución de la creatividad primaria del infante y la necesidad de suturar la pérdida que representa la separación de la madre... A eso se suma, como componente fundamental, la maduración motora y la manipulación... sobre ese objeto creado-hallado que es el objeto transicional.

Objeto (primera posesión no-yo del infante) sobre el cual va a aplicar toda su omnipotencia por manipulación... lo va a amar, atacar etc. Y el objeto (que no puede ser de cristal) va a sobrevivir a esos ataques...

Luego ese primer símbolo creado por el bebé se va a abrir en el juego, que como nos recuerdan los autores es playing (jugando más que juego), y va a estallar en la creación de un espacio abierto a la cultura, donde se crea y se recrea lo que allí se encuentra... donde, como alguna vez dije, las palabras se hacen poesía y los sonidos y los silencios música..., el área en la cual la gente es realmente más rica o más

pobre..., donde radican los valores las creencias desde las cuales vivimos...

Abordan el tema del tiempo, que es vital y que los autores analizan con profundidad, el tiempo como tiempo vivido...

Y luego otro tema vital... El sujeto para Winnicott se encarna... El cuerpo es algo más que cuerpo vivido... El infante, al otorgar sentido a lo que experimenta, lo va habitando, lo va haciendo carne, si utilizamos la terminología de Jean Luc Marion. Éste nos dice:

Mi carne se distingue de todo objeto porque antes de poder percibirse, percibe, por el hecho de que antes de sentir me hace sentir... La carne vuelve visibles los cuerpos del mundo que permanecerían sin ella en la noche de lo no visto. Mi carne me abre la única boca hacia la sombra.

Winnicott no dice tanto, pero distingue ese cuerpo vivido y el cuerpo objeto que no tienen «ninguna relación de inherencia».

No dejan tema sin abordar y, como no podía ser de otra manera, se ocupan con profundidad del tema del falso self y el de la patología de falso self predominante, culminando con un agudo estudio sobre uno de los artículos de Winnicott más ricos y menos entendidos, que es el de la regresión terapéutica, que en sí misma, si el medio lo permite, es curativa, porque permite hallar los puntos de falla, el fracaso ambiental congelado y catalogado, temporalizándolo, al actualizarse, al temporalizar las fallas actuales del analista...

Es un libro apasionante, en el cual se exceden los límites de la síntesis conceptual para instarnos a debatir con ellos y con Winnicott acerca de temas tan conflictivos como los que he mencionado, que nos obligan, como alguna vez dije, a repensar el psicoanálisis y a recrearlo desde las coincidencias y las controversias...

Debemos agradecer el esfuerzo de Augusto y Ariel, y decirles que han superado los objetivos.

Alfredo Pinceira

INTRODUCCION

Este libro representa una tarea que puede, en un primer momento, parecer sencilla. No lo ha sido a la hora de su realización. Más bien podemos decir que se trató de una tarea compleja. La complejidad reside en el doble movimiento que requiere para nosotros un trabajo con estas características: comprensión y amplificación. Por un lado, nuestra tarea consistió en resumir algunos de los grandes temas de la obra de Winnicott, aquellos conceptos que han sido muy referidos en la literatura psicoanalítica de modos muy diversos; mientras que, por otro, tuvimos que amplificar o desarrollar lo que se suele presentar marginalmente en sus trabajos, aunque de forma reiterada, así como algunos de los supuestos que están operando y que, sin embargo, no están tematizados o explicitados. En el movimiento de comprensión se encuentran, por lo tanto, los conceptos que de forma más evidente nos parecen centrales en la obra de Winnicott, mientras que en la amplificación aparecen, probablemente, los énfasis y elecciones cuyo rostro es más personal a la hora de considerar y relacionarnos con su obra. Pensamos que estas últimas ideas están expuestas en sus trabajos de forma opaca o con síntesis abigarradas de conceptos complejos. Desvelar y/o desgranar estas cuestiones, unir lo fragmentado, generar un hilo conductor entre parcialidades o mostrar relaciones conceptuales ha sido, muchas veces, la tarea que nos tocó desarrollar para intentar conseguir que el tema en cuestión revelase su importancia y originalidad.

Aun así, sabemos —somos conscientes— que en el acto de comprimir/resumir somos nosotros quienes hemos elegido un número de temas y las correspondientes exposiciones de dicho tema, que consideramos fundamentales de la obra de Winnicott. Y lo hemos hecho en base a nuestras resonancias teóricas, clínicas y también personales. Es indudable que en dicha elección, pues, han jugado un importante papel asuntos vinculados a nuestras preferencias más subjetivas y secretas,

quizá incluso para nosotros mismos. Por ello nos gusta pensar que, en cierta medida, todo acto de escritura tiene un efecto de revelación.

No es contradictorio con lo que hemos expuesto afirmar que es fácil estar de acuerdo en que la mayor parte de los temas centrales de la obra de Winnicott quedan reflejados en esta obra. La diferencia estará, insistimos, en la importancia que cada uno —todo aquel que se enfrente a esta obra— podría haberle dado a unos temas y a otros. Nuestro sello personal refleja nuestras zonas luminosas y, probablemente —o inevitablemente—, sus correspondientes sombras.

De la misma forma, la tarea que asumimos consistió en algún momento en recopilar a lo largo de la obra los aportes referidos a un mismo concepto que aparecen repartidos, expuestos o tratados en muchos artículos dispersos. Es sabido que Winnicott no escribía libros —salvo una excepción—, y eso ha hecho que temas importantes se encuentren escritos/desarrollados/desplegados a lo largo de los años. Eso le da a su obra un tono a veces desordenado, que avanza a saltos, no lineal, y en ella se entrelazan constantemente cuestiones teóricas —sean del desarrollo, psicopatológicas o técnicas— con cuestiones clínicas. Pensamos que, como referiremos en el capítulo 1, esta peculiaridad forma parte del estilo de Winnicott, estilo que favorece cierta frescura en sus textos y que posee, por supuesto, los inconvenientes evidentes de no tener centralizado el concepto que se quiere estudiar, que va y que viene, que oscila, pero también que en cada vuelta enriquece sus propias concepciones —muchas veces sin hacerlo de manera explícita, una y otra vez... Esto ha ocurrido, por citar sólo algunos ejemplos, con la función materna —fundamental en su obra y sobre la que escribió a lo largo de toda su vida— como un concepto tan importante como el de «regresión a la dependencia» o con temas como el de la tendencia antisocial o el de falso self.

Sabemos que hay muchos Winnicott(s), muchas miradas/lecturas que lo recrean desde las propias necesidades personales y de época. Formamos parte de ellas. Aun así, también sabemos y somos de los que pensamos —junto con muchos otros— que la obra de Winnicott se ha leído, en ocasiones, con cierta premura, de forma un poco estereotipada y/o superficial. Creemos que esto puede deberse tanto a cierto aspecto que la obra ofrece a primera vista como a otros motivos más profundos y menos ingenuos. En cualquier caso, de esa situación poco estimulante para quien le interesa pensar como tal se ha desprendido otra que aún lo es menos: una considerable serie de malentendidos en relación a

conceptos esenciales de su obra y de la articulación entre ésta y la práctica clínica. Con humildad, pero también intención, hemos tratado de solventar esa situación, explicitar a qué malentendidos nos referimos y dar cuenta de la complejidad que encierran muchos de sus conceptos, formulados estos últimos frecuentemente en un lenguaje y en una terminología muy cercana a sus usos coloquiales o convencionales —lo que caracteriza también el estilo de Winnicott— y en un tono que, de alguna manera, transmite buena parte de su forma de entender —y practicar— la clínica psicoanalítica. Hasta qué punto lo hemos conseguido, nos los dirá sólo el tiempo y la respuesta o diálogo con nuestros lectores.

El resultado puede parecer muchas veces —y en cierta medida es así— un desarrollo o explicación de algún capítulo original del propio Winnicott. Hemos preferido tomar este camino porque hay trabajos muy sustanciosos que recogen muy bien las ideas centrales del autor y que son, a nuestro entender, referencias insoslayables para quien desee introducirse en su obra.

Al releer lo que hemos escrito, observamos que nuestro estilo incluye repeticiones de ciertas ideas dentro de un mismo capítulo. Y en ocasiones lo mismo sucede entre diferentes capítulos. Hemos decidido conservarlo así, ya que pensamos que cierta reiteración es necesaria para la transmisión de algunos conceptos y que en ocasiones abre escorzos y articulaciones que no eran tan evidentes en otras exposiciones del tema en cuestión, y que, por lo tanto, puede recoger las variedades o matices que están incluidas dentro del concepto tratado.

Hay palabras claves en su obra que hemos intentado desarrollar en este libro, como son creatividad, la continuidad existencial o el «estar siendo» (*going on being*), la espontaneidad o el lugar del gesto creativo, las dinámicas dentro-fuera o creación-imposición así como la autenticidad, el juego o el humor... Pensamos que no son conceptos aislados y esperamos que el trabajo que hemos realizado transmita su necesaria y compleja articulación.

Es posible advertir en Winnicott el deseo permanente de no quedarse encerrado en la visión más solipsista de las formas prevalentes entonces de comprender la vida psíquica. Es fácil imaginarlo haciendo esfuerzos para atravesar ciertos límites que debieron de parecer infranqueables en esa época y en esas geografías. Afortunadamente, sentimos que lo ha conseguido.

Augusto Abello y Ariel Liberman

Deseamos haber conseguido también nosotros los objetivos que en esta introducción resumimos y que el lector así lo sienta.

Augusto Abello Blanco y Ariel Liberman



ASPECTOS BIOGRÁFICOS DE DONALD WOODS WINNICOTT

El plan del universo ofrece a todos la posibilidad de vivir creativamente. Vivir creativamente implica conservar algo personal, quizás secreto, que sea incuestionablemente uno mismo. A falta de otra cosa, pruebe con la respiración, algo que nadie puede hacer en su lugar.

Winnicott

Introducción

Por Augusto Abello Blanco

Como bien nos recuerda Irene Chelger, F. Nietzsche creía que las teorías de un pensador podían entenderse como «autobiografías ocultas», idea a la que el psicoanálisis —en función de sus propios postulados— puede adherir con toda comodidad.¹

En una línea similar, Harry Guntrip, analista que fue paciente de Winnicott, dirá: «Las fuentes de la teoría se encuentran en nuestra psicopatología» (Véase Boushira, J y Durieux, M.C. 2005).

En el sentido contrario al que propone la idea de Nietzsche, también podemos recorrer un camino fecundo; veremos algunos datos de la biografía de Winnicott convencidos de que ayudan a comprender, de manera más rica, sus desarrollos teóricos y clínicos.

¹Véase Irene Chelger, «Biografía de Donald Woods Winnicott», en la página web <http://www.winnicott.com.ar/biografia.htm>.

Si establecer puentes entre la biografía de un autor con su obra —y viceversa— es un ejercicio que enriquece la mirada de esa obra y de ese autor, creemos que en el caso de Winnicott esta ligazón cobra un especial valor.

Hay aspectos de su obra que sintonizan de manera muy clara y directa con su forma de entender la vida y de relacionarse con las personas de su entorno. Nos dice Clare Winnicott:

Según he sugerido, la clave fundamental del trabajo de Winnicott sobre los objetos y fenómenos transicionales ha de encontrarse en su propia personalidad, su manera de relacionarse y de hacer que los demás se relacionaran con él, y en todo su estilo de vida (cit Clare Winnicott, 1989).

Y nos aclara aún más la idea cuando matiza:

Quiero decir que fue su capacidad para el juego, que jamás lo abandonó, lo que lo condujo hacia el ámbito de investigación que conceptualizó como objetos y fenómenos transicionales (ibídem).

Ya veremos cómo el juego² cobra, en nuestro autor, un lugar relevante. Para él, capacidad para el juego era comparable a calidad de vida, una forma básica de vivir.

También se hace más fácil comprender, desde nuestro punto de vista, que Winnicott haya propuesto modificaciones teóricas, clínicas y técnicas —como todo lo ligado a su concepto de *regresión a la dependencia* y su abordaje, por ejemplo—, si tenemos en cuenta aspectos de su *talante personal*. Por talante personal entendemos: su concepción del vínculo humano; el valor otorgado a aspectos sensibles de la existencia y a su mirada sobre la persona antes que sobre sus particulares mecanismos psíquicos; el privilegio que le otorgaba al ser, al gesto espontáneo, al valor de ese gesto y de la recepción del semejante que lo recibe; y, por último, a todo lo que implica preguntarse, tal y como él hacía y de muchas

² Como imagina el lector, nos referimos —siguiendo a Winnicott— a la acepción que remite a *play* en inglés y no a *game*, que sería un jugar reglado. Como aclara Clare Winnicott en su capítulo ya citado —«Una reflexión sobre D.W.W.»—, estamos hablando de «la capacidad de operar en el área intermedia, sin límites, en la que la realidad del afuera y la del adentro se confunden en la experiencia de vida» (1989, p. 15).

maneras diferentes, qué es lo que hace que la vida valga la pena ser vivida.

El propio Winnicott traza estas relaciones entre vivencias y teorías. En su intento frustrado de autobiografía, (se hubiese titulado, *Poca cosa, menos que nada*) y en relación a un episodio en el que con tres años rompe el rostro de la muñeca de una de sus hermanas, una muñeca que el padre utilizaba para «meterse con él» en tono de burla³, Winnicott comenta:

Así pues, yo sabía que tenía que destrozarse aquella muñeca y gran parte de mi vida se basó en el hecho indiscutible de que yo había cometido *realmente* ese acto, sin haberme conformado con desearlo y proyectarlo (cit. por Clare Winnicott, 1989).

Su padre repara el rostro de Rosie, la muñeca dañada, y Winnicott escribe:

Aquella primera demostración del acto de restitución y reparación me impresionó, ciertamente, y tal vez me hizo aceptar el hecho de que yo, un lindo chico inocente, me había vuelto efectivamente violento, de manera directa con la muñeca e indirecta con aquel padre de buen talante que comenzaba a penetrar entonces en mi vida consciente. (cit. por Clare Winnicott, 1989).

Creemos que las citas guardan relación directa con dos aspectos que interesaron mucho a Winnicott, aspectos vigentes de manera vigorosa en el momento en que él desarrollaba sus concepciones, especialmente a través de la obra de M. Klein: la agresión y la reparación.

Algunos datos personales y familiares

Nace el 7 de abril de 1896⁴ en Plymouth, condado de Devon, en el seno de una familia metodista y en un medio típicamente provinciano.

Donald Woods Winnicott era el menor —y único varón— de tres hermanos.

³ El padre le hacía decir a la muñeca, con una voz que exasperaba a Donald: «Rosie le ha dicho a Donald/te amo/Donald le ha dicho a Rosie/no lo creo».

⁴ Ese año, Sigmund Freud publica *La herencia y la etiología de las neurosis*, *Nuevas observaciones sobre la neuropsicosis de defensa* y *La etiología de la histeria*.

El padre de Donald, John Frederick, un hombre de profundas convicciones religiosas, era un hábil comerciante y hombre político apegado a las tradiciones. Fue dos veces alcalde de Plymouth y recibió, en 1924, el título de caballero. Pasaba muchas horas fuera de casa y tenía un carácter enérgico.

Winnicott cuenta en las notas autobiográficas ya citadas, la siguiente escena:

[...] Otro día (tendría yo doce años) entré para almorzar diciendo «¡Maldición!»; mi padre pareció apenarse como sólo él podía estarlo y le reprochó a mi madre que no vigilará más de cerca a mis amistades. El incidente lo decidió a enviarme al colegio, cosa que hizo cuando cumplí trece años [se refiere a una escuela metodista en Cambridge, de nombre Leys, con régimen de internado y sólo para varones] [los corchetes son nuestros] (cit. por Clare Winnicott, 1989).

El padre tenía grandes expectativas de que su único hijo varón siguiese con los prósperos negocios familiares. Le costaría mucho al joven Donald hacerle saber que no cumpliría con esa misión y que estudiaría medicina. Podemos hacernos una idea de la dificultad que presentaba el carácter del padre cuando leemos que tuvo que ser Jim Edde —uno de los mejores amigos de Donald— quien, por escrito, le comunica al padre la decisión tomada por su hijo.

La familia vivía en una casa muy amplia —de nombre *Rockville*— en la que reinaba un buen clima, y Donald vivía rodeado de mujeres, lo que le hizo comentar, más de una vez, que se había criado rodeado de «múltiples madres» (Clare Winnicott, 1989).

Aparte de su madre y sus hermanas, en la casa vivían también una cocinera, una institutriz para Donald llamada Allie y otra para sus hermanas y varias asistentes.

La madre de Winnicott, Elizabeth, fue una mujer sensible y franca y con cierta tendencia a la depresión. En este sentido, podemos destacar un poema relacionado con ella que Winnicott escribe con sesenta y siete años y que envía a James Britton, su cuñado, acompañado de la siguiente nota: «Se preocupará usted viendo esto que lastima al salir de mí? Pienso que deberían salir de mí ciertas espinas. No me había ocurrido antes y

espero que no vuelva a ocurrir»⁵ (Phillips, 1988: cit Boushira y Durieux, 2005).

Dicho poema, titulado *El árbol*, dice así:

*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 vida⁶*

Esta relación con su madre invita a preguntarse muchas cosas relativas a la obra de Winnicott. Nos referimos especialmente al lugar que la figura de la madre ocupa en su teoría. Una línea de interrogación sería la que lleva a preguntarnos qué papel —y de cuántas maneras diferentes— ha jugado esa madre deprimida en la vocación profesional de Winnicott. En este sentido, nos viene muy bien citar la respuesta que, en una entrevista, Jaime Szpilka, analista de Madrid, dio a la pregunta «¿cómo llegó al psicoanálisis?»: «Con el correr de los años, se me antoja que un psicoanalista es alguien que de alguna manera quedó fijado a escuchar eternamente la demanda insatisfecha de la madre» (Szpilka, 2010).

Como ya hemos dicho, en la casa de los Winnicott había muchas mujeres en contacto con los niños. El pequeño Donald estuvo muy apegado a una de sus niñeras y mantuvo la relación con ella durante cincuenta años. Su esposa Clare, para ilustrar la especial relación que mantenían la antigua niñera y su marido, cuenta que la anciana tenía un

⁵Adam Phillips, Winnicott, 1988, p. 28 (cit. en Boushira y Durieux, *Winnicott insólito*, 2005, p. 56).

⁶Mother below is weeping/weeping/weeping/Thus I knew her/once, stretched out on her lap/as now on dead tree/ I learned to make her smile/to stem her tears/to undo her guilt/ To cure her inward death/To enliven her was my living. La traducción está sacada de Irene Chelger, «Biografía de Donald Woods Winnicott», en <http://www.winnicott.com.ar/biografia.htm>

sobrino, que para ella era la persona más importante de su vida, cuyo nombre era precisamente Donald (Clare Winnicott, 1989).

Winnicott repartió su tiempo libre en múltiples actividades, escribió poemas, hizo teatro, cantó y bailó en diversos grupos —siempre como aficionado—, disfrutaba con la natación y con el deporte en general. Le gustaba mucho la música. Su habitación en el internado en el que estuvo era sede de encuentros en los que se cantaba, se bailaba y se hacía música. Winnicott había alquilado un piano y lo tenía en su cuarto. Más tarde, entre pacientes, se lanzaba sobre su piano y tocaba lo que podía, aunque fuese sólo unos minutos. En música clásica sus favoritos eran Bach y Beethoven, mientras que en pop le gustaban tanto los Beatles que poseía toda su discografía.

En 1916 comienza a estudiar medicina.

Durante la Primera Guerra Mundial, se alista voluntariamente en la Marina —la Royal Navy— como estudiante de medicina. Al principio de la guerra mueren —en condición de soldados— muchos de sus amigos. Esto lo marca de una forma especial e indeleble. Años más tarde, su segunda esposa, Clare Winnicott, comentaría que Donald vivía con pesar —y con un afán intenso de reparación— el hecho de saberse vivo tras pasar por una experiencia en la que tantos otros no habían logrado sobrevivir (Clare Winnicott, 1989).

A comienzos de los años veinte termina la carrera de medicina, decantándose por la especialidad de pediatría.

Durante la carrera, y debido a una afección pulmonar, pasó tres meses ingresado en un hospital. Esta vivencia reafirmará su convicción de que todo médico tiene que haber estado en un hospital como paciente por lo menos una vez en su vida. La idea nos parece clara e importante: la experiencia personal al servicio del desarrollo de la empatía con el paciente. Cabe recordar en qué medida el psicoanálisis se adhiere a esta idea al postular como indicación obligatoria el tratamiento psicoanalítico de los analistas. Por supuesto que ese análisis no se realiza con este único fin, pero es evidente que ese proceso terapéutico también le facilita al analista, desde la experiencia personal, una mejor comprensión de su paciente.

Cuando empezó a estudiar medicina, la intención de Winnicott fue la de ser médico general y desarrollar su labor en zonas rurales. La mayor parte de su trabajo de pediatra, que se prolongó durante cuarenta años, la

ejerció en el Paddington Green Hospital de Londres, del que se retiró, sin él desearlo, en 1963. Tenía entonces sesenta y siete años.⁷

Sin duda, este dato —su especialidad en pediatría— será determinante en su futuro profesional, ya que le permite tener acceso de forma directa —durante muchas horas y en el transcurso de muchos años— al contacto entre las madres y sus bebés, uno de los aspectos esenciales de su obra.

Se casó por primera vez con Alice Buxton Taylor en 1923, ceramista de profesión y cuatro años mayor que él, relación que duró veinticinco años. No tuvieron hijos. Tampoco los tuvo con su segunda mujer. Alice tuvo padecimientos psíquicos severos que requirieron atención e ingresos psiquiátricos.

Su segundo matrimonio, con Clare Britton, tuvo lugar en 1951⁸. Se conocieron trabajando en un proyecto de evacuación de niños víctimas de las consecuencias de la Segunda Guerra Mundial. Clare era trabajadora social con especialidad en psiquiatría y llegó a ser psicoanalista en 1961. Se analizó con Clifford Scott y con Melanie Klein.

Donald Winnicott ocupó varios cargos en la Sociedad Psicoanalítica Británica, llegando a ser analista didacta, miembro del consejo, secretario científico y finalmente presidente durante dos periodos: 1956-1959 y 1965-1968.

La mayor parte de sus escritos fueron editados por Masud Kahn, primero paciente suyo y luego amigo, colega y discípulo.

Algunas de las personas que conocieron a Winnicott han comentado que físicamente tenía algo extraño y su rostro presentaba un aspecto muy especial, destacando sobre todo su mirada penetrante y atractiva. También era singular su forma de estar en el mundo, que oscilaba entre el ensimismamiento y la tendencia a adormilarse aparentemente mientras escuchaba. Con sus modales —y con sus palabras— no dejaba de

⁷ En relación a su condición de pediatra, cabe destacar que sir Peter Tizard, ex presidente de la Asociación Británica de Pediatría, escribió en 1998: «[...] El doctor Winnicott fue, entre los miembros de la generación anterior a la mía, el pediatra que más he admirado y de quien más he aprendido [...]. Las hipótesis de Winnicott sobre desarrollo emocional temprano del bebé y su facilitación por la madre han ejercido una influencia provechosa en la práctica pediátrica en las tres última décadas y lo seguirán haciendo en el futuro». (Véase Tizard, P. Prólogo en D. Winnicott, *Los bebés y sus madres*, 1998).

⁸Rodman, uno de sus biógrafos, interpreta que, a partir de la muerte de su padre, Winnicott se siente con la libertad para divorciarse de su primera mujer y volver a casarse.

sorprender al entorno. Rodman (1999), en su trabajo «La risa de Winnicott», se pregunta:

¿Habría habido algún otro psicoanalista, con excepción de Freud, que se prestara a ser motivo de (tantos) esfuerzos para describirlo? Gnomo, elfo, sacado de un cuento de hadas, payaso, caballo de ajedrez, etéreo, inspirado, gracioso. Su pequeña estatura física (poco más de un metro con cincuenta centímetros), ojos azules brillantes, un rostro con líneas muy definidas, no alcanzan las palabras para definir una figura que no parece exactamente de este mundo (1999).

Durante las últimas dos décadas de su vida tuvo severos problemas de corazón. Será esta dolencia la que acabe con su vida el 25 de enero de 1971.

Su estilo personal

Muchos de sus colegas e interlocutores han hecho referencia al particular estilo personal de Winnicott. Un estilo que dejaba huella y no en todos los casos siempre para bien. Un estilo muy peculiar, tanto para las formas habituales del mundo del psicoanálisis como para el carácter más frecuente del inglés de clase media.

Muchos testimonios coinciden en su capacidad para sorprender a su interlocutor, en hacer o decir aquello más inesperado. Uno de sus amigos decía que «sus movimientos eran tan versátiles como los del caballo del ajedrez, exasperadamente impredecible» (Véase Rodman, 1999).

Disfrutaba haciéndose el payaso⁹ cuando se sentía en confianza y realizando extravagancias para generar risas en aquellos que lo acompañaban.

Una vez más, proponemos concebir este apartado no sólo con un afán de describir exclusivamente aspectos personales del autor inglés, sino pensando en la relación —o relaciones— que pueden establecerse entre su estilo personal y los aspectos de su obra y de su trabajo clínico. Se trata de desarrollar un modelo que integre el aspecto biográfico y la

⁹Evidentemente, tomamos esta expresión coloquial en el mejor sentido que pueda adjudicársele y lo más lejos posible de cualquier tono peyorativo

evolución profesional que vamos recorriendo. En nuestra opinión, hay muchas cosas que gravitan sobre nuestro trabajo que están ligadas a nuestra historia. Nos ayuda en esta idea el concepto de *ecuación personal del analista*.¹⁰

Por *estilo personal*, entendemos lo referido a su modo de pensar aspectos teóricos y clínicos, a su estilo de escribir, el estilo que dejaba ver su trabajo clínico, su estilo epistolar, su estilo «relacional» y su estilo en términos más generales, lo que podríamos llamar una *forma de estar en el mundo*.

Ofreceremos algunas viñetas y testimonios que, creemos, pueden permitir captar mejor a qué nos estamos refiriendo. Son ejemplos tomados de varias fuentes y que hacen referencia a muy diversas facetas. Proponemos pensar en los elementos comunes que se pueden registrar en ellas.

André Green señala:

Winnicott, en mi opinión, es el analista de lo fronterizo. Su estilo inimitable y su conceptualización original no se prestan al resumen esquemático. La aparente claridad de Winnicott es engañosa y no es raro leer autores inspirados en sus aportaciones que no hacen justicia a la sutil y rica complejidad de sus ideas (Cit. Green.1990a).

En esta misma línea, Jacques Bouhsira y Marie-Claire Durieux afirman: «Winnicott no construyó ninguna teoría lógica, se negaba a ello». Y citando a Marian James comentan que «Winnicott practicaba el bricolaje improvisado y era enemigo de los grandes sistemas que descuidan al individuo» (Véase Boushira, J y Durieux, M.C, 2005).

¹⁰Con esta expresión queremos dar cuenta de todo aquello que gravita sobre nuestro quehacer profesional, basado —como sabemos— en el conocido trípode oficial de formación, a saber: el estudio de los textos fundamentales, el —o los— análisis personales del analista y el —o los— espacios de supervisión. Pero además de estos tres elementos, ha de ser tenido en consideración también todo el bagaje personal del analista, especialmente aquellas experiencias biográficas significativas. Nos referimos a un gran conjunto de asuntos que para algunas corrientes han de ser dejados fuera del trabajo analítico, mientras otras defienden que —de muchas maneras— están en cada sesión y en cada intervención que hacemos. Para un mayor e interesante desarrollo de esta idea véase Lewis Aron, «La interpretación como expresión de la subjetividad del analista», en A. Liberman y A. Abello (comp.). (2008). *Winnicott hoy. Su presencia en la clínica actual*. Madrid: Psimática. Volveremos a hablar de este concepto en una nota al pie del capítulo dedicado a la tendencia antisocial.

Marion Milner relata que escuchó a Winnicott decir en alguno de sus seminarios cosas como: «Lo que encontrarán ustedes en mí, tendrán que sacarlo del caos» (Véase Milner, 1978).

Los citados Bouhsira y Durieux nos amplían la idea con palabras de Jeremy Walker:

Podría haberse tomado esto como una broma o como la expresión de una lamentada modestia [...]. En realidad, sus palabras significan: «Voy a pensar y a hablar de manera creativa, y si quieren extraer algo de ello, deben escuchar también creativamente» (cit Bouhsira y Durieux, 2005).

Durante los años cincuenta y sesenta, Winnicott dio muchas conferencias dirigidas a públicos muy diversos¹¹, algo que le gustaba especialmente. Aparecía en la radio con mucha frecuencia, sólo en la British Broadcasting Corporation —la BBC— protagonizó una serie de cincuenta emisiones con los temas más diversos; su estilo era efectivo y claro.

Sir Peter Tizard, un colega suyo, pediatra en este caso, opinaba lo siguiente:

Winnicott escribía bien, muy bien a veces, en ocasiones bastante mal, pero se destacaba sobre todo como conferencista y conversador brillante [...]. Sabía modificar el estilo y el contenido de su discurso de acuerdo con el nivel de comprensión y el estado de ánimo de quiénes lo escuchaban, se trataba de una persona o de varios centenares (1998). (Tizard, 1998)

En cierta ocasión, muy cerca del final de su vida y ya enfermo del corazón, antes de dar una conferencia a las enfermeras de un servicio en Cambridge, les advirtió «que podría caerse muerto durante la charla, pero que ellas no deberían sentirse culpables por ello» (Véase Chelger: Biografía de D.W.W.).

En un artículo tardío, como es «La madre de devoción corriente», de 1966, Winnicott expresa la idea de cómo la madre, en su fase de preocupación maternal primaria, no está conscientemente pendiente de

¹¹Además de los intercambios con sus colegas analistas, solía dirigirse a pediatras, enfermeras, comadronas, asistentes sociales, psiquiatras, médicos, otros especialistas relacionados con la atención a niños, directores de periódicos, sociedades con diversos fines, como la Liga Progresista, etc.

sus tareas, porque no es algo que hay que hacer con la supervisión del pensamiento. Se trata, por el contrario, de una cuestión que fluye, que no se olvida, que llega puntual sin mirar reloj alguno. Para destacar su tono más fresco y humorístico, citamos de ese mismo texto:

Las mujeres no pasan el tiempo alborotadas, pensando que deberían estar cuidando a un bebé. Tienen un trabajo que las absorbe, *incurren naturalmente en todo tipo de conductas masculinas tales como ser irresponsables, dar todas las cosas por seguras o correr carreras de autos* [la cursiva es nuestra] (1966). (cit D.Winnicott, 1990b).

Una anécdota muy conocida, con gran valor tanto literal como metafórico (quedó reflejada en las actas de la Sociedad Psicoanalítica Británica), cuenta que en el transcurso de la reunión de trabajo del 3 de marzo de 1943 empezó a sonar una sirena avisando de un ataque aéreo; las bombas explotaban a intervalos y los analistas allí presentes seguían sentados y absortos en la discusión, justamente, de un artículo de Freud en relación con las neurosis de guerra¹². Winnicott se levantó, tomó la palabra y se limitó a decir: «Me gustaría señalar que están bombardeando»¹³ (Little, 1995). Creemos que al hilo de esta anécdota cabe esta reflexión: una vez más Winnicott muestra cómo permanece atento al mundo interno —de la Sociedad Psicoanalítica en este caso— y a la realidad externa —las bombas cayendo sobre Londres— al mismo tiempo.

Es también Margaret Little quien relata que, en una ocasión, le preguntó a Winnicott —durante una sesión de su análisis con él— por qué se había enrolado en la Marina y no en la Fuerza Aérea o en el Ejército. Él contestó: «Porque el uniforme me hacía juego con los ojos azules» (Little, 1995). La espontaneidad de este comentario tiene efectos que van más allá de la simple anécdota, proponen —por ejemplo— una manera fresca de relacionarse, defiende el gesto espontáneo y nos habla de un aspecto de lo que implica el ejercicio de la libertad individual.

¹²Mark Probablemente se tratase de «Introducción al simposio sobre las neurosis de guerra», de 1919.

¹³Fue en esa reunión en la que Margaret Little —autora del libro *Relato de mi análisis con Winnicott* — conoce al que será su analista. En su libro recuerda la anécdota: «La primera reunión de la Sociedad Británica de Psicoanálisis a la que asistí se llevó a cabo durante una ruidosa tarde en la que las bombas caían continuamente y la gente se agachaba buscando refugio con cada estruendo. En medio del debate alguien, que después supe que era Donald Winnicott, se puso de pie y exclamó: “Me gustaría señalar que están bombardeando”, y volvió a tomar asiento. Nadie le prestó atención y la reunión continuó como si nada ocurriera» (Little, 1995).

A Winnicott no le generaba ninguna simpatía repetir conceptos acuñados en la jerga psicoanalítica. Creía que de esa forma se corría el riesgo de repetir ideas sin pensar, sin pensarlas de manera personal y singular, de suponer —muchas veces— un acuerdo implícito alrededor de los conceptos sin que existiese posibilidad de saber si estábamos hablando de lo mismo o no. Opinaba que había que reformular muchas cosas y pensarlas nuevamente, pensarlas cada vez para mantenerlas vivas; de lo contrario, podíamos matar lo vivo del lenguaje y del pensamiento psicoanalítico. Éste fue un tema importante para Winnicott. Volvía una y otra vez sobre él y le trajo más de un dolor de cabeza.

Como ejemplos paradigmáticos y contundentes de esta cuestión veamos algunas de sus ideas en una carta, que con el paso del tiempo ha cobrado un valor paradigmático, que le escribe a M. Klein, el 17 de noviembre de 1952:

Lo primero que quiero decirle es que puedo advertir cuán molesto resulta que cuando algo se desarrolla en mí por mi crecimiento y mi experiencia analítica, deseo expresarlo en mi propio lenguaje.

[...] Este lenguaje [el psicoanalítico] debe mantenerse vivo, ya que no hay nada peor que un lenguaje muerto.

Usted es la única capaz de destruir este lenguaje denominado doctrina kleiniana y kleinismo, y todo eso con un propósito constructivo. Si no lo destruye, este fenómeno artificialmente integrado deberá ser atacado de forma destructiva.

Si usted estipula que en el futuro sólo su propio lenguaje debe ser utilizado para la enunciación de los descubrimientos de otra gente, el lenguaje se convertirá en un lenguaje muerto, como ya se ha convertido en la sociedad [los corchetes son nuestros] (Rodman, 1990, carta 25).

Y en una carta que dirige a Klein y a Anna Freud, en relación a las preocupaciones sobre el diseño de la sociedad psicoanalítica, les dice:

[...] Si en el presente tratamos de establecer pautas rígidas, creamos así iconoclastas o claustrofóbicos (quizás yo sea uno de ellos) que no pueden soportar la falsedad de un sistema rígido en psicología así como no pueden tolerarla en religión (Rodman, 1990, carta 43).

Todo esto lo condujo a tener un repertorio conceptual original y usaba pocas veces los conceptos más trillados del psicoanálisis. En una carta a Anna Freud, de 1954, comenta:

Tengo una manera irritante de decir las cosas en mi propio lenguaje, en lugar de aprender a utilizar los términos de la metapsicología psicoanalítica.

Estoy procurando descubrir por qué estos términos me despiertan tan profundas sospechas. ¿Será porque pueden dar la apariencia de un entendimiento común, cuando ese entendimiento no existe? ¿O es por algo mío propio? Por supuesto, puede ser por ambas cosas (Rodman, 1990, carta 36).

Esos conceptos propios han venido a enriquecer nuestro vocabulario e irán apareciendo a lo largo del presente libro.

En su trabajo «Desarrollo emocional primitivo» hay una aclaración que nos ofrece el propio Winnicott sobre su forma de escribir:

Voy recogiendo¹⁴ cosas, aquí y allá, me enfrento a mi experiencia clínica, me formo mis propias teorías y luego, al final de todo, pongo interés en ver cuáles son las ideas que he tomado de otros»¹⁵ (1945, p. 201). (cit D. Winnicott, 1999h).

En honor a la verdad, podríamos decir que la última parte de su declaración —«pongo interés en ver cuáles son las ideas que he tomado de otros»— no siempre ha podido hacerla de manera explícita. Winnicott ha sido criticado —y creemos que con válidas razones— por no citar adecuadamente a colegas y autores en general cuyas ideas aparecían en sus trabajos. Los conocedores de la obra de Sándor Ferenczi, por ejemplo, saben bien a qué nos referimos. Podríamos matizar esta idea, o entenderla desde otra óptica, si leemos lo que opinaba al respecto Clare, su compañera: «A Winnicott podían interesarle las ideas ajenas, pero sólo era capaz de utilizarlas y de edificar a partir de ellas una vez que habían pasado por la refinera de su propia experiencia» (cit C. Winnicott, 1989). Esta idea —darle un sello personal a todo lo que leía—, que enriquece el trabajo de cualquier autor, parece tener como desafortunado efecto

¹⁴La palabra en el original aceptaría como una traducción posible la de «robar».

¹⁵En otro lugar —«La risa de W»—, Rodman ofrece otra traducción del mismo párrafo: «[...] Tomo esto y aquello, lo junto con lo de más allá, lo traigo a la experiencia clínica a partir de mis propias teorías, y al final, me intereso en ver de dónde y qué robé» (Rodman, 1999).

colateral que el autor original de aquella idea no quedase luego reconocido. El propio Winnicott aceptó esta modalidad —escribir sin citar las fuentes de las que había partido— y pidió disculpas por ello en su discurso de 1967 en el Club 1952:

No puedo cubrir todo lo que quiero. Diré que no sé si ustedes querrán [...] ayudarme para intentar enmendar errores con toda la variedad de personas en todo el mundo que están haciendo este trabajo (psicoanalistas), de quienes puedo haber robado o ignorado (cit. por Rodman, 1999).

En la misma línea de reconocer esta carencia en citar adecuadamente, y en reparar en la medida de lo posible ese defecto¹⁶, se encuentra una nota a pie de página en su artículo «El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones» de 1969, (cit D.Winnicott, 1992), en la que admite «[...] hasta qué punto había sido influido por la doctora Phyllis Greenacre en el Congreso de Edimburgo. Por desgracia, no incluí en el libro un reconocimiento de este hecho» (Winnicott, 1971, p. 121 y Winnicott, 1992).

Winnicott siempre sintió agradecimiento por sus maestros y maestras. Y también por sus pacientes, algo que consideramos muy significativo. La dedicatoria de su obra publicada póstumamente —*Realidad y Juego*, cuya primera edición es de 1971— es un claro ejemplo de este aspecto. Se lee en ella: «A mis pacientes, que pagaron por enseñarme» (Winnicott, 1971). Además de lo evidente, esta frase indica claramente aspectos epistemológicos importantes, su respeto por los pacientes, su capacidad para aprender de ellos y la idea que apunta a que la clínica es un lugar privilegiado, muy rico en contenidos de un extraordinario valor. Esta posición se aleja de otra idea: aquella que postula que la práctica gozaría de menos vuelo que la teoría o que —parafraseando al doctor Héctor Fiorini¹⁷— *bajamos* de las alturas de la teoría a lo *terrenal* de la práctica. Un viaje descendente que otorga mayor jerarquía a las teorías y tanto más si son de alta complejidad. Esta

¹⁶En el mismo artículo leemos la nota al pie siguiente: «En mi comprensión de este punto recibí la influencia Clifford M. Scott (comunicación personal, más o menos por 1940)». Y pensamos que Winnicott, una vez reconocida su carencia, se puso a la tarea de citar fuentes e influencias de manera meticulosamente reparadora (Winnicott, 1971, p. 121 y Winnicott, 1992).

¹⁷He podido escuchar —y aprehender— esta idea, entre otras que agradezco sincera y extensamente, en seminarios y conferencias del doctor Fiorini. Un enfoque de gran riqueza que desarrolla en varios sitios de su obra y que sostiene desde diversos puntos de vista y diferentes disciplinas.

perspectiva de Winnicott, que miramos con atención, recoge una idea contraria: en nuestra disciplina no habría nada más complejo que la práctica clínica, inabarcable por cualquier marco teórico, por complejo que sea éste. A este respecto, queremos recordar la conocida cita de H. Guntrip: «La teoría es un sirviente útil [...] pero un pésimo amo, susceptible de dar origen a ortodoxias de toda clase» (Guntrip, 1981).

Winnicott escribió muchas cartas, reunidas en la compilación hecha por F. Robert Rodman bajo el título *El gesto espontáneo* (Rodman, 1990). Era frecuente que, cada vez que un colega presentaba un trabajo en la Sociedad Psicoanalítica, él le enviase, al día siguiente o pocos días después, una carta con comentarios valorativos y/o críticos de algún tipo. Algunas reflejan vivamente el clima de conflicto y debate teórico que reinó durante muchos años en el ámbito psicoanalítico londinense y del que Winnicott no fue ajeno, siendo muchas veces protagonista. En una de esas cartas —dirigida a Clifford Scott—, redactada durante su primera presidencia de la Sociedad Británica de Psicoanálisis, escribe: «Me siento raro cuando estoy en la silla presidencial, porque no conozco a Freud como debería hacerlo un presidente; sin embargo, encuentro que tengo a Freud en mis huesos». Esta expresión coloquial fue muy utilizada por Winnicott para indicar que, según su criterio, las teorías debían llevarse *en los huesos* y no tanto —o no sólo— *en las cabezas* (Rodman, 1990).

Respecto a su estilo comunicacional, nos dice Rodman:

A primera vista parecería que el adjetivo «implacable» no resulta apropiado para describir a una persona tan cordial como Winnicott, cuya fama como clínico pone de relieve su consumada intuición y su cuidado por el otro. No obstante, este adjetivo se escuchó en dos oportunidades en la reunión que llevó a cabo la Sociedad Británica en su homenaje luego de su fallecimiento [...]. En las cartas, cuando se muestra crítico, lo hace de una manera intrépidamente frontal (Cit Rodman, 1990).

Su capacidad autocrítica no era pequeña. Gustaba de no disimular los aspectos hostiles y podía hacer referencia al odio en varios planos y relaciones, convencido como estaba de que para poder amar era menester poder asumir —de muy diversas maneras— el odio sin tapujos. Usaba con mucha frecuencia la palabra *odio* para referirse a toda la escala

posible dentro de esa condición.¹⁸ Así, por ejemplo, en su artículo «El odio en la contratransferencia» (Winnicott, 1999b) leemos:

¿Acaso en nuestra labor analítica no se presentan numerosas situaciones en las cuales el odio del analista se justifica? Uno de mis pacientes me resultó casi odioso durante algunos años. Ello me hacía sentir culpable hasta que el análisis dobló determinada esquina y el paciente se me hizo agradable (1947, p. 266). (Véase D.Winnicott, 1999b).

Una revelación importante relativa a la franqueza y a la autocrítica aparece en el mismo trabajo:

Recientemente, durante varios días, me encontré con que no estaba haciendo bien mi trabajo. Cometía equivocaciones con cada uno de mis pacientes. La dificultad estaba en mí y en parte era personal (1947, p. 267). (Véase D.Winnicott, 1999b).

En su trabajo «Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico» (Winnicott, 1958b), y de manera breve, hace una reflexión sobre el estatus del psicoanálisis. Recordemos que Freud había postulado que el psicoanálisis debería asumir una doble pertenencia; sería una disciplina que se ubica entre la ciencia y el arte. Winnicott propone que la idea del análisis como arte debe dejar lugar a investigaciones más rigurosas sobre adaptación ambiental en etapas tempranas. En el marco de esta reflexión —y siendo como era un amante de diferentes expresiones artísticas— dice: «El analista puede ser un gran artista, pero a menudo me he hecho la siguiente pregunta: ¿a qué paciente le interesa ser el poema o el cuadro de otra persona?» (1954) (Véase D.Winnicott, 1958b). Una vez más, Winnicott defiende el valor de una vida creativa, privilegiando la propia creación ante cualquier grado de alienación. Una vez más, se muestra convencido de que será desde el paciente desde donde emerjan los elementos de su propio proceso y por ello no legitima el resultado analítico como el resultado del trabajo del analista, como «su obra». Desde este punto de vista, será el propio paciente el artista que —con la valiosa ayuda del analista— pueda crear su propio proceso.

¹⁸Para más información al respecto, véase en el capítulo 2 de este libro lo relativo al odio de la madre hacia su bebé.

Este breve recorrido por algunos de sus aspectos biográficos ayuda a entender algo que Alejandro Ávila Espada resume muy bien:

La relevancia de Donald Woods Winnicott en el psicoanálisis contemporáneo no cesa de ser reconsiderada, y transcurridas más de tres décadas desde su muerte crece el interés por el pensamiento de este autor extraordinario, excelente crisol en el que confluyen y se transforman las escuelas psicoanalíticas actuales, desde freudianos a lacanianos, poskleinianos, psicología del *self*, relacionales o intersubjetivistas, todos ellos capaces de reconocerse en Winnicott, pero también de señalar la notable vigencia de un analista, clínico y pensador que pasó de puntillas entre los psicoanalistas de su época, pero que transformó a todos desde entonces (Ávila, 2008, p. 87).

Para terminar con este apartado —siguiendo con su particular estilo y yendo a cuestiones de gran hondura vital—, nos apetece compartir un pasaje de la que sería su última conferencia pública. La pronunció en la Asociación de Profesionales para la Atención de Menores Inadaptados, el 23 de octubre de 1970. Recordemos que fallecerá apenas tres meses después, el 25 de enero de 1971. Sabiendo que desde hacía años venía padeciendo una grave lesión de corazón, es fácil pensar que presentía su muerte. Así inició dicha ponencia:

Gran parte del crecimiento es un crecimiento hacia abajo. Si vivo lo suficiente, espero consumirme y empequeñecerme hasta poder pasar por ese agujerito que llamamos morir. No necesito ir muy lejos para encontrar un psicoterapeuta vanidoso: ése soy yo (1970, p. 228). (Véase D.Winnicott, 2007h).

El contexto histórico e institucional de Winnicott

Por Ariel Liberman

El origen y la historia de la British Psycho-Analytical Society está íntimamente entrelazada y marcada por los avatares de la vida personal de quien fuera su primer impulsor, Ernest Jones, figura imprescindible para su comprensión. Sostiene Winnicott: «Desde mi punto de vista, el psicoanálisis en Inglaterra fue un edificio cuya fundación fue Jones. Si algún hombre mereció mi gratitud, ése fue Jones» (Véase Winnicott, 1965a).

No es nuestro objetivo desarrollar con exhaustividad este complejo asunto del contexto histórico, social e institucional del pensamiento de Winnicott, sino que nos proponemos ofrecer al lector de esta introducción, a modo impresionista, unas referencias básicas que le permitan ubicar (anclar) el pensamiento de Winnicott en relación a ciertos interlocutores, situaciones institucionales y avatares interpersonales que formaron parte del terreno, de los abonos, para seguir con esta metáfora, y del marco en la que la obra de Winnicott fue tomando y cobrando forma.

En octubre de 1913, E. Jones funda la London Psycho-Analytical Society. Esta Sociedad, que constaba de quince miembros, fue disuelta a los pocos años debido a los conflictos y diferencias entre aquéllos más orientados hacia el pensamiento freudiano y ciertos miembros afines o influenciados por el pensamiento de C. Jung. En febrero de 1919, Jones insiste fundando la British Psycho-Analytical Society (BPS). Muchos de los miembros de los primeros años de esta nueva institución forman parte de los interlocutores, analistas, influencias y corresponsables en la vida/obra de Winnicott; ellos son, por sólo citar a los más conocidos, el mismo Ernest Jones, Babara Low, Edward Glover, Marjorie Brierley, James Strachey, Alix Strachey, Susan Issacs, John Rickman, Joan Riviere, Sylvia Payne, Ella Freedman Sharp y Adrian Stephen.

En julio de 1925, Melanie Klein fue invitada por Jones a Londres, por la sugerencia-inciativa de Alix Strachey, para dar una serie de conferencias durante tres meses. Las conferencias despertaron el interés de muchos de los miembros de la Sociedad Británica. Tras la muerte de Karl Abraham —segundo analista de Klein y su padrino institucional en Berlín—, en septiembre de 1926, M. Klein decide dejar Berlín para instalarse en Inglaterra por invitación, nuevamente, de Ernest Jones, quien estaba muy interesado, entre otras cosas, en el análisis de niños. En 1927, Melanie Klein es aceptada como miembro de la BPS.

Con la incorporación de M. Klein, contamos ya con los analistas más destacados que han jugado de diferentes modos un rol central en la formación y el desarrollo del pensamiento de Winnicott. Todos ellos de una gran originalidad, inteligencia y sentido clínico. Aunque, indudablemente, resalta la figura de Klein y sus contribuciones como uno de los referentes básicos de lo que ha sido conocido como Escuela Inglesa de Psicoanálisis.

La nueva Sociedad, aunque pequeña, resultó tener una extraordinaria vitalidad. Entre los tempranos logros de su empuje se encuentran:

- La fundación, en 1920, de la publicación del *International Journal of Psycho-Analysis así como del British Journal of Medical Psychology*.
- La constitución, en 1924, de un Instituto de Formación, que poco a poco se pone en funcionamiento y del cual Winnicott se encontrará, en 1927, entre los primeros candidatos que sigan un entrenamiento (*training*) formal. El instituto de Londres pasó a formar parte, junto con el de Viena, Berlín y Budapest, de los cuatro institutos que por aquella época estaban autorizados por la ya constituida Asociación Psicoanalítica Internacional para dar formación psicoanalítica a quienes lo solicitaran.
- La organización, en 1929, del XI Congreso Internacional de Psicoanálisis, congreso que, para aquellos que están familiarizados con la vida y obra de Ferenczi, representó una manifestación pública de los conflictos entre Freud y Ferenczi.

Uno de los intensos debates que por aquellos años se instaló en el psicoanálisis, y también en la BPS, era el asunto de lo que se llamó «el análisis lego». Sabemos que Freud interviene, en 1926, en esta polémica con su trabajo, *¿Pueden los legos ejercer el análisis?* (Véase S.Freud, 1997b). Gregorio Kohon (1986) ha estudiado muy bien este asunto tal y como fue debatido en la Sociedad Británica y el impacto que tuvo en ella. Tengamos en cuenta que, en ese momento, el 40 por ciento de la BPS eran no-médicos, entre los que se encontraban los Strachey, Melanie Klein o Susan Issac. A raíz de esta cuestión, se instala un desacuerdo entre Freud y Jones. Para Jones, el psicoanálisis debía ser una rama de la medicina. Por el contrario, Freud opinaba que lo que hoy llamaríamos el «intrusismo profesional» no deriva de quien ejerce el psicoanálisis sin la titulación médica, sino de quien ejerce el psicoanálisis sin los conocimientos y formación necesarios para realizarlo. Para Freud era clara la diferencia entre «análisis lego» y «análisis salvaje».

Como sostiene Kohon (1986), «mantener un alto porcentaje de analistas legos en la Sociedad Británica fue uno de los logros más consistentes y valientes por parte de los psicoanalistas británicos [...], uno de los más importantes factores que formaron el carácter específico del psicoanálisis británico» (1986).

Vayamos a otro de los debates centrales que, en aquella época (1927), se desarrolló en la BPS, debate que, como sostiene el mismo Winnicott, «fue el suelo en el que fui plantado» (Vease D.Winnicott, 1965a). Nos referimos al enfrentamiento entre las dos representantes del psicoanálisis de niños en ese entonces: Ana Freud y Melanie Klein. Ana Freud había publicado un libro en 1927 sobre el análisis de niños. El simposio sobre el análisis infantil que se desarrolló en la BPS en mayo de ese mismo año fue abierto por Melanie Klein con una crítica severa e incisiva al pensamiento de Ana Freud. En esta conferencia de apertura, Klein establece lo que para ella son diferencias fundamentales entre diversos enfoques, reclamando para sí, al igual que lo hará Ana Freud con su punto de vista, la legitimidad de su orientación psicoanalítica. Este texto se ha convertido en un clásico para establecer algunas diferencias básicas entre dichos enfoques. Las divergencias relativas a la técnica implicaban en profundidad diferencias en la comprensión teórica del funcionamiento psíquico y de las teorías del desarrollo. Este simposio provocó tensiones entre Londres y Viena que obligaron incluso a una intervención de S. Freud en la que mostró su desacuerdo con Klein.

En 1923, como se ha dicho, Winnicott comienza su primer análisis con James Strachey. En 1924 combina su práctica pediátrica con la apertura de una consulta privada. En aquellos años, antes de la llegada de M. Klein a Londres, Winnicott se sentía pionero en el campo del análisis infantil. Veía-sentía en su clínica diaria la insuficiencia de los modos de teorización prevalentes entonces para dar cuenta de los trastornos en el desarrollo emocional temprano. Si bien reconocía la importancia de los conflictos edípicos en los pacientes neuróticos, así como la regresión defensiva a puntos de fijación libidinal, tenía la sensación, como dirá años después, al mejor estilo de Hamlet, que «algo estaba mal en algún lugar»:

Cuando comencé a tratar a niños con psicoanálisis, era capaz de confirmar el origen de la psiconeurosis en el complejo de Edipo, y aun así, sabía que los trastornos comenzaban más temprano (Véase D.Winnicott, 1965a).

Una vez instalada Klein en Inglaterra, Strachey le sugiere a Winnicott entrar en contacto con ella. No le queda claro a los biógrafos en qué año Strachey le hace esta sugerencia a Winnicott, pero, como refiere este último, «fue un momento muy importante de mi vida» (Véase D.Winnicott, 1965a). Según Kahr (1996), (Véase Kahr, 1999), uno de sus

biógrafos, la relación entre ellos se establece alrededor de 1932, y Winnicott queda profundamente impresionado. Este encuentro tuvo un impacto transformador en su pensamiento y, al mismo tiempo, fue emocionalmente difícil, ya que, como él mismo comenta, «del día a la noche había pasado de ser pionero a ser un alumno con un maestro pionero» (Véase D.Winnicott, 1965a). Klein lo sorprendió y entusiasmó en muchos sentidos. Recordemos que para esa época Klein ya había escrito trabajos en los que había forjado (Véase M.Klein, 1948), si me permiten esta esquematización, su primer modelo del funcionamiento psíquico y de la técnica del análisis de niños en textos como «Principios del análisis infantil» (1926), «Estadios tempranos del conflicto edípico» (1928), «La personificación en el juego de los niños» (1929) o, por no citar más que algunos, «La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del Yo» (1930)¹⁹. Todos estos textos poseen una enorme originalidad y penetración y no pudieron más que despertar la admiración del joven Winnicott.

Winnicott comenzó años después, entre 1935 y 1940, a supervisar algunos de sus casos clínicos con ella. La relación era estrecha, y Klein lo consideraba como un adherente a su punto de vista. En esos años, Klein publica trabajos que fueron determinantes tanto para su propio desarrollo teórico como para el de Winnicott (y del psicoanálisis en general). Si tuviéramos que destacar sólo unos cuantos, «Contribución a la psicogénesis de los estados maníacos depresivos» (1935 [1934]) (Véase M.Klein, 1982) o «El duelo y su relación con los estados maníacos depresivos» (1940 [1939]) son los considerados por los especialistas como los trabajos inaugurales del segundo gran modelo de Melanie Klein, lo que se suele denominar «teoría de las posiciones». Hay que señalar que en estos textos la primera de las posiciones que aparece en la obra de Klein, y que deja una marca definitiva en el pensamiento de Winnicott, es la que denominará «posición depresiva». En 1946, en «Notas sobre algunos mecanismos esquizoides», desarrolla la llamada «posición esquizo-paranoide». Como vemos, el orden de teorización de Klein no coincide con el orden en que ella piensa las posiciones en el desarrollo: primero aparece la posición esquizo-paranoide y luego la posición depresiva (Véase Klein, 1948). La posición esquizo-paranoide será, como veremos, fuente de un amplio desacuerdo y debate por parte de Winnicott.

¹⁹Todos estos trabajos están incluidos en su libro *Contribuciones al Psicoanálisis* (1948).

En octubre de 1935, Winnicott presenta su trabajo para ser miembro de la BPS y es aceptado como *Full Member* de la Sociedad. Este trabajo, «La defensa maniaca» (Véase D.Winnicott, 1999e), está profundamente influenciado por el pensamiento de Klein, aunque, en una lectura posterior, se pueden encontrar algunas de las características que con el correr del tiempo forman parte del estilo y del pensamiento propiamente winnicotteano. Como sostiene Rodman, otro de sus biógrafos, «a pesar de su afinidad con las ideas de Klein y de su admiración por su contribución, sería probablemente justo decir que nunca fue su discípulo, nunca fue un kleiniano» (Rodman, 2003).

Winnicott reconoció siempre su gran deuda con Klein y los caminos que gracias a ella pudo recorrer: «Un mundo analítico muy rico se abrió para mí» (Véase D.Winnicott, 1965a). Esto estará presente a lo largo de su obra. Lo cual, por supuesto, no impidió que el desarrollo de su propio pensamiento, sumado a ciertos estilos grupales del llamado posteriormente «grupo kleiniano», lo fuera progresivamente alejando de ella. En una conferencia dirigida a candidatos de Los Angeles Psychoanalytical Society, en octubre de 1962 —y que citamos en repetidas ocasiones—, que lleva por título «Una visión personal de la contribución kleiniana» (Véase D.Winnicott, 1965a), trata de hacer un recorrido del impacto de Klein en su vida y en su obra y rescata, muy sucintamente, lo que pudo tomar de sus trabajos. Resalta varios elementos:

- La idea de que el análisis de niños era exactamente igual al análisis de adultos. Es decir que, según Winnicott, salvo para cierto tipo de casos, no era necesario un «análisis preparatorio» (recordemos lo planteado por Ana Freud).
- Cómo, gracias a la técnica del juego, «Melanie Klein tuvo un camino para hacer la realidad psíquica interna muy real», debido a sus ideas sobre proyección y personificación. El juego, tal como lo leyera Klein, se transformó en un modo de traer la realidad psíquica a la escena analítica. Veremos en el capítulo sobre transicionalidad cómo la idea de juego en Winnicott irá evolucionando hacia otras conceptualizaciones y usos.
- La idea de que el material del análisis tenía que ver con las relaciones de objeto del niño, concepto que, para Winnicott, «podía significar relación con un objeto interno o externo».

- Cómo, sin perder nada de las contribuciones ligadas a lo edípico, Klein abrió el trabajo con ansiedades vinculadas a organizaciones pregenitales. El material pregenital ya no era considerado como defensa frente al complejo de Edipo, sino que eran dinámicas que cobraban capacidad explicativa per se. Como sostiene Winnicott: «El enfoque de Melanie Klein me permitió trabajar los conflictos y ansiedades infantiles y las defensas primitivas tanto en adultos como en niños, y gradualmente aportó luz a la teoría de la depresión reactiva (lo que comenzó con Freud) y a la teoría de ciertos estados caracterizados por expectativas persecutorias, y le dio sentido a cosas tales como las alternancias clínicas entre hipocondría y delirios (*delusions*) persecutorios y entre depresión y defensas obsesivas» (Véase D.Winnicott, 1965a).
- En el plano técnico no hubo, según Winnicott, variación entre Klein y Freud. Los principios de la técnica, sostiene, permanecían iguales: evitar cuidadosamente salirse del rol del analista y considerar que la interpretación central era la interpretación de la transferencia. Aquí Winnicott, inevitablemente, toma como representante del pensamiento de Freud los desarrollos de Strachey, en particular sobre la interpretación mutativa, lo que hoy en día sería discutible. Pero lo que sí podemos seguir sosteniendo hoy es que Klein no se aparta de Freud al considerar la interpretación como herramienta central de la eficacia terapéutica.
- Piensa que lo que Klein llamó «posición depresiva» es un complejo estadio del desarrollo de un enorme interés clínico. Winnicott trabajará estas dinámicas, pero en su esfuerzo de reducir el lenguaje psicopatológico para hablar del desarrollo saludable las rebautizará como «fase de preocupación por el otro (*concern*)» (Véase el capítulo sobre «La capacidad de preocuparse por el otro» (Winnicott, 2007c). Piensa que este concepto fue uno de los grandes aportes de Klein al psicoanálisis, que concierne a una relación de dos, de la misma forma que el complejo de Edipo lo fue de Freud.

Winnicott reconoce haberse alejado de Klein claramente con posterioridad a los años cuarenta. Pensar por cuenta propia y replantearse la senda abierta por Melanie Klein no era muy bien visto por el «grupo kleiniano», que progresivamente se había consolidado como uno de los polos de la Sociedad Británica. También contribuyó a este alejamiento su rechazo a algunas de las propuestas conceptuales de

Klein: en primer lugar, a pensar el desarrollo saludable en términos de «posición esquizo-paranoide» y, en segundo lugar, su posterior renuencia a las propuestas de Klein sobre la envidia primaria (Véase Winnicott, 1991g). Para situar mejor estas diferencias teóricas es necesario haber recorrido un poco el pensamiento de Winnicott. En este capítulo sólo nos gustaría resaltar, o simplemente situar, los puntos centrales que serán desarrollados en otros capítulos. Podemos enumerarlos así:

- Distinción que Winnicott establece entre lo profundo (Klein) y lo temprano (su propio pensamiento).
- Sin ignorar la importancia de los mecanismos de escisión entre objeto bueno y objeto malo, así como de la presencia clínica del temor a la retaliación (ansiedades paranoides), Winnicott afirma que pensar el desarrollo temprano en estos términos supone una «renegación (desmentida) implícita del ambiente» (Véase D. Winnicott, 1965a), ya que desconoce por completo «el hecho de la dependencia» (Véase D. Winnicott, 1993h), «el hecho de que con una madre suficientemente buena estos dos mecanismos pueden ser relativamente poco importantes hasta que la organización del Yo haga al bebé capaz de usar los mecanismos de proyección y la introyección para ganar cierto control sobre los objetos» (Véase D. Winnicott, 1965a).
- La posición esquizo-paranoide, o las características atribuidas a dicha posición, serán fundamentalmente para Winnicott, pues, productos secundarios de la falla ambiental, es decir, modos de reorganización del «caos» —o de las angustias inconcebibles o agonías primitivas— que la falla ambiental produce.
- La insistencia de Winnicott en lo que condensó en su aforismo «el bebé no existe» (1942-1952), es decir, que para él es imposible describir un bebé excluyendo el comportamiento de la persona que lo atiende, es decir, del comportamiento del objeto-la respuesta del objeto.
- La jerarquización del lugar del ambiente en el desarrollo de la persona.

Según Winnicott, Klein decía haber prestado atención al factor ambiental, al factor externo, «pero es mi opinión —sostuvo— que era temperamentalmente incapaz de hacer esto» (Véase D. Winnicott, 1965a). Por supuesto, esto no deja de ser una opinión y el estatus que el

pensamiento de Klein otorgaba a la realidad externa es tema de controversia. Una de las grandes cuestiones sobre las que giraron las *Controversial Discussions* fue, justamente, el lugar de la realidad en la comprensión del funcionamiento psíquico.

Winnicott se encontraba en un terreno ambiguo en el momento en que se desarrollaron en la BPS lo que se denominaron las *Controversial Discussions*. Si bien fue elegido por M. Klein como uno de los representantes de su perspectiva en 1940, junto a Issac, Rivière y Rickman, ciertos desacuerdos entre ellos llevaron a que finalmente fuese excluido en dicha representación.

Las *Controversial Discussions* fueron el resultado de la profunda grieta que abrió en la BPS hacia finales de los cuarenta, tras la publicación del texto de Klein titulado «Contribución a la psicogénesis de los estados maníacos depresivos» (1935 [1934]) (Véase M. Klein, 1982), y que fue objeto de una fuerte oposición dentro de la BPS. Las discrepancias con Klein estaban encabezadas por varios de los analistas fundadores de la institución, entre ellos Edward Glover y Barbara Low. La llegada de la familia Freud a Londres, huyendo de la persecución nazi, no hizo más que agravar las cosas en este sentido.

Años después, entre enero de 1943 y mayo de 1944, se organizan una serie de encuentros que tenían por objeto exponer y debatir el pensamiento de Klein y relacionarlo con el de Freud. Uno de los estudios que se presentaron, que con el tiempo ha llegado a ser un clásico, es el de Susan Isaac, «Naturaleza y función de la fantasía». Hubo también trabajos de Rivière, Heimann y de la misma Klein. Las *Controversial Discussions* enfrentaron nuevamente a Ana Freud y a Melanie Klein en sus diferentes lecturas del legado freudiano. Los debates fueron enérgicos y las diferencias, tanto teóricas como prácticas, muy marcadas. Estos debates estuvieron a punto de causar la fractura de la Sociedad, que pudo evitarse gracias a lo que se ha llamado «un pacto de caballeros». Se llegó al acuerdo de no romper la institución, aunque hubo que organizar en el instituto de formación dos orientaciones diferentes: por un lado, el denominado «Grupo (*Course*) A», que sería dirigido por la Sociedad en un sentido amplio. Por otro lado se estableció el «Grupo (*Course*) B», conducido por Ana Freud y sus seguidores. Los analistas en formación podían elegir en la primera supervisión un analista del mismo grupo, pero en la segunda supervisión debían elegir un analista que no fuera ni kleiniano ni anafreudiano. De este modo, se constituye el «grupo intermedio», es decir, aquellos que no pertenecían a ninguna de las dos

corrientes dominantes. Como nos dice Kohon, «al comienzo no fue en absoluto un grupo; los analistas que se encontraban perteneciendo a él habían rechazado pertenecer a ninguno de los grupos sectarios que se habían formado» (Kohon, 1986). Sin embargo, hasta 1960, el grupo intermedio no se constituyó como tal y, a partir de 1973, pasó a ser conocido oficialmente como el «Grupo Independiente». Este grupo tenía como característica principal «su reluctancia a ser restringidos por coacciones teóricas o jerárquicas» (Kohon, 1986).

Winnicott terminó formando parte de este grupo intermedio, como ya hemos señalado anteriormente, y no podía ser de otro modo. Su lucha por un lenguaje vivo, por un psicoanálisis en el que cada psicoanalista pueda reapropiárselo de un modo personal lo excluía, naturalmente, de cualquier adhesión incondicional.

Winnicott sostiene en el texto ya citado de 1962:

En cuanto a la polémica entre Klein y Anna Freud, y entre los seguidores de una y otra, para mí carece de importancia, y tampoco la tendrá para ustedes, porque es una cuestión local, y bastará una brisa fuerte para disiparla. Lo único importante es que el psicoanálisis, firmemente basado en Freud, no pase por alto el aporte kleiniano [...] (Véase D.Winnicott, 1965a).

2

DESARROLLO EMOCIONAL TEMPRANO

Por Augusto Abello Blanco

La muerte de una madre ha de ser algo tan singular que no puede compararse a nada e, indudablemente, ha de despertar en nosotros emociones inconcebibles.

Sigmund Freud

El deseo es el ombligo cortado que siempre llevamos abierto y sangrante, en pos de una unión impecable.

Elizabeth Gilbert

Introducción

Es ampliamente conocido que uno de los temas centrales en la obra de Winnicott es todo el universo relacionado con el desarrollo emocional del bebé estudiado de manera exhaustiva. Y es del todo coherente que éste sea uno de los temas más trabajados por él y de una forma original, ya que permite —entre otras cosas—, como pocos, integrar el desarrollo de su condición de pediatra y de psicoanalista.

El recorrido por el tema ofrece muchas variantes.

Queremos destacar, antes de introducirnos en él, que si bien en la obra de Winnicott aparecen múltiples referencias a cuestiones ligadas a procesos fisiológicos, cuidados corporales, cuestiones que forman parte de lo «manifiesto», está describiendo —tratando de comprender— un momento directamente ligado al origen del funcionamiento psíquico del

bebé y nos encontramos ante lo que para el analista inglés es la conformación del narcisismo primario, concepto que hasta Winnicott solía darse —más o menos— por supuesto. Dicho de otra manera: hasta ese momento se habían cuestionado e investigado poco las vicisitudes que podía atravesar su constitución. Nos referimos a todo lo que ocurre a partir del inicio de la vida del bebé. Sería, en buena medida, todo lo que encontraremos en la bibliografía como lo *preverbal*, tomando la adquisición del lenguaje como parámetro, o lo *preedípico*, tomando uno de los conceptos príncipes de Freud como indicador. A partir del analista inglés, «su majestad el bebé» será el resultado de un proceso complejo que no siempre llega a buen fin.

Creemos que la línea que recorre todo lo ligado al desarrollo temprano es de gran relevancia en el pensamiento y en la clínica del psicoanálisis.

Recordemos, en algunas pinceladas, la propuesta de Freud en relación con este momento que remite a los orígenes.

El lugar que ocupa «su majestad el bebé» (*His majesty, the baby*)²⁰ sería un lugar que el propio Freud define en 1914 como aquel en el que «no debería tener existencia la enfermedad, la muerte, la renuncia al goce ni la restricción de la voluntad y ante el cual las leyes de la naturaleza y de la sociedad han de cesar» (1914, p. 88) (Véase S.Freud, 1997a).

Y desde ese lugar idealizado el bebé tiene misiones que cumplir en el marco de la relación con sus padres. En otra cita Freud aclara:

Su majestad el bebé tiene la misión de cumplir los sueños; los irrealizados deseos de sus padres: el varón será un gran hombre y un héroe en lugar del padre y la niña se casará con un príncipe como tardía recompensa para la madre (1914, p. 88). (Véase S.Freud, 1997a).

El lugar que venimos describiendo para el bebé será fundamental en la conformación y consolidación de lo que más adelante será el sentimiento de sí mismo y su parentesco con la autoestima, un asunto que —como sabemos a través de la clínica y de nuestras propias

²⁰Es posible que Freud haga referencia con esta frase, como apunta Strachey, a un conocido cuadro de la época eduardiana que llevaba ese título y mostraba a dos policías londinenses deteniendo el farragoso tráfico para que una niñera pudiera cruzar la calle empujando un cochecito de bebé. Los coches de caballos se suben unos a otros causando un verdadero accidente múltiple con tal de que ese bebé cruce la calle dentro de su cochecito con la tranquilidad de un príncipe.

experiencias— tiene repercusiones importantes en el equilibrio vital de todos nosotros. Freud en *Introducción al narcisismo* (Véase Freud, 1997a), plantea así este nexo:

[...] Una parte del sentimiento de sí es primaria, residuo del narcisismo infantil; otra parte brota de la omnipotencia corroborada por la experiencia y una tercera de la satisfacción de la libido de objeto (1914, p. 97). (Véase S.Freud, 1997a).

Parece evidente que las características de la mirada de la madre sobre el bebé, en su expresión metafórica, tendrán fuertes repercusiones en el futuro del sujeto en cuestiones importantes. El propio Freud, favorito de su madre, comentaba en tono autobiográfico:

Cuando un hombre ha sido el favorito indiscutido de su madre, logra conservar durante toda la vida un sentimiento de vencedor; esa confianza en el éxito a menudo conduce realmente al éxito²¹ (Véase Jones, 1984, p. 34).

Comienzan las divergencias

Como idea alternativa a la freudiana de *his majesty, the baby*, Winnicott nos dirá en 1970:

Si bien todo niño o niña que viene al mundo con vida trae en su pañal, por así decir, el cetro de un primer ministro, ese cetro puede permanecer como algo que podría haber sido pero no fue» (1970a, p. 339). (Véase D.Winnicott, 1991f).

En su libro *Teatros de la mente*, Joyce Mc Dougall acompaña esta idea de la siguiente forma:

Cabe señalar que Freud no dejó mucho espacio para que pudiera desarrollarse la idea de que las cosas podrían ir mal entre la madre y su hijo, convencido como estaba de que el periodo de la infancia constituía la base nostálgica para la creencia en el paraíso (Mc Dougall, 1987).

²¹Además de un vínculo privilegiado con la madre, hay que señalar que Freud estableció un vínculo temprano muy intenso con una niñera y que pudo haber sido —tal y como sugiere el propio Freud— su primera maestra sexual. Basándose en este hecho, Peter Gay comenta que Freud «disfrutó, pues, de la atención de dos madres» (Véase Gay, 1989, p. 30).

Winnicott *debate* con Freud este punto de manera clara y confrontativa. Siente que tiene mucho que decir a raíz de sus observaciones, sus investigaciones y de su doble práctica clínica: como pediatra y como analista. Para ello debe conquistar un espacio que no existía, o que existía a la manera de supuestos estables, al estilo del de «su majestad el bebé», una posición que el bebé tendría garantizada de antemano y en todos los casos.

Será en este debate donde cobra todo su sentido la siguiente cita de Winnicott, muy significativa si tenemos en cuenta qué dice y a quién se refiere en ella:

A primera vista parecería que gran parte de la teoría psicoanalítica trata sobre la niñez temprana y la infancia, pero en cierto sentido puede decirse que Freud ha desatendido la infancia como estado (1960, p. 49). (Véase D.Winnicott, 1965m).

Winnicott apunta a que Freud desatendió el tema de los logros necesarios en el desarrollo temprano. Podemos matizar el asunto pensando que lo que ocurrió es que el padre del psicoanálisis dio por sentado que en los estadios tempranos tenían lugar —de manera garantizada— esos logros, condición necesaria para que el narcisismo primario se constituyese con las características compatibles con cierta concepción de salud.

Winnicott toma una cita muy breve de Freud, en una nota al pie, en la que aparece un comentario respecto al tema que venimos planteando. Lo cierto es que, en esta cita, Freud, en contraste con su punto de vista más generalizado, no da por seguro que la dotación de cuidados al bebé esté garantizada y expresa esa posibilidad en condicional. No obstante, creemos que no se ocupará en sus desarrollos teóricos de aquellos casos en los que tal dotación ambiental no llegue.

El ámbito de las dotaciones ambientales tempranas y sus efectos facilitadores será, justamente, el campo de estudio que Winnicott asumirá años más tarde.

En la cita en cuestión, dice Freud:

Se me objetará con todo derecho que una organización que era esclava del principio de placer y desatendía la realidad del mundo externo no podía

mantenerse viva ni un tiempo mínimo, de modo que no podría haber llegado a existir en absoluto. No obstante, el empleo de una ficción como ésta se justifica cuando uno considera que el infante —*siempre y cuando se incluya con él el cuidado que recibe de su madre*— casi realiza un sistema psíquico de este tipo [la cursiva es nuestra] (Freud, 1911).

Winnicott agrega: «Las palabras “siempre y cuando se incluya con él el cuidado que recibe de su madre” tienen una gran importancia en el contexto de este estudio. El infante y el cuidado materno, juntos, forman una unidad» (1960, p. 50). (Véase D.Winnicott, 1965m).

El énfasis que observamos en Winnicott en relación a la figura de la madre —o en quien cumpla las funciones maternas— se debe a que en esa construcción del narcisismo primario, fundamental para el desarrollo psíquico del todo sujeto, ésta jugará un papel central. En este sentido, Winnicott nos habla tempranamente —en el año 1954— de un tipo de paciente que hoy vemos con mucha frecuencia en nuestras consultas:

Dicho de otro modo, sería agradable poder aceptar en análisis solamente aquellos pacientes cuyas madres, al comienzo y durante los primeros meses, hubiesen sido capaces de aportar condiciones suficientemente buenas. Pero esta era del psicoanálisis se está acercando irremisiblemente a su fin (1954, p. 386). (Véase D.Winnicott, 1958b).

Quizás el texto más representativo de esa idea sea, justamente, «Desarrollo emocional primitivo», del año 1945 (Véase D.Winnicott, 1999h). Proponemos, para seguir el tema de este capítulo, abordar ese título con la siguiente diferencia: donde leemos en el original «primitivo», pensar en «temprano».

La otra diferencia terminológica que nos parece relevante es la que Winnicott hace entre «temprano» y «profundo». Dos términos que, a primera vista, pueden parecer sinónimos y que sin embargo presentan diferencias que serán fundamentales tanto para entender la psicopatología como para pensar su abordaje clínico.

Para definir esas diferencias citemos a Carlos Nemirovsky:

[...] Winnicott [...] plantea que hay dos categorías de pacientes:

a) Aquellos que tuvieron cuidados suficientes y el sufrimiento actual es derivado de los clásicos conflictos. En ellos los trastornos del desarrollo son *profundos*.

b) Los que sufrieron un déficit en sus cuidados tempranos (falla precoz de la función madre suficientemente buena). Éstos son pacientes con trastornos *tempranos* del desarrollo [cursivas en el original] (Nemirovsky, 2007, p. 118).

Esta distinción —sencilla sólo en apariencia— nos permite pensar que lo *profundo* no será un momento cronológico del desarrollo y por lo tanto no tiene porque acontecer de manera obligada en las etapas *tempranas* del sujeto. Si las cosas van bien, así será. Pero si ese conjunto de acciones y vivencias que parten del medio y llegan al bebé —función *madre suficientemente buena*—, que suponemos y deseamos que ocurran en el inicio del desarrollo, no tienen lugar en las primeras etapas de la vida, no significa que no vayan a tener lugar nunca. De la mano del concepto winnicottiano de *segunda oportunidad* veremos que lo *profundo* puede originarse en un tratamiento —y no sólo en un tratamiento— en cualquier momento de la vida adulta del sujeto.²²

Donald Winnicott tiene cuarenta y nueve años cuando publica «Desarrollo emocional primitivo». Se encuentra en el ecuador de su doble vida profesional (nos referimos a su condición de pediatra y de psicoanalista).

El tema no se agota, ni mucho menos, en los textos citados. Reaparecerá a lo largo de innumerables trabajos, así como en varias de sus cartas (en relación a su correspondencia). (Véase *El gesto espontáneo* de Rodman, 1990).

Desarrollo emocional temprano

En el artículo que acabamos de citar hay una aclaración de cómo trabaja Winnicott y cómo se propone transmitir sus ideas: «[...] Voy recogiendo cosas, aquí y allá, me enfrento a mi experiencia clínica, me formo mis propias teorías y luego, al final de todo, pongo interés en ver

²²Para un mayor desarrollo de esta idea recomendamos el capítulo de C. Nemirovsky «Edición-reedición: reflexiones a partir de los aportes de D.W. Winnicott a la comprensión y tratamiento de las psicosis y otras patologías graves», 2007.

cuáles son las ideas que he tomado de otros»²³ (1945, p. 209). (Véase D.Winnicott, 1999h). Incluimos esto porque creemos que dar a conocer algo de la metodología con la que escribe puede facilitar su lectura.

Winnicott apunta en esta amplia y rica línea de trabajo a épocas muy tempranas del desarrollo. Refiriéndose a la obra de Melanie Klein y en el texto mencionado nos dice: «Rápidamente nos condujo al estudio y análisis de relaciones todavía más primitivas y son éstas las que deseo comentar en este escrito» (1945, p. 201). (Véase D.Winnicott, 1999h).

Si hubiese que precisar un poco más la cuestión temporal en la que estamos pensando, podemos decir que él se refiere a los primeros cinco o seis meses de vida, si bien nos advierte que esos límites son variables:

[...] Hablando desde el punto de vista psicológico, ¿es que algo *importa* antes de los cinco o seis meses? Sé que en ciertos círculos se cree sinceramente que la respuesta es «NO». Esta respuesta es digna de respeto, pero no es la mía [cursiva y mayúsculas en el original] (1945, p. 204). (Véase D.Winnicott, 1999h).

De lo que se trataría es de incluir *los cinco o seis primeros meses de vida del bebé* en los estudios psicoanalíticos, gesto significativo a la luz del poco valor que esa franja etaria había tenido hasta entonces, salvo en algunas excepciones, para el psicoanálisis.

Antes de continuar creemos conveniente tener presentes tres cuestiones importantes:

1. No es fácil, ni necesario, definir con exactitud fechas concretas en el tema que nos ocupa, sino que es preferible pensar en términos de qué procesos deben llevarse a cabo para obtener qué logros en el desarrollo.
2. Todo lo que veremos como logros alcanzados no incluyen la garantía de que vayan a permanecer en el sujeto, cualquiera de esos logros puede perderse.
3. No existe la posibilidad de dar por acabados esos logros, sino que debemos pensarlos como consiguiéndose de manera continuada a lo largo de toda la vida del sujeto.

²³ Ya hemos analizado en el capítulo 1 la tendencia de Winnicott a asumir como propias algunas ideas ajenas o a no citar adecuadamente, una cuestión que ha sido criticada en diferentes ocasiones. Los conocedores de la obra de S. Ferenczi, por ejemplo, saben bien a qué nos referimos.

Respecto a M. Klein, leemos en el mismo artículo: «Trajo consigo una nueva comprensión, pero no una nueva técnica» (1945, p. 201). (Véase D.Winnicott, 1999h). Desde esta afirmación es más fácil entender que si bien la mirada del psicoanálisis se había adelantado a etapas tempranas de la mano de Klein, había mucho para hacer, por ejemplo, todo el aporte que Winnicott propone en relación a la función que la realidad (externa²⁴) jugará en estas etapas tempranas y en todas las cuestiones ligadas al abordaje terapéutico, las condiciones del tratamiento, las cuestiones técnicas, etc. Volveremos sobre ello.

De qué tipo de pacientes hablamos (primordialmente)

Si en relación a las coordenadas temporales estamos hablando de una etapa que se inicia desde el embarazo de la madre y en los primeros meses de vida del bebé, desde el punto de vista de nuestra práctica clínica esta propuesta teórica representa especial interés en aquellos casos que conocemos como paciente graves.²⁵ Dicho en terminología winnicottiana, son pacientes que recaban ayuda con respecto a su relación primitiva y predepresiva. Con este último término se refiere a lo que acontece con anterioridad a lo que M. Klein postula como *posición depresiva* en el bebé.

La idea más significativa es que en las patologías graves debemos remitirnos a estas tempranas etapas del desarrollo emocional para comprender su etiología, mientras que en los casos conocidos como *neuróticos* será conveniente fijar nuestra atención —siguiendo todo lo

²⁴F. R. Rodman se refiere a este importante aspecto con estas palabras: «Quizá sea una de las paradojas que merezcan estar en el diccionario de Winnicott, que un hombre que fue tan contemplativo del mundo exterior haya sido a la vez uno de los responsables de acercar la influencia del mundo exterior al corazón del pensamiento psicoanalítico. Se mantuvo con los lineamientos del mundo interno de Freud, pero agregando, a su manera, la crucial importancia de las experiencias actuales, particularmente aquéllas con la madre, en el desarrollo del niño. Después de Ferenczi, a quien sólo recientemente se lo está reconociendo y apreciando, él es el padre del reconocimiento de los factores ambientales en el desarrollo del niño y en el psicoanálisis tanto en la teoría como en la terapia» (Rodman, 1999). Véase <http://www.psicomundo.org/winnicott/biografias/risa.htm>.

²⁵ Por pacientes graves nos referimos a pacientes fronterizos o borderlines, esquizoides, psicóticos en algún grado, con trastorno de la personalidad, también denominados «severamente perturbados» y en tono más coloquial «pacientes difíciles». El caso de M. Little —paciente de Winnicott—, relatado por ella misma y publicado bajo el título *Relato de mi análisis con Winnicott* (1995) y que veremos en otro capítulo, puede ser un ejemplo paradigmático.

conocido a partir de Freud— en las vicisitudes del complejo de Edipo. Estos pacientes, los de Freud, o los que mejor se ajustan a sus hallazgos, son para Winnicott aquellos que pueden relacionarse con *personas enteras* sintiéndose ellos también «personas enteras» (1945, p. 200). (Véase D.Winnicott, 1999h).

Cuando *las cosas no fueron bien* en estas etapas tempranas (ya veremos a qué nos referimos con esta expresión tan amplia y algo vaga), no nos encontraremos con el sufrimiento neurótico que podemos resumir diciendo que remite a las angustias de castración, siguiendo con la terminología freudiana, sino que estaremos ante angustias de otro tipo, angustias que son vividas como «partirse en pedazos, caída interminable, completo aislamiento, separación entre psique y soma» (1968, p. 131).

Margaret Little, en su libro *Relato de mi análisis con Winnicott*, lo expresa aún con más claridad y dramatismo:

Yo tenía miedo, ese terror que sólo los niños pueden experimentar (se podría pensar que también en los bebés), miedo a la destrucción total, al desmembramiento de mi cuerpo, a volverme irremediablemente loca, a ser borrada, abandonada y olvidada por todo el mundo como alguien que nunca hubiese existido, una angustia impensable que es como experimentar una aniquilación, como una destrucción total (como la pinchadura de un globo) [...], como permanecer desconectado del propio cuerpo o como estar perdido en el espacio [paréntesis en el original] (Little, 1995).

En 1960, Winnicott aclara: «En esta etapa temprana la angustia no es de castración, ni de separación; se relaciona con algo totalmente distinto y, de hecho, constituye angustia de aniquilación» (1960, p. 53). (Véase D.Winnicott, 1965m).

Situándonos en nuestro *aquí y ahora*, veamos un relato que transmite con fuerza —gracias a su elocuencia y al compromiso de quien lo escribe— una versión posible de lo que estamos tratando de transmitir: la naturaleza del padecer de ciertos sujetos y el *color* particular de ciertas angustias.

Se trata del testimonio de un hombre de mediana edad, Alfonso Márquez Florez, que años después de terminar su tratamiento, evoca con un tono literario muy rico, algunos de los momentos del dolor agudo que lo aquejaron:

Nubes grises de metal oscurecen la ciudad, roban la luz al sol, saben hacer temblar.

Llueve fuego y destrucción, vibra el suelo en el que estoy.

Me atenaza el terror y me ahoga el calor.

Todo lo aplasta a su paso una avalancha de fuego y un caudal de humo y de polvo lo nubla todo al instante.

No se puede respirar y no tengo dónde huir, sigue lloviendo la muerte y no hay refugio seguro.

Cuerpos sin vida, vidas sin almas, almas sin cuerpos.

La ciudad cae sobre mí, aplastando mis pulmones; yo me derrumbo enseguida con ese peso en mi cuerpo.

Un enemigo interior —la desesperación— no me permite respuesta, la dignidad no es posible.

No hay futuro para mí, el dolor es INFINITO; quiero acabar ya con todo, que todo acabe conmigo.

Todo parece irreal, voy perdiendo mis sentidos...

siento luego un ronroneo que me devuelve a la vida...

vida sin alma, alma sin cuerpo, ¿cuerpo con vida?²⁶

Es muy claro para nosotros el valor de este testimonio. No vamos a proceder al análisis exhaustivo, simplemente queremos subrayar las múltiples referencias a la *desintegración* en el plano corporal para definir estados de alto sufrimiento. De la misma forma, el plano de la *realidad* aparece comprometido, una realidad que da la sensación de desdibujarse, desaparecer, mientras el sujeto siente que toda su existencia está en juego. La desesperanza y el desamparo lo invaden todo de una manera esencial. Nada relacionado con el *sostén* aparece a modo de tabla de salvación en medio de un naufragio colosal.

Es interesante poner en relación este testimonio con los logros que tienen lugar en etapas tempranas y que veremos más adelante, y dentro de este mismo capítulo: disfrutar de la capacidad de ilusión y esperanza, habitar el propio cuerpo, una relación estable y confiable con la realidad, etc. Y también una reflexión básica: cómo esos logros se ponen en juego

²⁶ Se trata de un fragmento de una obra inédita del citado Alfonso Márquez Flores, reproducido aquí con expresa autorización del autor. Cumpliendo con su deseo, también incluimos su nombre, con el fin de garantizar sus derechos sobre el texto.

—y pueden perderse— ante los embates de un sufrimiento tan agudo como el descrito.

Esta diferencia asociada al sufrimiento en general y a las angustias padecidas en particular nos parece crucial, tanto por las cuestiones teóricas de las que se desprende, por las consecuencias que tendrá para el sujeto, como —y sobre todo— por las implicaciones clínicas que lleva aparejada. Ésa es la razón de que hayamos querido reflejar el tema con cierta amplitud.

Con respecto a la clínica de pacientes graves, queremos transcribir algunos fragmentos del texto que citamos anteriormente, perteneciente a Alfonso Márquez Flores. En este caso evoca la relación que lo unía a su terapeuta y como si de una carta a él se tratase:

El simple hecho de iniciar contigo la terapia, fue un motivo de esperanza para mí.

[...] Tu voz melódica y tranquilizadora (aunque un poco alta al principio) ya era un mensaje por sí misma.

Lo implícito suele tener más fuerza que lo explícito.

Si algo te hizo especialmente grande ante mis ojos fue que llegaras a traspasar el ámbito profesional, con naturalidad; compartíamos una afición y hubo complicidad.²⁷

[...] Tú me fuiste convenciendo de que en el mundo también hay sitio para las personas sensibles, armadas de sinceridad y amor.

Además, siempre has sido para mí un espejo mágico, capaz de devolverme una imagen mejor que la que podían ver mis ojos.

No vamos a analizar en profundidad este fragmento. Su valor es evidente. Refleja muy bien ciertas coordenadas del abordaje clínico requerido para cierto tipo de pacientes. Es elocuente lo que el paciente destaca de su terapeuta; su tono de voz, la posibilidad de generar esperanza, el hecho de compartir una afición, la función especular a través del espejo mágico que devuelve una imagen distinta de la que ya poseía, la referencia a lo implícito que podemos traducir como todo

²⁷ Ambos compartían la afición por la imagen en general y la fotografía en particular. En la consulta, durante años, circulaban fotos de uno y otro con todo tipo de comentarios sobre ellas y reflexiones que, tomando elementos de las fotografías, constituyeron materiales muy interesantes para el trabajo de psicoterapia.

aquello que hace a la *relación* y que no se encuadra en el campo de lo verbal.

En función de lo que venimos planteando y desde otra terminología, podemos decir que estamos en el terreno de la psicopatología que remite a las problemáticas ligadas a lo preverbal, patologías por déficit, o incluidas en el universo de lo preedípico, etc. Con este «etc.» queremos dar cuenta del fenómeno por el cual las diferentes escuelas se refieren a estas patologías con muy diversos nombres.

Tres procesos básicos

Después de esta introducción veamos, con más detalle, a qué se refiere Winnicott cuando piensa en el *desarrollo temprano*.

Para empezar define «tres procesos que empiezan muy pronto» (1945, p. 204). (Véase D.Winnicott, 1999h). Podemos decir, con él, que esos procesos empezarán muy pronto... siempre y cuando *las cosas vayan bien*.

Antes aclaremos un poco el vago concepto de cuando *las cosas van bien*. Con esta fórmula —es del propio Winnicott— queremos referirnos a todos los casos en los que el bebé se encuentra con *un ambiente facilitador suficientemente bueno* o para decirlo de otra forma: cuando la madre de ese bebé puede sentir la *preocupación maternal primaria*²⁸, idea que remite a un conjunto de procesos y vivencias por parte de esa madre y que veremos más adelante.

Los tres procesos aludidos son aquellos que permitirán tres logros fundamentales, a saber:

1. La integración
2. La personalización
3. La realización

²⁸ Título de un artículo de Winnicott de 1956. (Véase D.Winnicott, 1999g).

Asimismo, veremos la relación que estos tres procesos guardan con las funciones que el medio deberá ofrecer al infante, a saber: *sostén, manipuleo y presentación del objeto*.

1. La integración

Winnicott postula una no integración primaria. Desde allí se entiende que intente pensar y describir cómo se logra esa integración. La idea de una no integración primaria permite entender, desde Winnicott, algunos de los fenómenos que conocemos bajo el concepto de disociación.

Cuando los procesos de integración fueron incompletos en alguno de sus complejos desarrollos, de tal manera que la integración no se alcanzó suficientemente, aparecerán estados que llamaremos disociados. O el sujeto quedará más expuesto a que ello pueda ocurrir.

Esta propuesta de relacionar aquellos logros en etapas tan tempranas —con sus grados diversos, sus matices— con las vicisitudes futuras será una constante en el pensamiento de Winnicott, en especial a la hora de reflexionar sobre cuestiones etiológicas, psicopatológicas y clínicas.

El tratamiento —en muchos casos— representará para Winnicott *una segunda oportunidad*.²⁹ La expectativa es que en ese tratamiento se presenten, en diferido y con valor simbólico, algunas de las condiciones que estuvieron ausentes en las primeras etapas de vida. Etapas necesarias, que ahora revisamos, para que el proceso de desarrollo emocional siga su curso asentando —y esto es central— la *continuidad existencial*.³⁰ en el bebé. Esto nos ayuda a entender por qué nos interesa tanto desmenuzar estos procesos y tratar de captar sus tramas implícitas y sus dinamismos.

Con *no integración* Winnicott se refiere a estados diversos de los que el niño no tiene una idea —o una vivencia— conjunta o *integrada*. Los

²⁹ Para una más amplia exposición de este tema remitimos al lector al artículo de Alejandro Ávila Espada «La segunda oportunidad para el desarrollo, metáfora del proceso terapéutico en Winnicott», en A. Liberman y A. Abello (comp.), Winnicott hoy. Su presencia en la clínica actual, 2008. (Véase Ávila, 2008).

³⁰ Para Winnicott es un concepto central el de continuidad existencial. Una idea emparentada directamente con el concepto: seguir siendo personal del individuo. A modo de ejemplo contundente, nos dirá: «La continuidad del ser constituye la base de la fuerza del Yo» (1960). (Véase D.Winnicott, 1965m).

ejemplos que propone son muy claros: el niño excitado o irritado no *sabrá* que es el mismo que cuando está siendo bañado se encuentra en calma. O que es el mismo estando excitado —en cualquiera de sus variantes— que cuando en la cuna alcanza momentos de mucha relajación. Como tampoco *sabe* en los inicios que la madre con la que se relaciona en los momentos de tranquilidad y de la que recibe los cuidados es la misma que desea *atacar* con el bocado predatorio sobre el pecho. Como se ha dicho de varias formas y con diversas metáforas, el bebé no sabe que la madre que él ve de frente y a la que festeja porque va a su encuentro —ella incluye, claro, el pecho *necesitado/deseado*— es la misma que se retira, lo abandona y a la que ve marcharse de espaldas. Debe integrar a esas dos madres, a las que nunca verá juntas, como nadie puede ver al otro —ni a sí mismo— de forma completa: por delante y por detrás al mismo tiempo. Este tema guarda estrecha relación con el acceso a la posición depresiva, concepto central en la obra de M. Klein, en la que se tomaría conciencia de que la madre atacada es —también— la madre amada, surgiendo entonces fenómenos psíquicos nuevos como el sentimiento de culpa y la necesidad de reparación sobre el objeto amado.

Otro ejemplo de disociación sería el que surge de no poder integrar al que somos estando despiertos con el que somos mientras soñamos. Dicho de otra manera: al recordar los sueños, y al contarlos, estamos tejiendo ligazones entre esas dos partes de todos nosotros que —en principio— aparecen disociadas. Pensamos con Winnicott que «es siempre valiosa la experiencia de soñar algo y recordarlo, debido precisamente a la rotura de la disociación que ello representa» (1945, p. 207) (Véase D.Winnicott, 1999h). Quizás éste sea uno de los motivos del impacto que ha tenido en todas las épocas del desarrollo de la humanidad las relaciones entre los sueños y la realidad, incluyendo no sólo el recuerdo de ellos, sino el afán por desvelar —interpretar— sus significados.

De los tres procesos mencionados será la integración, en la obra de Winnicott, el más abarcador, el que goza de un estatuto más general y que por momentos incluye a los otros dos.

En ese sentido, integración remite a la dimensión temporal, a la relación con el espacio, con el propio cuerpo y con la realidad exterior.

Todas esas variables deberán ser paulatinamente integradas en el funcionamiento psicofísico³¹ del bebé.

Aquí debemos decir que, como ocurre en tantas ocasiones, los tres elementos que nos ocupan son, en cierto modo, un artificio. O mejor dicho, el hecho de que sean tres y que reciban nombres diferentes no implica que en la vivencia de la dupla madre-bebé sean fácilmente discriminados. Creemos que la presentación que hace Winnicott se debe a necesidades conceptuales y de transmisión a sus lectores, como ocurre con cualquier modelo teórico que pretenda dar cuenta de una zona de la experiencia humana. Preferimos pensar que forman parte de un todo, que se dan al mismo tiempo en esa rica y compleja corriente que envuelve al vínculo del bebé con su entorno.³² Algo similar ha ocurrido en nuestra disciplina cuando, al referirse al pecho, pareció recortar la anatomía femenina, cuando daría mejor cuenta de la realidad pensar que el *pecho* incluye la oferta rica —e inefable en última instancia— de la madre hacia su bebé: tacto, miradas, sonidos, olores, ternura —y/o otros sentimientos— expresados de múltiples formas, una *gestalt* que recoge un clima complejo.

Si tuviésemos que pensar en algunos casos que ilustren esa no integración primaria, nos inclinaríamos por utilizar los que el propio Winnicott nos ofrece. En relación al tiempo: «Un chico de nueve años a quien le gustaba jugar con Ann, de dos años, se interesó vivamente por el nuevo bebé. Dijo: cuando nazca el bebé, ¿nacerá antes que Ann?» (1945, p. 204). (Véase D.Winnicott, 1999h).

Un paciente psicótico no conseguía alcanzar ninguna rutina al no poder determinar, cuando pensaba, por ejemplo, en el martes, si se trataba del martes de esa semana, de la pasada o de la próxima.

La otra cuestión es que la localización del ser en el propio cuerpo tampoco debe ser dada por sentada; tenemos que pensar de nuevo que será un logro a conseguir, el resultado de un proceso.

³¹ En Winnicott, las cuestiones referidas al cuerpo cobran especial relevancia toda vez que presentan su correlato en el nacimiento y desarrollo del universo psíquico. Su concepto «psiquesoma» da buena cuenta de este punto de vista.

³² Usaremos los conceptos entorno y ambiente de forma indistinta. Winnicott prefería el término «ambiente»; nosotros entendemos que entorno es la parte del ambiente que toma directamente contacto con el bebé, mientras que ambiente es un concepto más amplio y que abarca zonas no directamente vinculadas con el bebé o con el infante

Volviendo a los casos ilustrativos del propio Winnicott que aclaren de qué hablamos, recordaremos el que nos ofrece también en su texto «Desarrollo emocional primitivo» en relación al cuerpo y su percepción integrada:

Una paciente psicótica³³ reconoció que de pequeña creía que su hermana gemela, que yacía en el otro extremo del cochecito, era ella misma [...]. Llegó a sorprenderse al ver que alguien cogía a la otra niña sin que ella cambiase de sitio (1945). (Véase D.Winnicott, 1999h).

Otra de sus pacientes sentía que vivía en una caja situada a veinte metros de altura y que sólo un hilo la conectaba con su cuerpo que permanecía en el suelo. Estos casos serían ejemplos de situaciones en las que —ya sea por motivos evolutivos o accidentales— la integración, en sus diferentes modalidades, no ha conseguido alcanzar sus objetivos.

Winnicott nos ofrece un ejemplo de no integración (parcial), pero esta vez en un sujeto adulto. Se refiere a un caso que con cierta frecuencia vemos en nuestra práctica clínica: un paciente nos relata, a lo largo de toda su hora y con todo lujo de detalles, todas y cada una de las cosas que realizó —y que le pasaron— en el fin de semana. Muchas veces el analista, continúa Winnicott, se siente impotente al ver cómo pasa el tiempo de la sesión sin que pueda realizar intervención alguna. El paciente se irá satisfecho de esa sesión, y de todas las que cursen con ese patrón, porque la necesidad que lo apremia es que alguien, su analista en este caso, pueda *conocerlo* con todo detalle. Dicho de otro modo: la necesidad de ese paciente consiste en poder existir, de manera *integrada*, en la mente de otra persona, sintiendo de esa forma que está más cerca de sentirse así él mismo, anhelo de salud y bienestar.

A partir de este último ejemplo podemos decir dos cosas importantes que recorren la obra y la clínica de Winnicott, en especial con pacientes graves:

1. Dentro de las funciones del analista estarían todas las que proveen al paciente de aquellas vivencias y experiencias que debería haber podido recibir de su entorno y que —por los motivos que sean— no ha recibido. En este caso, esa misma función —la de ser pensado por

³³ El hecho de que el ejemplo corresponda a una paciente psicótica no nos parece relevante; tendría el mismo valor en un sujeto sano o con cualquiera patología más habitual o leve.

alguien y vivir *integrado* en la mente de ese alguien— suele ser desplegada de forma natural y gozosa por la madre del bebé, que sigue con todo detalle las cuestiones ligadas a su desarrollo. Datos que, cargados afectivamente, tantas veces pasan a formar parte de las narraciones familiares, accediendo así cada uno de nosotros al relato de aquello que fuimos, siempre a través de esa madre, de esos padres, por supuesto.

2. Siguiendo con el punto anterior, queda claro que muchas intervenciones estarán lejos —tanto por la teoría de la que emanan como por su formato técnico— de la interpretación, pieza clave —cuando no exclusiva— del psicoanálisis anterior a Winnicott.

Existen dos grandes grupos de experiencias que van a facilitar el proceso de integración: las que provienen del exterior y las que lo hacen desde el interior del sujeto.

En su trabajo «La teoría de la relación entre progenitores e infante» nos dice Winnicott:

Una mitad de la teoría de la relación entre progenitores e infante tiene que ver con el infante: es la teoría del recorrido del infante desde el principio del placer hasta el principio de realidad y desde el autoerotismo hasta las relaciones objetales. La otra mitad de la teoría [...] se refiere al cuidado materno, es decir, a las cualidades y los cambios de la madre, que satisfacen las necesidades específicas y el desarrollo del niño al que ella se orienta (1960, p. 47). (Véase D.Winnicott, 1965m).

En esta cita vemos algo que conviene resaltar: a Winnicott le interesaba el doble frente que implica el desarrollo del bebé. Lejos de una visión ingenua, inclinada a mirar sólo los aspectos visibles del vínculo madre-bebé³⁴, observa y propone estudiar las interacciones que se producen entre todo el arsenal de cosas que llegan del ambiente —los cuidados infantiles en virtud de los cuales el niño es protegido del frío, bañado, acunado y nombrado— y las complejas vivencias que emanarán del mundo pulsional del bebé.

³⁴ Debe quedar claro que cuando aludimos a la madre del bebé nos estamos refiriendo más a aquella persona encargada de cumplir con las funciones maternas. Por comodidad, abundaremos en el uso de mamá o madre, pero debe entenderse, siguiendo a Winnicott, en el sentido aquí propuesto.

Hay que destacar en este apretado listado de acciones el abanico de cuestiones que quedan propuestas y la riqueza que representan. Desde el *bañado* del bebé, con el papel que el cuerpo —o mejor, los cuerpos— juegan, hasta el acto ser *nombrado*, con todo el valor simbólico que es fácil atribuirle a dicho acto. Y por otro lado, lo relativo a «las agudas experiencias instintivas»³⁵ que tienden a reunir la personalidad en un todo partiendo desde dentro» (1945, p. 206). (Véase D.Winnicott, 1999h).

También la *madre* será al principio un conjunto de rasgos independientes, rasgos que se van acuñando en diferentes registros: los olfativos, los auditivos, los visuales, los táctiles. Sólo más tarde y en nombre del progreso del proceso de integración, podremos pensar que el bebé se relacionará con algo que él mismo podrá ir concibiendo como *una madre*. Esta idea cobra sentido sólo si asumimos que estamos tratando de asomarnos al punto de vista vivido por el bebé, intentando *mirar* desde dentro de él, algo que es claramente diferente de lo que observamos desde fuera, donde a todas luces —y desde el inicio— existen *dos personas*.

El sostén

Será el aporte que el entorno en general y la madre en particular proveen —en la medida singular de cada caso— para que la integración del bebé llegue a buen fin. En inglés el concepto es *holding*, traducido de manera consensuada bajo el término de *sostén*³⁶. Si pensamos en cuándo comienza esta operación de la madre, Winnicott dirá que «se inicia con el sostén físico del bebé en la matriz» (1960). También afirmará de manera más general y categórica:

En un lugar caracterizado por la existencia esencial de *un ambiente que sostiene*, el «potencial heredado» se convierte en una *continuidad de ser*. La alternativa a ser es reaccionar, y el reaccionar interrumpe el ser y aniquila. Ser y aniquilación son las dos alternativas. Por lo tanto, la función principal *del ambiente sostenedor* es la

³⁵ Estamos acostumbrados, gracias a Freud, a diferenciar claramente entre instintos y pulsiones. Winnicott utilizará el concepto «experiencias instintivas» para referirse a una categoría que incluye a ambas. Al menos en los inicios de la vida. Sólo más tarde se podrá diferenciar entre ambos conceptos

³⁶ Otra acepción, minoritaria es la de *amparo*. En esa idea, el sostén sería una versión más concreta del amparo. Véase como ejemplo el libro de Madeleine Davis, *Límite y espacio*, 1998.

reducción a un mínimo de las intrusiones a las que el infante debe reaccionar, con la consiguiente aniquilación del ser personal [la cursiva es nuestra] (1960). (Véase D.Winnicott, 1965m).

La condición ambiental del sostén se inicia en una fase del bebé que es de dependencia máxima, llamada también de *dependencia absoluta*³⁷, es una fase en la que el bebé no puede siquiera registrar el cuidado materno, no hay separación *yo-no yo*, cuidados que serán registrados en la fase siguiente, la de la dependencia relativa.

En otro lugar de su obra, y en relación con este concepto, el analista inglés nos dirá:

Utilizamos la palabra (sostén) para introducir un desarrollo completo del tema contenido en la frase de Freud: [...] *siempre y cuando incluya con él (bebé) el cuidado que recibe de su madre* [la cursiva es nuestra] (1960). (Véase D.Winnicott, 1965m).

En Winnicott este concepto remite no solamente al sostén físico, sino que alcanza todo lo que el ambiente debe proveer al pequeño antes de que éste pueda *vivir con*, es decir, antes de que se alcance la capacidad de vivir dentro del universo de la relaciones objetales. Con respecto a la dimensión física del sostén, una idea muy interesante de Winnicott es aquella en la que afirma que sostener físicamente al infante es una forma de amar y que hay quienes pueden sostener a un infante y quienes no. Son los casos en los que observamos que se genera rápidamente en el bebé una sensación de inseguridad, muchas veces acompañado de un llanto angustiado y de rechazo de esos brazos. Otras veces es el propio adulto el que reconoce que no puede (sos)tener al bebé. En algunas ocasiones, bajo la fantasía expresada explícitamente de «se me puede caer».

Consideramos tan interesante esta idea porque en ella observamos que el sostén lo pueden —y lo suelen— llevar a cabo varias personas del entorno del bebé. También nos describe una experiencia cotidiana: la de ver a un bebé llorar cuando el adulto que lo sostiene —que no lo

³⁷Recordemos que para Winnicott existen tres etapas: 1) dependencia absoluta, 2) dependencia relativa y 3) hacia la independencia. Nótese que no contempla la posibilidad de una «independencia absoluta».

sostiene, podríamos decir, aunque lo tenga en sus brazos— siente al mismo tiempo que no puede cumplir con la tarea. Por último, queda claro en la cita —y en la escena aludida— la sensibilidad extraordinaria del bebé para registrar el estado emocional de aquel con quien se está *relacionando*.

Antes de este momento, lo que existe es una fusión entre la madre y su bebé que no nos autoriza a pensar que existe un sujeto con la mínima independencia —nula en los comienzos— como para establecer relaciones desde él mismo con un otro.

El sostén conlleva las funciones de proteger de la agresión fisiológica, tiene en cuenta cuestiones como la temperatura del bebé y del ambiente en el que se halla, con esa atención que reacciona ante los cambios de esa temperatura, su sensibilidad auditiva, cuánto ruido hay en la estancia del bebé, sensibilidad visual; evita y garantiza que «la fuerza de gravedad no haga su trabajo», impidiendo en todo momento que el bebé caiga, e incluye «todos los minúsculos cambios cotidianos, tanto físicos como psicológicos, propios del crecimiento y desarrollo del infante» (1960). (Véase D.Winnicott, 1965m).

Si bien, en este listado, sobresalen cuestiones físicas, nos es fácil pensar cómo todas esas acciones tendrán repercusiones psicológicas en el bebé, ya que serán alcanzadas siempre y cuando exista una muy delicada y específica relación entre la madre y su bebé. Veremos más adelante de qué depende que esa relación pueda darse y qué cuestiones ligadas a la madre deben presentarse.

Como dato significativo diremos que en la última conferencia pública que ofreció Winnicott, en octubre de 1970, retoma el tema del sostén, destacándolo como uno de los elementos esenciales en el tratamiento de niños deprivados e internados, y propone una síntesis y una ampliación del concepto en los siguientes términos:

Podemos ampliar esta idea en términos de *sostén*. Al principio es de carácter físico (el óvulo y luego el feto son sostenidos dentro de la matriz); después se le añaden los elementos psicológicos (el bebé es sostenido en los abrazos de alguien); más adelante, si todo va bien, aparece la familia y así sucesivamente» [cursiva en el original] (1970, p. 232). (Véase D.Winnicott, 2007h).

En la visión que Winnicott tenía sobre este tema estaba incluida una tarea múltiple en torno al sostén, una tarea que se desplegaría con efecto telescópico gracias a la cual el bebé es sostenido por su madre, ésta por el padre del bebé, entre otros (*otros* entre los que destaca muchas veces su propia madre), los padres del bebé por el grupo familiar y la familia será sostenida por la sociedad. Toda esta cadena funciona con armonía *cuando las cosas van bien, claro*.

El concepto de sostén ha sido uno de los aportes de Winnicott más trabajado desde entonces. Es de reconocido valor clínico y ha experimentado un desarrollo muy importante, que ha modificado algunos de sus elementos iniciales enriqueciendo su comprensión y su utilización clínica. Ha sido —y está siendo— el Psicoanálisis Relacional quien mejor ha tomado muchos conceptos de Winnicott para continuar con su desarrollo.³⁸

A modo de conclusión, podemos decir que será todo lo incluido en el concepto de sostén lo que facilitará que la integración pueda ser llevada a cabo.

2. La personalización

Habitar el propio cuerpo³⁹, sentirlo propio, estable, confiable.

Sentirse seguro viviendo en —y desde— él.

Ya dijimos que éste, como los otros logros a los que nos venimos refiriendo, no está garantizado para siempre y que nunca queda del todo logrado. Quizás por eso muchas de las acciones fundamentales (sostén,

³⁸Para conocer más al respecto recomendamos el capítulo de Joyce Slochower, «Del sostén a la colaboración», en A. Liberman y A. Abello (comp.), *Winnicott hoy. Su presencia en la clínica actual*, 2008. (Véase Slochower, 2008).

³⁹De las innumerables referencias que podemos hacer para destacar el valor del cuerpo y su significado tan singular hemos elegido una cita que proviene de la literatura, es el inicio de la última novela de Javier Azpeitia y dice así: «Por más que nos repugne, por más deforme que sea, por más que detestemos sus necesidades sucias y los vicios a los que acaba arrastrándonos, por más que lo adornemos o lo tatuemos o lo tapemos, o lo horademos o lo mutilemos o lo ahorquemos, por más que envidiemos o deseemos uno ajeno, el cuerpo, el propio cuerpo, es la clave de todas las cosas, el principio del mundo, lo único verdaderamente nuestro» (Azpeitia, 2007, p. 13).

manipuleo⁴⁰, presentación del objeto) en las etapas más tempranas siguen vigentes —con las modificaciones pertinentes en cada caso— en la vida adulta. Piénsese en el valor del sostén afectivo de nuestra red social, explícita o muda; en el mundo de la ternura, las caricias, del placer que emana de todo contacto corporal voluntario, en los aprendizajes —nuevas apropiaciones de partes del mundo— que vamos realizando a lo largo de toda la vida y que dependerán en buena medida de cómo nos van siendo presentados esos nuevos objetos.

Para entender mejor el caso de la personalización y de cómo los logros de ese proceso nunca estarían garantizados del todo, los ejemplos pueden ser todos aquellos fenómenos conocidos bajo el concepto de despersonalización; desde los casos más severos que acontecen en las psicosis o patologías muy graves, hasta aquellos casos de los que todos podemos dar algún testimonio. La falta de sueño sería suficiente, nos dice Winnicott, en buena medida, para detectar que el registro corporal que nos acompaña de manera cotidiana no es el mismo: nos podemos sentir extraños en nuestro cuerpo, considerarlo algo ajeno a nosotros, o —lo que quizás sea más habitual— no percibir nuestra imagen en el espejo con la misma familiaridad que cuando estamos descansados, como si no habitásemos en ese momento de manera completa el cuerpo cuyo reflejo nos devuelve el espejo, con las angustias que esto puede generar. Muchas veces será una sutil diferencia la que separa la imagen externa y la interna, otras —desgraciadamente— la diferencia es enorme y las consecuencias psíquicas pueden ser devastadoras.

Del mismo modo, como resultado de situaciones traumáticas, esta integración que nos permite vivir dentro de nuestro cuerpo se desvanece, queda cuestionada. No es casual que un método de tortura —tan conocido como extendido— sea el que consiste en romper el patrón del sueño del prisionero.

Aunque no sea por falta de sueño, el testimonio de una persona ferozmente torturada⁴¹ puede ilustrar esta idea. Nos dice Pilar Calveiro, quien recogió el testimonio:

⁴⁰ Hemos decidido utilizar como traducción de *handling*, *manipuleo*, conscientes de la naturaleza algo rara del término. La alternativa manipulación nos sonaba aún peor. Queda claro que tiene que ver con el tratamiento que con las manos, especialmente pero no exclusivamente, la madre brindará a su bebé. Podríamos pensar también que remite al ámbito del *manejo corporal*, o mejor del contacto corporal.

⁴¹ Nos referimos a Blanca Buda, prisionera desaparecida de la dictadura militar argentina en los años setenta.

Hubo formas de fuga terriblemente personales, pero no por ello menos eficientes. En este sentido, me llamó poderosamente la atención un relato de Blanca Buda, por su carácter de experiencia extraordinaria. Refiere Buda que, en el momento en el que estaba siendo atormentada, se desdobló, salió de su cuerpo y vio, *sin sensación de dolor*, cómo era lastimada por los «interrogadores» (cit Calveiro, 2006).

Volviendo a la dimensión temporal, diremos —como ya hemos hecho antes— que, en el inicio, lo que vive el bebé es la no integración. Podemos decir que, en esos momentos, tanto su integración como su personalización tienen lugar fuera de él, en el interior de la madre y desde ahí será ella la que vaya gestionando, con sus acciones y desde la especial relación que la une al bebé en una unidad, todo lo necesario para que el protagonista de dicha vivencias pase a ser el bebé. Dirá Winnicott: «[...] En la primeras etapas, el infante⁴² y el cuidado materno se pertenecen recíprocamente y son inextricables» (1960, p. 51) (Véase D.Winnicott, 1965m). Es fácil, por lo tanto, ir viendo algunas de las consecuencias extraordinarias que tienen lugar en esta etapa temprana, ya que no será lo mismo existir de manera integrada en el rostro gozoso de la madre que ir recibiendo las primeras noticias de nosotros mismos desde el rostro triste, apagado u opaco de una madre deprimida, por poner sólo un ejemplo de a qué nos referimos cuando decimos que las *cosas pueden no ir bien*.

Entonces, *en los casos que marchan bien*, se irá habitando un cuerpo, sintiendo el valor erótico de ese cuerpo, su capacidad para recibir y dar placer, la legitimidad de dicho intercambio; se irán generando las matrices del cuidado corporal que luego el sujeto asumirá —o no— como propias y se instalará la tendencia inequívoca a defender ese cuerpo que se gestó en las infinitas interacciones con un entorno que —desde el principio y de múltiples maneras— nos hizo saber y sentir el valor ligado a la dimensión corporal.

Manipuleo (handling)

⁴² Por infante entendemos al sujeto que no habla todavía. Esta observación está relacionada con lo que conocemos como todo lo relativo a lo «preverbal», muchas veces emparentado a «preedípico».

Todo lo que hemos resumido más arriba bajo el concepto de *cuidados corporales* será parte fundamental a la hora de entender cómo se desarrolla este proceso. Veremos hasta qué punto esos cuidados forman parte de la dotación que la madre debe proveer al pequeño.

El manipuleo es, quizás, una de las operaciones en las que más claro queda la necesidad de un entorno facilitador y de una *madre suficiente buena*.⁴³

En la obra de Winnicott, el aporte del entorno para que ese logro tenga lugar aparece bajo el concepto de *handling*, que se suele traducir como *manipulación* pero que nosotros preferimos pensar como *manipuleo* con el fin de alejar el sentido peyorativo que la palabra *manipulación* tiene en nuestra cultura.

El manipuleo del bebé, evidentemente, recoge todo lo relativo a los cuidados corporales. Pero cobra un especial valor todo aquello que ocurre al mismo tiempo que los cuidados tienen lugar. Nos referimos a toda la estimulación que reciben ambos, el bebé y la madre, en esos momentos, y también al placer que emana del contacto gozoso entre ambos, los *achuchones*, las miradas felices y los piropos con los que la madre también *baña* a su bebé. Todo ese repertorio *relacional* de acciones sutiles, tiernas, placenteras, que tiene lugar en la relación temprana —y no sólo en los momentos de «cuidados oficiales»— serán las que vayan poco a poco permitiendo que el bebé sienta que vive en su propio cuerpo, que lo habita, que es fuente y destino de placer y que goza de cierta unidad que se va gestando en términos de proceso, que Winnicott llamará *unidad psique-soma*.

No debemos olvidar que estamos hablando de una doble dimensión: aquella que para el observador externo *sólo* consiste en cuidados corporales y la que se postula en Winnicott, referida al desarrollo psíquico. Así leemos:

La base de la satisfacción instintiva y de las relaciones objetales es la manipulación (manipuleo para nosotros) [...] y los cuidados generales del infante, que cuando todo marcha bien, se dan por sentados con mucha facilidad (1960). (Véase D.Winnicott, 1965m).

⁴³ En el apartado titulado «La madre en la obra de Winnicott», en este mismo capítulo, encontrará el lector un desarrollo más completo de este concepto fundamental.

A modo de conclusión, podemos decir que existe una necesaria relación entre el proceso de «personalización» y el «manipuleo» (*handling*).

3. La realización

Con este tercer proceso, Winnicott desarrolla todo lo vinculado con la idea de cómo el bebé se irá relacionando con la *realidad*, entendiendo por *realidad* aquello ligado a la realidad externa, con los objetos que allí habitan. Nos consta la enorme complejidad que encierra la idea de *realidad*, pero a favor de la transmisión de las ideas esenciales preferimos limitar a esta manera escueta, tal y como lo hace el propio Winnicott en su obra, un asunto de enormes proporciones.

Este proceso tendrá lugar una vez que la integración se haya instalado en el bebé de una manera suficiente. Postulamos, pues, una secuencia en la que la integración aparece antes que la realización.

No es fácil conseguir un término para este proceso. Winnicott, traducción mediante, propone el concepto de «adaptación a la realidad» (1945) (Véase D.Winnicott, 1999h). Veremos que sólo hasta cierto punto este subtítulo es acertado.

En el principio encontramos que el bebé siente algo ligado al instinto —hambre— y algo ligado a lo que conocemos como oralidad, «deseos predatorios» los llamará Winnicott. La madre posee el pecho que dará satisfacción a través de la alimentación y dará placer aceptando la voracidad pulsional del bebé, incluyendo la idea de ataque que implica relacionarse de esa forma *canibalística* con el pecho. Estos dos fenómenos se pondrán en relación en el momento en que la madre gestione ese encuentro entre el pecho y la boca del bebé. Para que ello ocurra, de manera plena y no solamente de manera física o mecánica, debe tener lugar «una relación mutua⁴⁴ en la que la madre y el niño *vivan y sientan juntos*» [cursiva en el original] (1945) (Véase D.Winnicott, 1999h). En esta observación se juegan ideas de mucho valor, ya que la idea de dar el pecho o de dar el biberón representa sólo una pequeña parte de la escena de la que hablamos; no es el acto en sí lo que tiene el valor primero, sino la idea de relación y de mutualidad que incluye; es esa conexión singular

⁴⁴ Nótese qué concepto tan caro al Psicoanálisis Relacional utiliza Winnicott en este pasaje: «relación mutua».

la que arroja como resultado el poder *vivir y sentir juntos* y sobre la que pondremos una y otra vez el acento. Más adelante volveremos sobre esto, en el apartado «La madre en la obra de Winnicott».

Al feliz encuentro —cuando es feliz, es decir, cuando *las cosas van bien*— entre el bebé que anhela y la madre que ofrece el pecho, Winnicott lo ha denominado *momento de ilusión*. Es un momento que, además de garantizar la supervivencia del bebé, posee un gran valor simbólico, mítico y con repercusiones extraordinarias en lo todo lo relativo a los orígenes del psiquismo.

Cuando destacamos el concepto de *ilusión*, lo hacemos con la intención de acentuar la relación que tiene ese momento con todas las experiencias que vendrán luego —y a lo largo de toda la vida del sujeto— y que podemos pensar vinculadas a la «capacidad de ilusionarse» de cada uno. Queremos aclarar que ilusionarse está tomado en el sentido más sano y profundo del término, y no en aquella acepción que remite a iluso y por lo tanto a algo alejado de la realidad, degradado, como se utiliza en algunos ámbitos con afán peyorativo. La capacidad de ilusión —y su íntima relación con la capacidad de sentir esperanza— ocupan un lugar central, desde nuestro punto de vista, en la vida de cualquier persona. Ambas capacidades aparecerán de manera central en las vicisitudes de todos nosotros, coloreando la vida de maneras muy diversas y obteniendo desde esos colores grados de satisfacción y plenitud tan variados como significativos a la hora de entender de qué manera nos sentimos ligados a la vida.

Recordemos la cita de Freud ya mencionada: «Cuando un hombre ha sido el favorito indiscutido de su madre, logra conservar durante toda la vida un sentimiento de vencedor; esa confianza en el éxito a menudo conduce realmente al éxito» (Freud, 1997a). Lo que queremos transmitir con la idea de ilusión a la que nos venimos refiriendo viene expresado en esta cita a través de los conceptos *sentimiento de vencedor y confianza en el éxito*⁴⁵. Ambos nos resultan parientes cercanos de ilusión, capacidad de ilusionarse y sentimiento de confianza, *autoconfianza* en este caso. La cita,

⁴⁵ Estas palabras están tan asociadas —en los tiempos que corren— con logros empresariales, económicos, teñidos de un excesivo narcisismo, muchas veces frívolos o vacíos de contenido y que remiten a esa búsqueda del *éxito por el éxito* o *al acto de vencer* a cualquier precio, incluyendo, a menudo, el daño a otras personas. Las reproducimos aquí con la comodidad de saber que en el caso que nos ocupa están referidas a los éxitos intelectuales de Freud y a todo lo que ha sido capaz de vencer —desde su propia enfermedad hasta las resistencias y ataques tremendos que soportó— para producir su obra, como un legado de extraordinario valor para la cultura en general

además, apunta a un origen de tales sentimientos muy acordes con los que Winnicott propone para la capacidad de ilusión. Es necesario aclarar que no hace falta «ser el favorito de la madre» y que esa expresión es sólo una de las formas de pensar que las cosas entre esa madre y ese bebé *han ido bien*.

La presentación del objeto

Dijimos que el bebé acude al pecho bien por hambre, bien por deseo de *atacarlo*. Previamente habrá anticipado, en nombre del mecanismo alucinatorio ya descrito por Freud, que el objeto se presentaría en el momento que su urgencia lo requiere. En ese momento el pecho aparece y el bebé puede *sentir*⁴⁶ que ese pecho es lo que acaba de alucinar, *creando* de esta forma al objeto hallado⁴⁷. «De esta manera —nos dice Winnicott—, el pequeño empieza a construirse la capacidad para evocar lo que realmente está a su alcance» (1945, p. 209). (Véase D.Winnicott, 1999h).

Este momento representa de manera cabal lo que se conoce como la primera paradoja winnicottiana: el bebé *crea* aquello que le es presentado. Esta paradoja es de enorme valor en todo lo relativo a la creatividad del pequeño —y del adulto— e implica que nunca le preguntaremos al niño si ese objeto estaba allí o fue creado por él, porque si queremos convocar al niño a ese terreno de la lógica, se perderá el valor inmenso que acompaña a este acto fundamental y con valor fundacional.

Con la escena del encuentro entre el bebé y su madre, entre su boca y el pecho, podemos entender —metáfora mediante— cómo el mundo, desde sus orígenes, le será presentado al bebé y cómo podemos conseguir una buena y adecuada relación con la realidad, toda vez que ésta haya sido presentada de una manera «ininterrumpida y en fragmentos simplificados» (1945) (Véase D.Winnicott, 1999h). También esta idea nos ayuda a entender que para algunos sujetos la realidad sea —casi siempre— una mala noticia o una amenaza, y su relación con ella esté atravesada por un conflicto básico y persistente.

⁴⁶ En Winnicott aparece este verbo —sentir—, y, a falta de uno mejor, lo mantenemos, aunque sabemos que habría mucho que matizar al respecto.

⁴⁷ Un desarrollo más extenso de este tema central aparece en el capítulo dedicado a transicionalidad en este mismo volumen

Una escena por todos conocida y que se enmarca en esta misma línea es la siguiente: el niño empieza a caminar, lo hace de manera insegura, se tambalea, no da crédito a sus logros. Es evidente que su marcha implica riesgos. Insiste en la empresa a pesar del costo. Es de destacar la fuerza inmensa que puja dentro de él para ganar autonomía y libertad, para crecer. Se golpea la cabeza —una y otra vez— contra la mesa de su salón. Una mesa que representa un mundo hostil y tozudo, el mundo de los objetos reales. Un mundo que es —y será— así, *para su desgracia*, al menos durante un tiempo. Los adultos que lo protegen no pueden evitar que su imperfecta percepción y su sentido incipiente de la perspectiva le impidan esquivar al *enemigo*.

Ahora bien, de manera automática, consensuada y sin que haya mediado ninguna formación intelectual al respecto, los adultos estamos dispuestos a decir que la «mesa es mala», y en voz alta. ¡Incluso podemos «pegar» a dicha mesa, sin ruborizarnos! A nadie que observe la escena le llamará demasiado la atención la propuesta (delirante, si no constituyese ese acto empático con el bebé tan necesario). Todo ello para proteger el frágil narcisismo del infante, sostener su necesaria *omnipotencia primaria*, así como para satisfacción y estímulo del aventurero caminador.

Cuando uno piensa en dicha escena puede calibrar hasta qué punto la presentación del mundo implica operaciones tan finas como ingeniosas por parte de los adultos

Si quitamos el contexto en el que la escena ha tenido lugar, puede causar gracia, y hasta inquietud, pensar en la «locura» que implica regañar y castigar a una mesa a favor de esa operación que el niño tanto necesita.

El proceso continúa. Tiempo después —y de manera también espontánea o al menos no calculada racionalmente—, los adultos, bajo el supuesto de que el desarrollo del niño le permite ya esquivar a los objetos, irán retirando ese dispositivo a favor de que el caminante vaya poniendo en práctica los recursos que el desarrollo motor y cognitivo le permiten, bien porque ya están logrados, bien para favorecer su evolución.

Son muchos los casos en los que, lamentablemente, las cosas no ocurren así. Se trataría de procesos en los que al niño en cuestión, y a la tercera vez que golpea su cabeza contra la mesa, le dirán —muchas veces con gran irritación— que «es torpe» o cosas similares y/o peores y que «mire por donde va». En esos casos, podemos pensar —además de

lamentar— que no se ha puesto en marcha el dispositivo que estamos estudiando sobre cómo presentarle al niño el mundo.

Para Winnicott, en estas etapas tempranas y que son susceptibles de reaparecer a lo largo de la vida de cualquier persona, en casos de regresión, «el objeto se comporta con arreglo a leyes mágicas. Es decir, existe cuando se desea, se acerca cuando se le acercan, duele cuando es dañado y, finalmente, se esfuma cuando ya no se le necesita. Lo último es lo más aterrador, aparte de ser la única aniquilación verdadera. El no querer, como resultado de la satisfacción, es aniquilar el objeto» (1945, p. 210) (Véase D.Winnicott, 1999h). Se entenderá mejor esta última afirmación si pensamos en cómo el bebé desinvieste —hace desaparecer— al objeto una vez que ha obtenido el placer de la lactancia, por poner un ejemplo muy evidente. Llama la atención —al detenernos en este punto— cómo ese objeto reclamado previamente con pasión y/o desesperación pasa a *no existir* para él una vez conseguida la satisfacción, bien porque el bebé se dormirá, bien porque su placidez le llevará a un contacto bajo o nulo con la madre.

Todo este andamiaje que el entorno proveerá y que hemos intentado resumir aquí constituye un trabajo que sólo puede conseguirse si existe una comunicación muy fina dentro de una *relación* muy específica entre el bebé y su entorno, un trabajo que consiste en que, una y otra vez —y gracias a la conocida *paciencia infinita de las madres* y cuidadores—, se le lleve al niño el mundo de una manera constante y comprensible que se ajuste todo lo posible a las capacidades, variables, del pequeño. A este trabajo lo conocemos en la obra de Winnicott como «la presentación del objeto», y es el complemento específico y necesario para que el proceso de «realización» llegue a buen fin. Queda claro que al mismo tiempo que el bebé va accediendo al mundo también va registrando los efectos que esa determinada relación con la madre va generando. Sería en vano preguntarse cuál de las sendas transitadas tienen mayor valor en el desarrollo del niño, son complementarias y ambas necesarias. Si se nos permite la licencia, podemos pensar que, cuando *las cosas van bien*, el mundo quedará —en los registros más íntimos del bebé— impregnado con el sabor tan agradable del amor maternal, con esa cualidad (no exclusiva de la madre ni de las etapas tempranas) que hace del mundo un sitio habitable y amable.

Hemos visto hasta aquí los tres procesos que irán permitiendo que el bebé consiga su desarrollo⁴⁸ y qué gestos y acciones son imprescindibles para su conquista.

Ahora vamos a presentar las ideas que dan cuenta de qué manera la madre puede participar para que todos los elementos que hemos planteado más arriba lleguen a buen fin

La madre⁴⁹ en la obra de Winnicott

Para comprender mejor este apartado debemos hacernos algunas preguntas clave: ¿qué es —para Winnicott— una *madre suficientemente buena*? ¿qué mecanismos puede utilizar la madre para disponer de los elementos necesarios que la conviertan en esa madre y conseguir así esa especial relación con su bebé que Winnicott describe?

Posiblemente éste sea uno de los conceptos más difundidos del analista inglés y quizás también el que ha suscitado más malentendidos.

Trataremos de aclarar que *buena* —en su cita *suficientemente buena* (*good enough*)— no se refiere a la condición de bondadosa y mucho menos a un exceso de sensiblería, cosa que Winnicott rechazaba explícitamente. *Buena* remite más a una madre que —a través de esa unión particular con su bebé, su capacidad empática que permite «vivir y sentir juntos»— puede ofrecerle en cantidades *suficientes* aquello que necesita el bebé en el momento en el que aún no se ha producido una vivencia intolerable en el pequeño producto de la *deprivación*. También incluye la capacidad de comunicarse con él de una manera *suficientemente especial*, satisfacer las necesidades de su bebé *porque le gusta hacerlo*, y así ofrecer un sostén *suficiente*. Es asimismo la que *desea* recibir de él aquello que él ofrece —incluidos los aspectos pasionales y que desde fuera pueden interpretarse como agresivos—, y todo esto sin que haya que hacer nada de manera

⁴⁸ Hacemos notar que en este momento Winnicott prefiere hablar de desarrollo emocional; no aparecen en este periodo de su teorización —año 1945— ni el concepto de *self* ni el uso del concepto de «Yo».

⁴⁹ Aunque lo hayamos dicho ya, conviene recordar que cuando Winnicott se refiere a la madre no supone que debe ser exclusivamente la madre biológica. Ni siquiera a lo que en ocasiones llama «cuidados parentales». Creemos conveniente pensar en términos de «funciones maternas» o incluso en todo lo que «el ambiente» debe proveer, independientemente de quién —o quiénes— protagonicen los actos concretos.

consciente ni desde la voluntad. La cuestión fundamental es que la madre suficientemente buena no puede dejar de *vivir y sentir junto a su bebé*.

No hay entrenamiento ni educación, nos dice Winnicott, para conseguir que alguien pueda «vivir y sentir con su bebé», satisfaciendo así sus *necesidades específicas*.

En su trabajo «Preocupación maternal primaria» (1956). (Véase D.Winnicott, 1999g), Winnicott estudiará con detalle los interrogantes planteados.

Las operaciones madre-bebé pueden representarse como una danza sincronizada, un baile en el que hay un alto grado de compenetración entre los protagonistas y en el que es el bebé *el que lleva*, el que marca el ritmo, el que decide intensidades. Al menos en una primera etapa.

Esta imagen requiere una aclaración importante: sólo desde el punto de vista del observador externo hay dos sujetos danzando de manera tan acompañada. Para Winnicott, únicamente hay una unidad conformada por el bebé y su madre, de ahí que sea tan eficaz la sincronización observada. Tratando de mirar el mundo desde dentro de la dupla madre-bebé nos dirá:

[...] En términos psicológicos, el bebé se alimenta de un pecho que es parte de él, y la madre da leche a un bebé que forma parte de ella. En psicología, la idea de intercambio se basa en una ilusión del psicólogo (1971, p. 30).

La idea que ahora veremos con cierto detalle incluye un estado muy especial en la madre desde los últimos meses del embarazo y durante las primeras etapas⁵⁰ del bebé. Se trata de un estado de mucha exaltación en la madre, cursa con un evidente replegamiento de la vida diaria, suele caer en el olvido una vez acabado y recibe el nombre del artículo que hemos citado anteriormente: *preocupación maternal primaria* (Winnicott, 1999g). Es un estado organizado, nos dirá Winnicott, y podría ser confundido con un cuadro psicopatológico —un estado esquizoide, por ejemplo— si no fuese por las condiciones vitales específicas por las que atraviesa la mujer.

⁵⁰ Creemos que no merece la pena aventurar fechas precisas. Winnicott se debate entre datar algunos procesos para decir después, en muchas ocasiones, que esas fechas estipuladas suelen ser muy flexibles.

También sabemos que el cuidado que ofrecen a su bebé «pueden mejorarlo si ellas mismas son cuidadas de un modo que reconozca la naturaleza esencial de su tarea» (1960) (Véase Winnicott, 1965m). En esta cita vemos —de manera implícita— uno de los lugares que Winnicott le asigna a la figura del padre del bebé, un lugar que, aunque sea mencionado con poca frecuencia, no consideramos poco significativo. El padre *sostiene* a la madre para que ella pueda *sostener* de mejor manera al bebé. Hoy sabemos que los apoyos que la madre recibe de su propia madre son también de gran valor, algo que en nuestra cultura se practica desde tiempo inmemorial.

La madre, gracias a este estado que estamos tratando de definir, está preparada para acompañar a su bebé en tanto éste vaya desplegando las tendencias al desarrollo —que para Winnicott son innatas⁵¹— y que incluyen, en los inicios, movimientos espontáneos.

Debemos aclarar que estamos hablando de algo diferente a la *vida pulsional del bebé*. Nos referimos a cuestiones que para Winnicott son *anteriores a la llegada de las pulsiones* o al momento en que las pulsiones asumen protagonismo en el devenir existencial del bebé. Winnicott plantea que el desarrollo incipiente del *self* será fundamental para determinar la cualidad vivencial con la que las pulsiones vayan a ser tramitadas. Volveremos sobre el tema.

Winnicott hace una distinción que nos parece fundamental. Dirá que no es lo mismo *deseo* que *necesidad*. Mientras el primero está ligado al *Ello*, la segunda está más ligada al desarrollo del Yo o del *self*⁵². El *deseo* puede pensarse como *satisfecho* o *no satisfecho* y el resultado será un estado de frustración o un estado de satisfacción; para la *necesidad* no cabe esa dinámica. La no satisfacción de la necesidad tiene efectos más severos que la frustración, que afectarán de manera variable —pero significativa— al desarrollo temprano del bebé.

Si la adaptación de la madre es *suficientemente buena*, el resultado será que la continuidad existencial del bebé se desplegará generando las

⁵¹ Winnicott escribe: «El potencial heredado incluye la tendencia al crecimiento y desarrollo». Y un poco antes: «[...] El potencial heredado por un infante no puede convertirse en un infante a menos que esté vinculado con el cuidado materno» [cursiva en el original] (1960). (Véase D.Winnicott, 1965m).

⁵² No es fácil establecer una estricta delimitación de los conceptos *self* y *Yo* en la obra de Winnicott ni en nuestro ámbito en general. Para una revisión exhaustiva de ambos conceptos recomendamos el capítulo 2 del libro de Carlos Rodríguez Sutil, *Introducción a la obra de Ronald Fairbairn*. Los orígenes del Psicoanálisis Relacional, 2010. (Véase Rodríguez, 2010).

condiciones de salud que Winnicott propone. Por el contrario, si el entorno falla más allá de lo tolerable para el bebé, éste se verá obligado a reaccionar a esas fallas —vividas como ataques. Serían ataques del medio a la ya mencionada *continuidad existencial* del bebé.

En relación al descuido del mundo de las necesidades Winnicott dirá: «[...] Produce no la frustración, sino la *amenaza de aniquilamiento*. Esto, a mi modo de ver, es una angustia primitiva muy real» (1956) (Véase D.Winnicott, 1999g). La idea es tan clara como rotunda: «El fracaso de adaptación materna en la fase más precoz no produce otra cosa que la aniquilación del self del pequeño» (1956). (Véase D.Winnicott, 1999g).

Recordemos, para captar mejor esta idea, que estamos hablando de un periodo en el que bebé se encuentra en la llamada «dependencia absoluta». Creemos que sólo así será comprensible que las fallas severas tengan ese valor aniquilador. Podemos decir, para intentar clarificar este punto, que esas fallas que producen reacciones en el bebé —reacciones que generarán severas consecuencias— serían todas aquellas deficiencias importantes que aparezcan en las acciones que englobamos bajo los conceptos de *sostén, manipuleo y presentación del objeto*. Como ya hemos dicho, cada conjunto de acciones se relaciona con un determinado proceso y serán mayores las consecuencias en el proceso en cuestión (integración, personalización, realización) en función del repertorio de acciones en el que se han presentado las fallas severas.

Una cita del propio Winnicott en su trabajo de 1956 (Véase D.Winnicott, 2007k), «La tendencia antisocial», esclarece este punto esencial y marca diferencias importantes en relación al prestigio que el concepto de *frustración* ha adquirido dentro del mundo analítico⁵³:

[...] He oído decir a veces que una madre debe fallar en su adaptación a las necesidades de su bebé. Me pregunto si no será una idea equivocada, basada en la consideración de las necesidades del Ello y la desatención de las necesidades del Yo. Una madre debe fallar en cuanto a las necesidades instintivas [pulsionales] del hijo, pero puede alcanzar un éxito absoluto en cuanto a «no dejar caer a su bebé» y *proveerle lo necesario para atender las necesidades de su Yo*, hasta tanto él pueda tener una madre introyectada sostenedora del Yo y esté en edad de mantener esa introyección, pese a las fallas del ambiente actual en lo que

⁵³ Prestigio que funciona como sostén de posiciones para la función del analista que incluyen hondas repercusiones en cuestiones clínicas fundamentales, como la abstinencia del analista —muchas veces indiscriminada e instalada por defecto—, por citar sólo una.

atañe al soporte del Yo [el corchete es nuestro, cursiva en el original] (1956, p. 134). (Véase D.Winnicott, 2007k).

Nos resulta cómodo, además de fundamental para la clínica, entender las hondas y enriquecedoras consecuencias que se desprenden de trasladar esta idea central del vínculo temprano del bebé con su madre a la relación paciente-terapeuta. Una operación que el propio Winnicott propone a lo largo de toda su obra. La distinción que establece el analista inglés marcará diferencias esenciales en todo el universo de cuestiones técnicas relativas a la frustración del paciente o a la abstinencia y el anonimato del terapeuta, sólo por nombrar algunas de sus consecuencias⁵⁴.

Una observación importante que Winnicott trae una y otra vez es la que indica que las *reacciones del bebé* ante el entorno son el correlato de las fallas severas —otras veces se refiere a ellas como ataques— del entorno sobre el bebé. Cuando nos referimos a las reacciones del bebé como algo no deseable, queremos decir que esa idea incluye otra mayor: para Winnicott una vida reactiva no es saludable. Una vida reactiva será lo opuesto a una vida donde la espontaneidad juegue un papel fundamental. Lo reactivo, como patrón preponderante, estaría ligado a algún grado de *falso self* con valor patológico.

Podemos pensar que, cuando la madre puede cuidar a su bebé de esa forma que nos permite decir que *las cosas van bien*, están ocurriendo más cosas que las relativas a la higiene o a la alimentación. Las *necesidades* del bebé al principio son básicamente corporales, pero poco a poco pasan a ser necesidades del Yo.⁵⁵ La *psicología* del bebé va naciendo y se va desarrollando a través de un mecanismo que nuestro autor denomina

⁵⁴ Este punto nos parece íntimamente vinculado con el testimonio de Alfonso Márquez Flores, citado más arriba, al evocar cuestiones de su tratamiento y de su terapeuta.

⁵⁵ Desde Freud sabemos que el Yo como instancia asienta fuertemente en lo corporal. En su trabajo *El Yo y el Ello*, de 1923, leemos: «El Yo es, ante todo, un Yo corporal» (p. 20). Y desde antes: «En sus estudios iniciales acerca de los complejos y la psicosis, Jung (1907) afirmó que el “Yo es la expresión psicológica de la combinación estrechamente asociada de todas las sensaciones del cuerpo”. Con ello planteó que la identidad personal se constituye a partir de sensaciones somáticas [...] un Yo integrado tendría su fundamento en la combinación de todas las sensaciones corporales, desprendiéndose que una perturbación de aquellos procesos involucrados en combinarlas en su totalidad traería consigo una perturbación paralela del Yo». Véase A. Sassenfeld, «“El cuerpo, nuestro punto de partida”: una idea que une a Jung, Freud y Reich», en la página web: www.cuerporelacional.cl/articulos/jung_freud_reich.pdf.

elaboración imaginativa y que se encarga de conseguir un registro psicológico para aquello que comenzó siendo sólo físico⁵⁶. Podemos situar aquí las conexiones incipientes entre soma y psique, y la función que hace esa conexión o traducción entre el universo físico con el incipiente psiquismo del bebé que se va generando es la llamada *elaboración imaginativa*.

Hasta aquí hemos relatado las secuencias madre-bebé de una forma poco matizada, como si estas cuestiones se jugasen en una dinámica de *todo o nada*.

Como es evidente, existen grados de adaptación de la madre al bebé y no existe la posibilidad de que esa adaptación sea exitosa en un 100 por cien de los casos, aun cuando Winnicott plantee alguna vez esta idea.

El proceso requiere un nivel —inevitable, por otro lado— de fallas de la madre y del entorno. Los fracasos —o fallas— tolerables por el bebé son aquellos que van formando la primera organización del Yo. Toda vez que el bebé sienta que hay riesgo de aniquilación —sin que esa aniquilación llegue a producirse—, el Yo habrá crecido en su capacidad de resistencia y otras operaciones ligadas a la espera y el ajuste a la realidad. Cuando el fracaso no llega a la dimensión de generar traumatismos en el bebé, será gracias a que el objeto salió al encuentro deteniendo la falla (o ataque), constatando esa conexión madre-bebé de la que venimos hablando. Conexión que se sostiene en esa experiencia de *vivir y sentir juntos*. Pensemos, por ejemplo, en micro abandonos, en las esperas que el bebé ha de soportar hasta que llega el pecho o el biberón, en ese tiempo que transcurre entre que el bebé comienza a sentir un displacer significativo y la madre encuentra remedio para calmarlo.

Una madre que siente la *preocupación maternal primaria* —o *suficientemente buena*— será aquella que puede regular, de manera espontánea, esos tiempos a favor del bebé, es la que sabe qué le ocurre a su hijo, es la que puede ofrecerle la calma que el niño necesita en un momento que aunque no sea exacto no debe ir más allá de lo tolerable para el bebé.

Esto quiere decir que cuando hablamos de aniquilamiento, no nos referimos a todas las fallas o a todos los fracasos. Sólo aludimos a

⁵⁶ Winnicott afirma: «[...] Procesos estos que desde fuera pueden parecer puramente fisiológicos, pero que son propios de la psicología del infante y se producen en un campo psicológico complejo, determinado por la conciencia y empatía de la madre» (1960). (Véase D.Winnicott, 1965m).

aquellos que superaron la capacidad del pequeño para tramitar ese fracaso sin sentir que algo se *rompía* interrumpiendo su *continuidad existencial*. Es lícito considerar que cuando esta interrupción se produce es porque antes se ha roto la relación madre-bebé tal y como se postula desde Winnicott o porque se ha constituido de manera deficiente.

Todo esto no ocurre de manera infalible y certera. No es fácil decir aquí qué es tolerable para el bebé y qué no lo es. Son cuestiones singulares de cada bebé y de cada dupla y no son exportables ni generalizables. Serían éstas las cuestiones que explican por qué una pareja baila muy bien, porque saben seguirse en los movimientos, adivinarse en las novedades y en los nuevos giros, generando un placer tanto en los bailarines como en el observador. Parece evidente que bailarina y bailarín; madre y bebé, deben estar muy bien comunicados en esa tarea, deben tener que poder *vivir y sentir juntos*⁵⁷.

Cuando todo este proceso que venimos presentando —y que se juega entre las demandas del bebé, los procesos en marcha desde el origen y las capacidades de la madre y del entorno para poder responder de manera ajustada— funciona suficientemente bien, entonces los procesos de maduración emocional van dando lugar al desarrollo de un Yo saludable. Así como en las etapas iniciales es fundamental conseguir esa máxima adaptación, hay que decir que después de ese momento asistiremos a otro que consiste en que la madre —al registrar que el bebé no necesita ese andamiaje que provee la fusión con ella— comenzará a relacionarse con él de otra manera. En esta nueva etapa, «todo ocurre como si ella supiera que el bebé ya no espera que comprenda sus necesidades de un modo casi mágico. La madre parece saber que su niño ha adquirido una nueva capacidad» (1960). (Véase D.Winnicott, 1965m).

Vemos que al igual que existe el riesgo para el bebé de que la madre no pueda promover tan necesaria fusión, aparece otro riesgo para él: que ella no pueda desmontar ese dispositivo ni registrar esas nuevas

⁵⁷ Éste es otro de los temas que han sido desarrollados por pensadores afines al modelo relacional en psicoanálisis. Existen estudios muy interesantes de cómo se constituye esa «danza sincronizada» entre la madre y el bebé. Se postulan hoy cuáles son los elementos implicados. El conocimiento relacional implícito, conocimiento procedimental o representación actuada son algunos de los aportes recientes que se relacionan con estas ideas de Winnicott. Para más información, véase Clínica e Investigación Relacional, Vol. 4, Nº 2, junio 2010 (www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen42Junio2010/tabid/728/Default.aspx) y el artículo de Karlen Lyons-Ruth, «El inconsciente bipersonal: el diálogo intersubjetivo, la representación relacional actuada y la emergencia de nuevas formas de organización relacional», *Aperturas*, nº 4, 2004. Esta autora forma parte del conocido como «Grupo de Boston».

capacidades de su hijo, quedando éste atrapado en una dupla que vendría a frenar su desarrollo con consecuencias que pueden ser devastadoras.

En cuanto el niño sea capaz de emitir señales que den cuenta de sus necesidades y deseos habrá que dejar de *adivinarlos* para fomentar esa capacidad expresiva, que será la que promueva el desarrollo hacia la independencia.

Somos advertidos de que las cosas no siempre son fáciles: «Es difícil para la madre separarse de su infante a la velocidad con la que el infante necesita separarse de ella» (1960). (Véase D.Winnicott, 1965m).

Para Winnicott, la madurez del Yo permite que las experiencias pulsionales refuercen a ese Yo naciente, mientras que la inmadurez del Yo será la condición que explique que esas mismas experiencias pulsionales lleguen para interrumpir el desarrollo del Yo generando patología, lo que implica que el sujeto vivirá de manera conflictiva la relación con lo pulsional. Esa vivencia conflictiva, a diferencia de lo que postulan muchas corrientes psicoanalíticas, no es inevitable para Winnicott. Sólo será conflictiva en función de que hayan tenido lugar situaciones deficitarias en las etapas tempranas. Winnicott nos dice al respecto: «[...] La razón principal por la cual en el desarrollo infantil el infante por lo común llega a ser capaz de dominar al Ello, y el Yo capaz de incluirlo, es el hecho del cuidado materno» (1960, p. 52). (Véase D.Winnicott, 1965m).

Podríamos parafrasear el refrán y decir: «Dime cómo ha sido en un sujeto dado el desarrollo del Yo desde sus etapas más tempranas y te diré con qué grado de conflicto —y de placer— vivirá el arribo y la tramitación de las pulsiones».

Creemos que esta idea, aunque breve en esta exposición, es de gran calado teórico-clínico.

Hemos detallado —aunque en forma resumida— los aspectos *relacionales* de la madre suficientemente buena: la devoción con que se acerca a su bebé, el deseo de aceptar del pequeño aquello que él le ofrece, etc. Pero hemos dicho también más arriba que esa madre no era ingenuamente buena y menos aún que sólo sintiese amor puro por su bebé.

Winnicott plantea con claridad extraordinaria que «la madre odia al bebé antes de que éste la odie a ella y antes de que el bebé pueda saber que su madre le odia» (1947, p. 271). (Véase D.Winnicott, 1999b).

Más adelante, en el mismo trabajo, ofrece un listado de casi veinte razones⁵⁸ por las cuales la madre odiará a su bebé. Razones que van desde la idea de que el bebé no es exactamente lo que la madre había imaginado, hasta la sensación de inmensa exigencia que siente al percibir que si ella le falla él no se lo perdonará, pasando por cuestiones tan evidentes como que «el bebé constituye un peligro para el cuerpo de madre durante el embarazo y el parto» o el reconocimiento de la madre de que el amor de su bebé es un amor interesado y que una vez que consiga de ella lo que quiere la «arrojará como se arroja una mondadura de naranja» (1947, p. 272). (Véase D.Winnicott, 1999b).

Vemos que la propuesta de Winnicott consiste en que la madre «sea capaz de tolerar el odio que su bebé le inspira sin hacer nada al respecto». Entendemos por «no hacer nada» no actuar ese odio, poder contenerlo sin expresión evidente.

Winnicott toca un tema sensible al plantear que cuando la madre, por temor a lo que pueda hacerle a su bebé, no puede odiarlo en el momento en el que aquél le hace daño, entonces «esa madre se apoyará en su masoquismo» (1947) (Véase D.Winnicott, 1999b). Observa asimismo que esta defensa extrema de la madre para evitar dañar a su bebé podría ser la causa por la cual se ha extendido la idea —equivocada para Winnicott— de un masoquismo natural en las mujeres. Destaca que lo importante es que esa madre no sea retaliativa con su bebé y se pregunta si ella se verá ayudada en la tramitación de su odio con canciones de cuna⁵⁹ tan ambivalentes como la que él cita:

Duérmete niño en la copa de un árbol.

Cuando el viento sople la cuna se mecerá.

Cuando la rama se rompa la cuna se caerá.

Caerá el niño con cuna y todo (1947, p. 273). (Véase D.Winnicott, 1999b).

⁵⁸ Recomendamos la lectura detenida de este listado por varios motivos: por el valor que en sí mismo tiene; por la sagacidad de Winnicott a la hora de poder reflejar tal cantidad de razones para legitimar —explicando— un sentimiento tan peculiar y socialmente tan poco asumido; y también como prueba contundente de cómo Winnicott huía de cualquier idea sensiblera al pensar en la madre, sensiblera en el sentido de negar una parte fundamental de la vida afectiva de la dupla madre-bebé.

⁵⁹ Una colega, María Peón, detectó de manera sagaz y me ha comentado —con anterioridad a la lectura de este texto— cómo en español también existen en las canciones de cuna o «nanas para dormir» una ambivalencia muy grande, como cuando se cita con frecuencia al «coco» con tono claramente amenazante para el bebé; desde aquí mi agradecimiento

Haciendo gala de esa ironía tan suya, Winnicott nos comenta que, afortunadamente, el bebé no suele entender la letra de tales canciones.

Sí, como hemos visto, este tema está tratado en un artículo que lleva por título «El odio en la contratransferencia» es debido a los ricos paralelismos que Winnicott establece entre la dupla madre-bebé y la dupla analista-paciente y de las consecuencias que se pueden extraer en el caso concreto de esa analogía.

La capacidad para estar solos

Haremos un breve recorrido por esta idea de Winnicott que constituye uno de los logros más importantes a los que podemos arribar cuando hablamos de desarrollo emocional temprano.

No es un tema del todo novedoso para el psicoanálisis, aunque podemos decir que —una vez más— Winnicott toma una cuestión tratada con anterioridad en los textos psicoanalíticos para hacer aportes originales. Se había abordado el tema en nuestra disciplina desde el ángulo del *miedo a estar solo o del deseo de estar solo* y su relación con patologías en las que aparece el retraimiento y su función defensiva, tal es el caso de las patologías esquizoides, por ejemplo.

Pero no será de este tipo de modalidades del estar solo de las que Winnicott nos hablará. Indagará la cuestión como un logro, como bien nos anuncia en el título del artículo central sobre el tema, como una *capacidad*.

Por supuesto, tampoco se trata de estar solo físicamente, sino de la experiencia interna y subjetiva de estar solo, sea en compañía de otros o no.

Creemos que es un asunto que tiene fuerte impacto en la vida de todos nosotros y, como no podía ser de otra forma, en nuestro trabajo clínico. Winnicott nos propone pensar, a modo de ejemplo, las diferentes formas del paciente de estar en silencio en la sesión, experiencia que puede tener múltiples significados, desde el temor persecutorio a la relajación de quien haya adquirido esta capacidad.

Sabemos que son muchas las consecuencias que se desprenden de la presencia —o la ausencia— de esta capacidad, o mejor dicho, de los

diferentes grados que cada uno pueda alcanzar en el ejercicio de la capacidad para estar solo (o *para estar a solas*, como aparece en una traducción diferente a la utilizada en este trabajo).

Las ansiedades ligadas a situaciones de *soledad no deseada* pueden comandar aspectos importantes de la vida de un sujeto y las formas de calmar esas ansiedades también pueden decidir aspectos fundamentales de nuestra vida emocional. Nos referimos, por ejemplo, al caso de las adicciones a relaciones insanas o adicciones a algunas sustancias para poder paliar las ansiedades antes mencionadas. También al manejo de la ansiedad —o de la tolerancia— a estar solo y su relación con las diversas configuraciones relacionales que vamos estableciendo a lo largo de toda la vida. La capacidad para estar solo sería, entonces, una de las variables que marcarían diferentes grados de libertad para poder elegir desde allí el tipo de relaciones que queremos y que podemos disfrutar.

Winnicott comienza su artículo dedicado a este tema, y del que hemos tomado el título de este capítulo, afirmando que esta capacidad «constituye uno de los signos más importantes de madurez en el desarrollo emocional» (1958, p. 36). (Véase D.Winnicott, 1965j y 1999h).

El desarrollo de esta cuestión adquiere el formato de la paradoja, tanpreciado para Winnicott, ya que entre los diversos tipos de experiencia vividas, para que sea posible el desarrollo de dicha capacidad, hay uno que sobresale y es «la experiencia de estar solo en la infancia y en la niñez en presencia de la madre» (1958) (Véase D.Winnicott, 1965j). Esta capacidad, como logro, se gesta en una experiencia en la que el infante estaría solo mientras alguien más está presente. Este punto, la presencia explícita o manifiesta de la madre, representa únicamente una parte de esa experiencia en la que se gesta el logro del que venimos hablando.

La otra parte, crucial para Winnicott y recordada a lo largo de toda su obra, está relacionada con la calidad de la presencia de la madre —o de su sustituto. Y es aquí donde Winnicott siempre se aleja de una propuesta ambientalista ingenua para explorar los aspectos de la intersubjetividad que atraviesa la dupla madre-bebé. El valor que le otorga a los aspectos subjetivos de esa relación le permite decir que la madre puede estar físicamente presente o puede estar «representada por la cuna, el cochecito o *la atmósfera general del ambiente inmediato*» [las cursivas son nuestras] (1958, p. 38). (Véase D.Winnicott, 1965j).

Estamos en un momento en el que la inmadurez del Yo del infante requiere del equilibrio que aporta la función de *Yo auxiliar* que la madre

representa, *si las cosas marchan bien*. Función auxiliar que el sujeto hará suya, internalizará, dejando de depender —de manera absoluta al menos— de esa función ofrecida por la madre.

Es fácil pensar en la correspondencia —y sus múltiples consecuencias técnicas y relacionales— que se establecerán entre esta dinámica temprana y las vicisitudes del vínculo terapeuta-paciente.

La experiencia de estar solo sería para Winnicott condición indispensable para que el infante pueda descubrir «su propia vida personal», descubrimiento esencial para acceder a una vida que no esté regida por las reacciones sistemáticas al ambiente, situación que generaría lo que conocemos como *falso self o falsa existencia*. También porque será exclusivamente estando solos cuando accedamos a lo que podemos llamar —siguiendo a Winnicott— estados de relajación.

Siguiendo una línea de pensamiento que a Winnicott le interesa especialmente, postula que la frase *yo estoy solo* tiene repercusiones que se propone analizar en detalle. Previamente, y en el artículo ya citado, señala las características particulares que rodean al momento del desarrollo necesario para poder decir «yo», luego para poder decir «yo estoy» (todas las citas de este párrafo en 1958, p. 41) (Véase D.Winnicott, 1965j y 1999h) y finalmente las condiciones que rodean la capacidad de expresar la frase completa.

Al adjudicarle al infante la frase «*yo estoy solo*» (aún de forma figurada), damos por sentado que está presente en él la existencia de una madre diferenciada y confiable. Existencia que se percibirá, si las cosas van bien, como *ininterrumpida*, ofreciendo así la cobertura y el sostén necesarios para sentirse acompañado. Presencia que el niño podrá registrar —desplazamiento mediante— en todos los objetos que constituyen su universo, incluida la *atmósfera en la que respira*. En este momento ya se produjo la necesaria diferenciación entre la madre y su hijo como para que sea registrada. Estamos ya en la etapa de *dependencia relativa*.

La relacionalidad y el orgasmo del Yo

Un aspecto particular del desarrollo emocional temprano

Hemos venido señalando —siempre que nos ha sido posible— que para Winnicott existe una diferencia esencial entre *necesidades del Yo* y *necesidades del Ello*. Estas diferencias arrojan diversas consideraciones tanto teóricas como clínicas. Se trata de diferencias que van desde la doble conceptualización de la madre —madre objeto de la pulsión y madre sostén y ambiente— hasta las consecuencias del encuentro clínico y todo lo relacionado con la frustración por parte del analista de las demandas del paciente, frustración que deberá variar de forma radical dependiendo en qué campo de necesidades nos encontramos. Creemos que atendiendo a esta diferencia conceptual son muchas las cuestiones que se reformulan.

En la última parte de su artículo «La capacidad de estar solos» (Véase D.Winnicott, 1965j), Winnicott plantea una visión particular del tema de las *necesidades o capacidades del Yo* que hubiese merecido, según nuestro criterio, un trabajo en exclusiva por parte del analista inglés. Y siendo coherentes con esa apreciación, a continuación recorreremos, de manera resumida, esas ideas.

Winnicott siente la necesidad de crear el concepto de «relacionalidad del Yo» (1958, p. 42) (Véase D.Winnicott, 1965j) para dar cuenta de un tipo de experiencia o de relación muy específica, en la que la madre comparte con su bebé un determinado tipo de clima, claramente diferenciado del clima de otras escenas en las que el *Ello* estaría marcando y determinando la pauta relacional y la capacidad de sentir placer que emerge de la relación.

Veremos que el concepto de *relacionalidad del yo* no será fácil de definir. El propio Winnicott ofrece una aproximación: «Es la relación entre dos personas en la cual por lo menos una de ellas está sola; quizás lo estén ambas, pero la presencia de cada una es importante para la otra» (1958, p. 38). (Véase D.Winnicott, 1965j).

Otra forma de expresar a qué se refiere la encontramos cuando propone que «amar» estaría ligado a las relaciones del *Ello* mientras que «gustar» con la *relacionalidad del Yo*.

Vamos viendo que aquello relacionado con el *Yo* estaría comandado por motivaciones, climas, vivencias y necesidades diferentes a las que se instalan cuando es el *Ello* el que define esas cuestiones. Por ejemplo, si tomamos el caso de una relación sexual, observamos que habrá un momento vinculado directamente con el universo pulsional de los sujetos implicados y que es todo aquello ligado directamente con la sexualidad

manifiesta y el acto sexual. Al final de la cópula, las posiciones psíquicas de los sujetos implicados cambiarán de manera radical, siendo un escenario posible aquel en el que cada uno puede sentirse solo en compañía del otro. Aparecen con frecuencia situaciones en las que la relajación obtenida a posteriori al momento del clímax da paso a una *desconexión* momentánea de uno de los sujetos y que esa situación se expresa de diversas maneras, siendo una de ellas la somnolencia que puede llevar al deseo de dormir. Otras veces, ambos coinciden en esa misma necesidad y en ese caso no habría ningún conflicto. Ahora pensemos en una situación particular: aquella en la que uno de los miembros de la pareja lejos de arribar a esta relajación, a esta posición de soledad elegida, necesita de una conexión intensa —recordemos que dicha pareja viene de un estado de fuerte relación o unidad. Es fácil entender que la distancia entre estas necesidades genere conflictos entre los protagonistas de la relación. No queremos abusar del ejemplo, su valor radica en que en la interacción sexual —seguida de su momento posterior— se puede apreciar un cambio muy evidente de lo que deseamos plantear como algunas de las diferencias entre las *relaciones del Ello* y las *relaciones del Yo*. O —para decirlo en términos que nos resulten más afines— entre los campos relacionales dominados de forma predominante por el *Ello* y los que aparecen dominados por el *Yo*.

Creemos que la posibilidad que cada sujeto posea para vivenciar estos diferentes registros tiene consecuencias importantes en la calidad relacional de una pareja y que pueden ser motivos de intensas frustraciones.

Volviendo al intento de transmitir el concepto *relacionalidad del Yo*, Winnicott dirá que es la materia prima de la amistad y que «quizás sea la matriz de la transferencia» (1958, p. 42) (Véase D.Winnicott, 1965j). Pensamos que esta idea sería más ajustada si hablamos de un cierto tipo de transferencia o que sería más fácil de comprender si la pensamos en relación a la transferencia que conocemos como *positiva sublimada*. Vemos cómo Winnicott se aleja del esquema freudiano que relaciona todo tipo de transferencia con aspectos pulsionales, y que allí donde observamos una relación terapeuta-paciente que no muestra la dinámica propia de lo pulsional, entonces, el postulado freudiano dirá que los aspectos pulsionales están sublimados, porque siempre están presentes.

De esta forma, lo pulsional —y todo lo relativo al *Ello*— no alcanzaría para dar cuenta de muchas de las cuestiones que atraviesan

relaciones significativas —y las placenteras especialmente— en la vida de todos nosotros y a lo largo de todas las edades.

Cuando analizamos el tema de los tipos de relación, el del *Ello* y el del *Yo*, Winnicott —evitando posiciones dicotómicas y reduccionistas— propone la idea de colaboración entre ambas. Nos dirá: «Las relaciones del Ello fortalecen al Yo cuando se producen en un marco de relacionalidad del Yo». O en otras palabras: «El impulso del Ello sólo es significativo si está contenido en el vivir del Yo» (ambas citas en 1958, p. 42). (Véase D.Winnicott, 1965j).

Un impulso del *Ello* puede fracturar a un *Yo* débil o fortalecer a un *Yo* fuerte. La idea central es que el *Ello* asienta sus requerimientos sobre —y a través— de un determinado *Yo*, no en el vacío. Y desde ahí es fácil entender la importancia que tiene reflexionar sobre el grado de desarrollo y fortaleza que ese *Yo* haya adquirido. Esta idea de interdependencia entre instancias nos ayuda a entender por qué la sexualidad, por ejemplo, puede vivirse como algo enriquecedor y placentero unas veces y cómo otras tantas es fuente garantizada de conflicto o produce en el sujeto vivencias con alto nivel de angustia.

El clímax en la relacionalidad del Yo

Con un original y provocador concepto de Winnicott llegamos al final del tema: «el orgasmo del Yo» (esta cita y siguientes en 1958, pp. 44 y 45) (Véase D.Winnicott, 1965j) es un concepto que sintetiza una posición teórica importante y novedosa.

Proponer un concepto que ligue la noción de *orgasmo* con el concepto de *Yo* representa toda una declaración de principios.

El *orgasmo del Yo* sería el éxtasis alcanzado en situaciones altamente placenteras no regidas por lo pulsional. Los ejemplos que el propio Winnicott propone son: la amistad, la satisfacción en un concierto de música o ante una obra de teatro.

Nuestro autor plantea la misma cuestión en el plano del *juego* infantil. Toma la noción homogénea hasta el momento para cuestionarla: «Cuando el niño juega, ¿todo ese juego es una sublimación de los impulsos del Ello?». Sospecha que la sublimación no es suficiente para dar cuenta de las diferencias que existen entre las diversas experiencias

que pueden vivirse bajo el concepto de *juego*. Así, por ejemplo, propone que hay un «juego feliz o juego satisfactorio» y un «juego con excitación compulsiva». Mientras que el primero estaría dentro de las *relaciones del Yo*, el segundo estaría dominado por la experiencia pulsional y definido por una dinámica diferente. Creemos que se puede identificar claramente esta diferencia con la observación atenta del juego infantil. Pensemos en una escena en la que un niño juega de forma calma, tranquilo, está inmerso en el juego, atento, no se le oye, disfruta. Pensemos en la escena contraria: un niño juega de forma excitada, está inquieto, no puede parar, suda, los mayores le piden calma y —muchas veces— le advierten de que aquello acabará mal, le obligan a parar; el niño no puede; su excitación —en concordancia con la excitación sexual— requiere seguir, obliga a continuar; el niño está sujeto al devenir impulsivo, el disfrute no es lo que predomina, la necesidad de descarga manda porque el compromiso corporal es máximo. Y es justamente el grado de compromiso somático una de las variables que permiten observar mejor las diferencias entre un tipo de juego y otro, entre un tipo de actividad y otra.

Winnicott cree que este segundo tipo de juego —con excitación corporal y dominio pulsional— es más frecuente en *niños deprivados* o con tendencia antisocial⁶⁰, (Véase Winnicott, 2007k) es decir que sería un juego más propio de situaciones conflictivas en las que existe algún grado de carencia en el desarrollo. Podemos afirmar —atendiendo a la frecuencia con la que los observamos— que estos juegos no estarían vinculados de manera inexorable a *casos de deprivación en toda regla*, sino que se asociarían a las zonas de todo desarrollo en las que ha habido algún tipo de déficit. Sería una cuestión de grados, pero una cuestión importante.

Encontramos que, desde el momento de los juegos infantiles hasta las experiencias de los adultos, existen dos placeres diferenciados y —con la nueva terminología— dos orgasmos diferentes, óptica que enriquece el modelo único que proponía ligar placer a pulsión exclusivamente (incluyendo sus diferentes «destinos»⁶¹).

Estamos de acuerdo con Winnicott cuando plantea que entre un tipo y otro de satisfacciones existe tal grado de diferencia que no sería justo —ni correcto— contar con un único concepto para designarlos.

⁶⁰ El lector encontrará un capítulo dedicado a este tema en este mismo volumen.

⁶¹ Para más detalle ver el trabajo de Freud, «Pulsiones y destinos de pulsión» (Freud, 1915b).



SOBRE LA TRANSICIONALIDAD

Por Ariel Liberman

El motivo no es para mí más que algo insignificante, lo que quiero reproducir es lo que hay entre el motivo y yo.

Claude Monet⁶²

Aquel que busca el corazón del relato en el espacio que está entre la obra y quién la ha escrito se equivoca: conviene buscar no en el terreno que está entre lo escrito y el escritor, sino en el que está entre lo escrito y el lector.

Amos Oz

Comoquiera que fuere, nuestra teoría incluye la creencia de que vivir creadoramente es un estado saludable, mientras que la complacencia [el sometimiento] es una base enferma para la vida.

Winnicott

Winnicott presenta en la British Psycho-Analytical Society su trabajo sobre «Objetos y fenómenos transicionales. Un estudio de la primera posesión no-yo»⁶³ (Véase D.Winnicott, 1958e o 1971c) en mayo de 1951. En la exposición que realiza, como nos cuenta Rodman (2003), se dedica fundamentalmente a comentar el apartado sobre la ilusión. El trabajo será luego publicado en el *International Journal of Psychoanalysis (IJP)* en 1953 y formará parte de textos que se recopilaron en su libro *Pediatría y*

⁶² Tomado del trabajo de mi colega y amigo Maurice Corcos (2008).

⁶³ *Transitional Objects and Transitional Phenomena: A Study of the First Not-me Possession.* (Véase Winnicott, 1958e).

*Psicoanálisis*⁶⁴ de 1958 (Véase D.Winnicott, 1958d). Por último, será retomado en 1971 como primer capítulo de su último libro *Playing and Reality* (Véase D.Winnicott, 1971c), capítulo que funcionará, de alguna manera, como introducción, tanto histórica como conceptualmente, al concepto de transicionalidad en torno al que girará todo el libro. El «objeto transicional» es también, probablemente, uno de los conceptos más asociados a su nombre en un público amplio, tanto psicoanalítico como «psi» en general. Este concepto ha acarreado diversos malentendidos, sobre todo por excesiva concretización —catalogación de tipos de objetos transicionales y su correlación con la psicopatología, etc. Aun habiendo tenido este destino, tanto el trabajo de Winnicott como su intención son claros desde un comienzo ya que dice a principios de los años cincuenta:

He introducido el término «objeto transicional» y «fenómeno transicional» para designar el área intermedia de experiencia que se encuentra *entre* el dedo y el oso de peluche, entre el erotismo oral y la verdadera relación de objeto, entre la creatividad primaria y las proyección de lo que ha sido previamente introyectado, entre la no conciencia primaria de la deuda y el reconocimiento de la deuda [*Say: ta!*]⁶⁵ (1951-53)⁶⁶. (Véase D.Winnicott, 1958e o 1971c).

Como podemos observar, desde el principio enfatiza que su intención es hablar de un tipo de experiencia, que supone alguien que la experimenta-vivencia, que no se incluye dentro de las dos grandes áreas de experiencia descritas hasta ese momento en el pensamiento psicoanalítico: la realidad interna y la realidad externa. La experiencia que trata de delimitar se sitúa fundamentalmente en el «entre». En este

⁶⁴ *Through Paediatrics to Psychoanalysis*, que podría entenderse como «A través de la pediatría hacia el psicoanálisis». (Véase Winnicott, 1958d)

⁶⁵ Esta frase la dejo en inglés porque sólo así tiene sentido. Se ha traducido literalmente (*Di: ta*) y es imposible entenderlo. En *Say: ta, ta* es la forma abreviada en que los niños angloparlantes dicen *thank*, es decir, 'gracias'. Sólo así cobra sentido y, además, lo acaba de mencionar: reconocimiento de la deuda con el otro. Aquí encontramos todas las dinámicas de la gratitud en un sentido emocional —no formal— y psicoanalítico, y lo que esas dinámicas suponen en términos de logros del desarrollo.

⁶⁶ Las traducciones de las citas de Winnicott han sido todas realizadas por mí del inglés. Para ampliar el campo semántico de los términos que evocan, muchas veces he dejado entre corchetes otros posibles significados o aquellos que han sido utilizados en otras traducciones. Asimismo, asumo la autoría de las traducciones de otros autores que no sean hispanoparlantes, salvo que la referencia del libro aparezca sólo en español.

párrafo, en el que empieza definiendo esta área como un «entre», trae como pares de opuestos alguno de los consensos del pensamiento analítico de ese momento y otros conceptos propios. Las oposiciones que establece son, como hemos visto, por un lado, autoerotismo, actividad creativa primaria, no conciencia primaria de la deuda y, por el otro, verdadera relación de objeto, proyección de lo previamente introyectado y reconocimiento de la deuda (gratitud).

En la introducción a *Playing and Reality*, en 1971 (véase D.Winnicott, 1971) tendrá que enfatizar nuevamente lo mismo, ya que la extensión y divulgación de su concepto de objeto transicional llevó a perder de vista lo que para Winnicott era más importante. No se trataba tanto de los objetos concretos que el niño usaba como objeto transicional, sino del ámbito de experiencia que ese uso fundaba. Así nos lo explica Winnicott:

[...] *no tanto el objeto usado como el uso del objeto*. Estoy llamando la atención sobre *la paradoja* que implica el uso por el infante de lo que he llamado objeto transicional. Mi contribución es pedir que esa paradoja sea aceptada, *tolerada y respetada* y que no sea resuelta [la cursiva es nuestra] (cit Winnicott, 1971).

Winnicott vuelve a aclarar, al final de su vida, lo que había sostenido veinte años antes: lo que le interesa es el uso, y por lo tanto la experiencia, que el niño o la persona hace del objeto, y no tanto el objeto que es usado. Por otro lado, insiste en que en el corazón de este «uso» se halla una paradoja que es necesario respetar y no resolver. Sólo se podría resolver refugiándonos en un funcionamiento intelectual disociado que tiene como precio el perder de vista todo este ámbito de experiencia que trata de conceptualizar. La paradoja consistirá, esencialmente, en que se funda un área de experiencia que es, al mismo tiempo, subjetiva y objetiva, interna y externa, concebida⁶⁷ y hallada, un área intermedia de experiencia que se encuentra, ya en terminología puramente winnicottiana, entre el objeto subjetivo y el objeto objetivamente⁶⁸ percibido —percepción basada en la prueba de realidad.

⁶⁷ Winnicott usa expresiones como concebidas o creadas, cerca de la preconcepción de Bion, para aludir a la creatividad primaria del *infans*.

⁶⁸ La distinción entre el objeto subjetivo y el objeto objetivamente percibido hay que entenderla, fundamentalmente, en términos de desarrollo emocional y no epistemológicos. Con esto queremos decir que «objetivo» u «objetivamente» aluden a consensos sobre la «realidad» del mundo y no a ninguna captación o conocimiento «objetivo», en sentido epistemológico, de dicha realidad.

En una carta a Money-Kyrle, de noviembre de 1952, con referencia al término que utiliza para denominar a estos objetos y fenómenos, afirmará lo siguiente:

[...] Recordará que usted mismo me aportó la palabra «intermedia» durante el debate del artículo sobre objetos y fenómenos transicionales. La palabra «intermedia» es, por cierto, útil, pero la palabra *transición* implica movimiento, y yo no debo perder de vista esto, ya que de lo contrario mi nombre se vería asociado a alguna especie de fenómeno estático [la cursiva es nuestra] (Rodman, 1990).

Si bien Winnicott mantendrá y seguirá usando también la expresión «intermedia», piensa, como lo muestra en esta carta, que lo que quiere decir está mejor descrito con el término «transición». Luego incluirá también otras formas de referirlo, tales como «tercera área» o «espacio potencial». Cada una de estas expresiones matiza o está vinculada a algún aspecto específico de lo que trata de transmitirnos. La expresión «intermedia», efectivamente, es la más estática porque es la más espacial y pierde cierto dinamismo. La de «tercera» hace referencia, básicamente, a salir de la oposición binaria interno-externo. Por su parte, la expresión «transición», y transicional, alude ya de forma más específica al movimiento emocional inherente a este momento del desarrollo: el tránsito de la dependencia absoluta a la dependencia relativa o capacidad de preocupación por el otro. Ahora bien, la misma expresión «transición» puede dar lugar a equívocos ya que en este movimiento emocional se genera un tipo de experiencia que, estrictamente, no es transitoria —si entendemos por tal una experiencia por la que se pasa y queda en el camino—, sino que esta «transición» funda un tipo de experiencia que comienza a formar parte de la condición humana misma.

Vayamos a la parte del texto que el propio Winnicott utilizó como referencia en su primera exposición: la ilusión y su valor. Retomaremos muy sucintamente algunos de los conceptos que se han desarrollado en el capítulo sobre desarrollo temprano, pero orientados hacia el tema que nos ocupa.

La adaptación de la madre, más cercana al comienzo a la «preocupación materna primaria», genera la «oportunidad para la ilusión». Ésta consiste en lo que conocemos como la paradoja de lo «creado-encontrado», es decir, que, gracias a la presentación oportuna del objeto-pecho que realiza la madre, el *infans* puede sentir que crea una y

otra vez el pecho «a partir de su capacidad de amar o (podemos decir) —dice Winnicott— a partir de su necesidad. La madre ubica el pecho real justo allí donde el *infans* está listo para crearlo, y en el momento correcto» (1951-53) [Véase D.Winnicott, 1958e o 1971c, p. 12)]. Winnicott suele aludir también a esto como omnipotencia primaria, logro y condición para él de todo desarrollo saludable. Sitúa un primer «momento teórico», o una «primera mamada teórica» (Painceira, 1997, p. 263) —que, por supuesto, son un conjunto de experiencias tempranas—, en el que la adaptación de la madre a las necesidades del *infans* genera la ilusión de que existe una realidad externa que corresponde con la capacidad del *infans* de crear.

Winnicott se había referido al tema de la ilusión ya en el texto de 1945 que consideraba como «su primer planteamiento personal». Allí sostiene que la ilusión es un fragmento de experiencia que el *infans* puede tomar sea como una alucinación o como algo que pertenece al mundo externo.

Dicho de otra forma, el niño acude al pecho cuando está excitado y dispuesto a alucinar algo que puede ser atacado. En aquel momento, el pezón real hace su aparición y el pequeño es capaz de sentir que eso, el pezón, es lo que acaba de alucinar. Así que sus ideas se ven enriquecidas por los datos reales de la vista, el tacto, el olfato, por lo que la próxima vez utilizará tales datos para la alucinación. De esta manera, en el pequeño empieza a establecerse la capacidad para evocar lo que está realmente a su disposición (1945, p. 15). (Véase D.Winnicott, 1999h).

Este párrafo presenta varios puntos de interés —como sintonía, preconcepciones, etc. —, que hemos visto en el capítulo sobre desarrollo temprano. Lo que me interesa resaltar ahora, y que Winnicott retomará en diferentes oportunidades, es cómo el mundo externo, en este caso las características reales del pezón-pecho, va enriqueciendo la idea-representación (pre-simbólica) del pezón-pecho. Esto significa que la ilusión genera un ámbito de experiencia en el que hay un tráfico constante con lo que el mundo exterior ofrece —en primer lugar, por medio de la madre—, que poco a poco irá cobrando más matices, más complejidad y que a lo largo del desarrollo abarcará, como veremos, la experiencia cultural en su conjunto.

La ilusión⁶⁹ consiste, en un primer momento, en que, «psicológicamente, el *infans* se alimenta de un pecho que es parte de él y que la madre alimenta a un *infans* que es parte de ella. En psicología, la idea de intercambio está basada en una ilusión» (1951-53) (Véase D.Winnicott, 1971c o 1958e). Vemos que este último uso del término ilusión es el más coloquial y el menos winnicottiano: se refiere fundamentalmente a que el observador externo ve algo que no es, es decir, ve dos individuos intercambiando algo cuando, en realidad, sugiere Winnicott, hay una unidad en la que cada polo de la misma siente a la otra parte («otra», según la visión de un observador) como parte suya, como prolongación suya, como una extensión del yo [*me*⁷⁰], lo que estamos acostumbrados a llamar «investidura narcisista del objeto».

Es éste un buen lugar para comentar que Winnicott hizo siempre un uso bastante escaso de este tipo de expresiones, sea de la idea de investidura (más económica), sea de la noción de narcisismo. Con este último concepto, en particular, porque no era un término de su agrado. Es interesante resaltar también que en el contexto histórico de Winnicott, el psicoanálisis anglosajón, el concepto de narcisismo fue también poco utilizado, aunque tanto en Winnicott como en sus contemporáneos, sus dinámicas fueron altamente exploradas por medio de otras conceptualizaciones.

El concepto de ilusión que nos va a interesar, como primer momento evolutivo, aparece expresado en la cita mencionada anteriormente: psicológicamente, en los comienzos de la existencia humana, encontramos una experiencia de unión o fusión madre-hijo que genera la ilusión en el *infans* de que lo que encuentra, el pecho, lo crea y

⁶⁹ «Para que esta ilusión se produzca en la mente del bebé, un ser humano tiene que tomarse el trabajo todo el tiempo de entregarle el mundo de forma comprensible, y de un modo limitado, acorde a sus necesidades. Por esta razón un bebé no puede existir solo, psicológica o fisiológicamente, y realmente necesita otra persona que cuide de él en el comienzo» (1945, p. 141). (Véase D.Winnicott, 1999h).

⁷⁰ Incluyo entre corchetes, tanto aquí como en otras ocasiones, la expresión inglesa para advertir que Winnicott no se refiere al yo instancia, que suele denominar *ego* en coherencia con la tradición del psicoanálisis anglosajón, sino al *me* como experiencia.

es parte de él⁷¹. La madre hace realidad lo que el *infans* imagina⁷². Es lo que hemos llamado ilusión de omnipotencia o de lo encontrado-creado.

Este espacio de ilusión, en el que no hay intercambio, ni, por tanto —desde la perspectiva de la experiencia y no del observador—, separación entre el sujeto y el otro, entre la madre y el niño⁷³, es previo a la instalación de la transicionalidad, aunque es la base necesaria sobre la que se construirá. La ilusión se articulará en un objeto transicional para, progresivamente, dar lugar al conjunto de los fenómenos transicionales y a la adquisición, con diferentes grados de riqueza, de esta área intermedia de experiencia. Hay, pues, un movimiento que va de la ilusión de omnipotencia en relación con el pecho «encontrado-creado» (omnipotencia primaria) a una ilusión vinculada a la transicionalidad como tal, que tiene su origen en el objeto transicional.

Para que dicho desplazamiento se realice debe comenzar lo que Winnicott adjudica como tarea fundamental en este momento a la madre «suficientemente buena»: desilusionar. La desilusión que acontece, una vez que la ilusión se ha consolidado como espacio posible, es condición indispensable de la construcción del área transicional. Desilusión gradual, progresiva, no traumática. La teoría de los fenómenos transicionales describe, pues, los modos en que un ambiente «suficientemente bueno» permite que el individuo enfrente el «inmenso shock» (Winnicott, 1971c) de la pérdida de la omnipotencia por medio de la inclusión progresiva del no-yo. Estamos en la desilusión y no, aún, en el sentimiento de pérdida del objeto amado. Winnicott lo plantea con claridad: para que las dinámicas de la posición depresiva (o de la capacidad de preocupación por el otro) (Véase Winnicott, 1958c, 1965k, 2007c) se instalen (véase capítulo 4), para que los procesos subyacentes a lo que denominamos «destete» se desarrollen y tengan sentido para el niño, es necesario que el ambiente haya provisto una desilusión gradual, primeras formas dosificadas de la inclusión del no-yo y sus efectos en la relación madre-hijo.

⁷¹ Por supuesto, como la frase indica, la madre también comparte parcialmente esta ilusión si está metida en la escena, aunque siempre con un pie fuera, orientado si es necesario hacia la realidad. Para el *infans* estas experiencias serán todo su mundo.

⁷² Comentario personal Alfredo Paineira.

⁷³ Hay que tener en cuenta que el área transicional es un modo de «negociar» o de situarse en la tensión entre fusión (unión) y separación.

Es interesante diferenciar, como lo hace Ogden (1986) (Véase Ogden, 1989), dos usos del concepto de ilusión en la obra Winnicott. Si bien entendemos que son dos usos que están articulados —como hemos señalado antes— y que no son tan «completamente distintos», como observa Ogden, pensamos que sí es pedagógicamente interesante hacer dicha distinción. Por un lado, hay un uso del concepto de ilusión que está vinculado al concepto de «objeto subjetivo», tipo de objetividad descrita por Winnicott en el desarrollo y que tiene su origen en el desarrollo temprano. En relación con el objeto subjetivo está lo que acabamos de evocar en la cita previa: es una ilusión fruto de la respuesta adaptada de la madre a las necesidades del *infans* y que genera, sostiene Ogden, «la ilusión del sujeto y del objeto invisibles». Ésta se sintetiza en la expresión winnicottiana de «el bebé no existe», que alude, como hemos visto (capítulo 2), a que no podemos comprender o imaginar un bebé fuera de un vínculo, y que tiene como correlato necesario que el mundo externo, para el bebé, tampoco existe⁷⁴. Esta ilusión protege al *infans* de un contacto prematuro con la situación de dependencia, es decir, con la diferenciación entre *self* y objeto. Recordemos que estamos en lo que Winnicott denominó «dependencia absoluta», o lo que es lo mismo, una dependencia que se ignora a sí misma. El segundo uso de ilusión es el que comienza a gestarse con el objeto transicional y los fenómenos transicionales y que tendrá luego como paradigma fundamental el jugar. Es lo que Winnicott llamará espacio transicional propiamente dicho. Es un espacio de articulación entre unión y separación, espacio en el que coexisten dialécticamente la unión con la madre y la separación de ella. Tendrá, pues, características particulares, ya que, desde el comienzo la idea de lo transicional es una forma de ir lidiando con la separación yo-no yo [*me-not me*], en el tránsito o la transición entre la dependencia absoluta y la dependencia relativa (Véase Winnicott, 1971c, 1965e), esta última ya directamente inscrita en la conformación de la posición depresiva, posición en la que la unidad como tal y el reconocimiento de la dependencia, es decir, de la relación y de la separación con el otro, están siendo elaborados así como sus consecuencias (véase capítulo 4).

Detengámonos un momento en el resumen que el mismo Winnicott realiza del texto de 1951-53:

⁷⁴ Winnicott plantea: «Hoy, de manera menos extrema, diría que con anterioridad a las relaciones objetales el estado de cosas es como sigue: la unidad no la constituye el individuo sino la *organización ambiente-individuo*. [...] De acuerdo con esta teoría, **al principio no existía un mundo externo**, aunque nosotros en tanto observadores, pudiéramos ver a un pequeño dentro de un medio» [cursiva en el original, las negritas son nuestras] (1952). (Véase D.Winnicott, 1958e y 1971c, 1999d)

Esta área intermedia de experiencia, no desafiada con respecto a si pertenece a la realidad interna o externa (compartida), constituye la mayor parte de la experiencia del *infans* y a lo largo de la vida es mantenida en las intensas experiencias relacionadas con el arte y con la religión y con la vida imaginativa, y con el trabajo científico creativo. Debe plantearse entonces un valor positivo de la ilusión (p. 95). (Véase D.Winnicott, 1958e o 1971c).

Este resumen es interesante por varios motivos: por un lado, plantea que la paradoja constitutiva de este ámbito de experiencia no debe ser desafiada, es decir, no debe tratar de resolverse hacia uno u otro de los polos en tensión, sino que debe ser tolerada y aceptada; por otro lado, señala su importancia capital como área de experiencia tanto en la infancia como en la vida adulta. Como hemos señalado, Winnicott incluirá en ella el conjunto de la experiencia cultural, pero, con frecuencia, suele hacer referencia, sobre todo, al arte y a la religión. Pensamos al respecto que sobresalen estas referencias tanto al arte como a la religión porque son dos tipos de experiencias en la que sería evidentemente (de forma obvia) una «locura», como dice Winnicott en el texto que estamos trabajando —y, lamentablemente, la historia está llena de esas locuras— que un «adulto exija demasiado de la credulidad de los otros forzándolos a reconocer una ilusión que no les es propia» (Winnicott, 1971c). Las ilusiones se pueden compartir, pero no se pueden imponer, ni decretar, y el respeto a ellas, desde la infancia, será para Winnicott un bien muypreciado. Por último, este párrafo enfatiza el valor positivo de la ilusión. Aquí Winnicott trata de rescatar la ilusión del ámbito exclusivo de lo «infantil» y de lo «defensivo». La ilusión no será sólo una defensa —o una fijación— cuya función sea desconocer cierta realidad (interna o externa), sino que la ilusión pasará a ser un elemento fundamental y constitutivo del crecimiento saludable.

Winnicott señala posteriormente:

El fenómeno transicional representa las fases tempranas del uso de la ilusión sin la cual no hay significado para el ser humano en la idea de una relación con un objeto que es percibido por otros como exterior a ese ser (1951-53) (Véase Winnicott, 1971c).

O sea que la ilusión es, para Winnicott, condición de que algo exterior —según la perspectiva de un observador— se haga significativo

para la persona. Está en la base de la significación personal del mundo. Sin esta área intermedia, la relación con los objetos del mundo externo sería pura facticidad, una relación estrictamente pragmática o instrumental, o bien mero soporte de un mundo interno enormemente pobre.

Vayamos ahora al objeto y a los fenómenos transicionales propiamente dichos. Este objeto, que es definido por Winnicott como la primera posesión no-yo [*not-me*], tiene relevancia por fuera de lo que en él se pueda jugar de erotismo oral y/o anal. Winnicott estudia otras características: su naturaleza, la capacidad del *infans* de reconocerlo como no-yo, su «lugar» de experiencia o la capacidad del niño de crear un objeto.

En el momento en que la madre y el niño comienzan a diferenciarse y van deviniendo, progresivamente, individuos separados, en este contexto los objetos y las experiencias que son compartidas por ellos comienzan a tener una «cualidad no-yo», no pertenecen ni a uno ni a otro. En este sentido, como ha sostenido Simón Grolnick «parece razonable plantear que cada niño «transicionalizará» parte de su ambiente y lo usará como un regulador y balanceador del complicado proceso de separarse sintiendo, al mismo tiempo, un vínculo con su madre» (Véase Grolnick, 1990). Esta difícil negociación —interna y relacional— lleva a este mismo autor a señalar que «las parejas perfectas son una rareza». Lo que parece obvio es necesario aclararlo cuando cierta lectura simplista de Winnicott ha hecho de él un autor de cuentos de hadas. Grolnick acentúa lo que Winnicott transmite de diversos modos: no se trata de simplificar-idealizar la experiencia de la relación madre-*infans*. El desencuentro y la complejidad forman parte de la vida misma y Winnicott, por supuesto, no lo ignora. Una vez más de lo que se trata es de que ese desencuentro no sea constante, «crónico», sistemático. Porque allí sí la paradoja y la transicionalidad queda dañada o excluida o poco consolidada, y se atrofia estáticamente la oposición interno-externo.

Estos primeros objetos y experiencias van perdiendo valor en su materialidad (concretud), el niño se va alejando de ellos, los va dejando, sin un sentimiento de pérdida notorio. Por lo tanto, no se pierden ni se internalizan: se difunden o extienden. Lo que permanece, en caso de que las cosas vayan razonablemente bien, es el tipo de experiencia que han fundado, un campo de experiencia mucho más vasto, que incluye el juego, la imaginación, el simbolismo. O sea que la transicionalidad comienza como la negociación intrapsíquica e interpersonal de la

transición entre la fusión (unión) y la separación, entre la omnipotencia primaria y la realidad compartida. Los fenómenos transicionales proporcionan «un puente», como dice Adam Phillips (1988), entre dos mundos que parecían excluirse totalmente. Es un puente o una forma de negociar la paradoja que implica que algo es y no es al mismo tiempo, que algo es subjetivo y no lo es al mismo tiempo, que es objetivo y no lo es al mismo tiempo, que es invención y no lo es, que es descubrimiento y no lo es, que es unión y no lo es, que es separación y no lo es. O sea, que es, al mismo tiempo, subjetivo y objetivo, invención y descubrimiento, unión y separación. Negociar la paradoja (Pizer, 2008) no implica resolverla sino complejizar su consistencia.

Otra de las características de los objetos transicionales, que tendrá valor de metáfora para dimensiones del proceso analítico, es que este tipo de objeto no se puede imponer —por parte del adulto—, sino que el niño lo «elige» o lo crea —o recrea— a partir de los objetos y experiencias que están a su disposición. Algo que es propio del objeto transicional, y que en esto se diferenciará de la experiencia cultural, es que es absolutamente idiosincrásico y, por lo tanto, no compartible. O sea, lo que a Winnicott le interesa de su materialidad es que lo transforma en un objeto manipulable y, en ese sentido, cobra consistencia su definición de que es una primera posesión no-yo. Posesión y no objeto interno o representante de dichos objetos. Su cualidad no-yo, su necesaria materialidad y manipulabilidad, le permite generar —o es condición de— una experiencia única.

Como hemos sugerido antes, Winnicott retoma una y otra vez la idea según la cual los adultos no deben reducir la paradoja que implica este objeto tratando de adscribirlo a una u otra de las realidades previas a esta teorización, es decir, ya sea a la realidad interna como a la externa. Preguntarle al niño si lo concibió o lo halló, es decir, si pertenece al mundo interno o al externo, es eliminar y/o reducir desde el comienzo la experiencia misma del niño que se condensa en ese nuevo tipo de objeto. Este acuerdo implícito que los padres, en su mayoría, han sostenido a lo largo del tiempo, y del cual Winnicott intenta dar cuenta con su concepto de objeto transicional, es condición indispensable de su saludable constitución. La experiencia transicional y su objeto se basan en lo que para Winnicott es una condición propia de todo ser humano vivo: la creatividad. El desarrollo y el despliegue de esta creatividad no están garantizados, sino que, precisamente, dependen de las condiciones de recepción de la misma, de cómo el otro significativo acoge esos gestos o

esas creaciones y si puede o no sostener la paradoja que ello implica, o mejor aún, las paradojas que ello implica. En este caso podemos ver claramente dos: por una parte, la idea de crear lo que se encuentra, y por otra, (como veremos en el capítulo 6) la paradoja de sostener, simultáneamente, la condición dependiente e independiente del *infans*.

Retomemos otra vez el primer trabajo de Winnicott sobre este asunto. Nos dice allí: «Tarde o temprano en el desarrollo del *infans* se abre paso una tendencia a entretejer objetos otros-que-yo [*other-than-me*] en el patrón personal» (1951-53) (Véase D.Winnicott, 1971c o 1958e). Resulta interesante la metáfora que usa Winnicott: el tejer. Pienso que sintetiza muy bien el entrelazamiento constante que trata de describir, entrelazamiento indiscernible como tal pero que produce objetos que habitan una región irreductible. Y, al mismo tiempo, nos reenvía nuevamente a ese enriquecimiento constante que la «sustancia-distinta-de-mí» va produciendo en la experiencia del *infans*.

Podemos enumerar brevemente las cualidades que Winnicott resume como pertenecientes a los objetos y fenómenos transicionales de la temprana infancia. Las ideas centrales son las siguientes:

1. El *infans* tiene derechos sobre el objeto y los adultos aceptan este hecho.
2. No debe cambiar salvo que sea el mismo *infans* quien lo haga.
3. Debe sobrevivir a los ataques del amor primitivo del *infans*.
4. No viene ni de dentro ni de fuera; posee textura y vitalidad.
5. Su destino será que va perdiendo sentido, no es internalizado, se ha difuminado-difundido.

Winnicott concluye esta parte afirmando lo siguiente: «En este punto mi tema se amplía y abarca el del juego, la creatividad y la apreciación artística, los sentimientos religiosos [...]» (1951-53). (Véase Winnicott, 1958e o 1971c).

Como hemos dicho, el concepto de objeto transicional genera un tipo de ilusión diferente de la que podemos atribuir al objeto subjetivo. En esta transición comienzan los esbozos de la separación y, por lo tanto, los encuentros más frecuentes con lo «suficientemente buena» de

la madre, esta vez sí enfatizando el «suficientemente», es decir, con sus fallas en la adaptación. Estas fallas de la madre son índices de lo que se suele describir —también por Winnicott— como una gradual y progresiva desilusión, una menor adaptación por parte de la madre a las necesidades del niño en función del desarrollo de diferentes capacidades en el *infans*, pero también de cambios en la madre acordes a este crecimiento. Estas fallas graduales de adaptación son las que generan el espacio del despliegue de las propias capacidades del *infans* para dar cuenta de ellas y para enfrentarlas. Aun siendo clara la descripción, pensamos que el término adaptación habría que matizarlo porque lo que acabamos de describir se puede también leer como la progresiva adaptación por parte de la madre a las nacientes necesidades y capacidades del niño. Creo que esta lectura en positivo de la adaptación nos permite, entre otras cosas, desvincular este concepto únicamente del desarrollo temprano y extenderlo a otros momentos del desarrollo o situaciones vitales. Tanto el concepto de adaptación como el de falla tienen una fuerte impronta del desarrollo temprano en los escritos de Winnicott o, mejor aún, del modelo de la fase de la preocupación materna primaria que, como hemos sostenido, no es más que un momento del concepto más amplio de «madre suficientemente buena».

Silvio Zirlinger sostiene lo siguiente:

El uso de un objeto transicional indica que se ha iniciado el trayecto de vinculación con el mundo externo que sea aceptable por el propio *self*, y que el individuo está personalmente presente, que la experiencia le es real. Si la distancia entre lo concebido-creado y lo percibido-encontrado es superior a la capacidad elaborativa del infante, se produce una situación patogénica, alterándose la constitución de los procesos transicionales y perturbándose, por lo tanto, la construcción representativa de la unión inicial sujeto-otro (cit Zirlinger, 2005).

Winnicott enumera una serie de formas que tiene el *infans* de lidiar con estas fallas maternas (Winnicott 1971c, p. 10) o, lo que es lo mismo, con estas presencias claramente no-yo registradas por el *infans*:

1. Las experiencias crecientes del *infans* de que la frustración tiene un límite tolerable que progresivamente va ampliando su duración.

2. Instalación progresiva en el *infans* de un sentido del proceso. Entendemos que un proceso implica una dimensión del acontecer que supone su transformación orientado hacia —y con— un fin.
3. Comienza lo que Winnicott denomina «actividad mental» (concepto de mente, intelecto) que se desarrolla en un comienzo, justamente, como modo de perfeccionar el medio, es decir, como forma de lidiar con sus fallas anticipándolas.
4. El empleo de satisfacciones autoeróticas. Aquí nos gustaría señalar que Winnicott, ya desde su texto de 1945 (Véase Winnicott, 1999h), diferencia entre un autoerotismo objetal al servicio del desarrollo, vinculado al placer, de otros «autoerotismo compulsivos», como los denomina en dicho texto, que entiende como «defensas contra la pérdida del objeto en el mundo externo o en el interior del cuerpo, es decir, contra la pérdida del control sobre el objeto»⁷⁵.
5. «Recordar, revivir, fantasear, soñar; la integración de pasado, presente y futuro». Este punto nos parece interesante porque nos abre a una forma de comprensión de la temporalidad que ya comienza a dar entrada al estado de preocupación por el otro o posición depresiva. Nos resulta interesante, como se verá en el capítulo correspondiente, la propuesta de Ogden (1989 o 1992) cuando sostiene que una de las características centrales de esta posición es la integración del tiempo en términos de pasado, presente y futuro, es decir, una relación con el tiempo que supone un mayor nivel de discriminación. Ogden se refiere a esto como la entrada del sujeto histórico en los modos subjetivos de generar experiencias y/o significados y, por ello, rebautiza a la posición depresiva con el nombre de «posición histórica» (véase capítulo 4). Tengamos presente, y es algo que trabajaremos cuando hablamos de verdadero *self*, que las primeras experiencias vinculadas al *going on being*, al «estar siendo», tienen un tipo de temporalidad que difiere de la temporalidad histórica en que es

⁷⁵ Esta distinción, con diferentes matices y presupuestos, ha sido muy trabajada en el contexto psicoanalítico francés como la oposición entre un autoerotismo de vida *versus* uno de muerte, como autoerotismo objetal *versus* procedimientos autocalmantes, etc.

menos discriminada y, por lo tanto, estaría más cerca de la «duración» [*durée*] bergsoniana⁷⁶.

Si todo va bien, sostiene Winnicott, gracias a las fallas maternas o a su adaptación «incompleta», los objetos se hacen reales, es decir, otros y, por tanto, son amados y odiados. Este descubrimiento de la alteridad irá de la mano, en Winnicott, con el despliegue de la agresión y del uso del objeto (véase capítulo 5). Éste es un momento fundamental del desarrollo que puede ser disuelto o «robado», expresión de Winnicott, si la madre continúa respondiendo a las necesidades del niño sin considerar sus nuevas capacidades y, también, sus nuevas necesidades en el desarrollo.

Los objetos y fenómenos transicionales ofrecen un «área neutra de experiencia» que no debe ser desafiada. Nunca ha de hacerse la pregunta «¿lo has concebido o te lo han presentado desde afuera? Lo importante es que no se espera ninguna decisión sobre este punto. La pregunta no debe ser formulada» (Winnicott, 1971c, p. 12).

Winnicott plantea en este texto la hipótesis, que hemos evocado antes, según la cual depende de cómo haya sido llevada a cabo y vivida esta tarea de desilusión que le cabe a la madre, que tendrá efectos, repercutirá, en el conjunto de procesos que engloba la posición depresiva. Para Winnicott, una buena gestión de los movimientos de ilusión-desilusión forma parte o es condición de ese otro momento del desarrollo.

Winnicott finaliza sus reflexiones sobre este movimiento de ilusión-desilusión y sobre el logro siempre incompleto de la prueba de realidad refiriéndose a la extensión y difusión-difuminación que tiene lo transicional a lo largo del desarrollo. El juego, el arte y la religión son nuevamente evocados.

Como modo de introducirnos a las complejizaciones del área transicional, nos gustaría presentar una interesante y sutil definición que Winnicott hace de la locura [*madness*] y de la salud:

Si un adulto nos reclama que aceptemos la objetividad de sus fenómenos subjetivos discernimos o diagnosticamos locura. Si, por el contrario, un adulto

⁷⁶ Para entender la influencia de Bergson en la obra de Winnicott véase el libro de Painceira (2007). (Véase Painceira, 2007)

puede gestionar el disfrute de su área personal intermedia de experiencia sin reclamar [objetividad], entonces podemos reconocer nuestra propia y correspondiente área intermedia y estaremos encantados de encontrar cierto grado de superposición [...] (cit Winnicott, 1971c, p. 14).

El espacio potencial

Suponemos aquí que la tarea de la aceptación de la realidad nunca está completamente acabada, que *ningún ser humano está libre de la tensión de relacionar la realidad interna con la realidad externa* y que el alivio de esta tensión es provisto por el área intermedia de experiencia que no es desafiada (arte, religión, etc.). Esta área intermedia está en continuidad directa con el área de juego del niño pequeño quien se encuentra totalmente «perdido» [metido] en el jugar [la cursiva y los paréntesis son nuestros] (cit Winnicott, 1971c, p. 13).

El jugar ha sido fuertemente privilegiado por Winnicott como paradigma del espacio potencial. Aquí nos gustaría anticipar algunas de las ideas básicas que se desarrollarán en un capítulo posterior (véase apartado 4 del capítulo 8). Sobre todo trataremos de articular la idea del jugar con la capacidad creativa y el espacio potencial, último concepto con el que Winnicott teorizó sobre la transicionalidad. Estos tres conceptos están íntimamente ligados en su obra. Comenzaremos esta segunda parte con unas reflexiones que realiza Winnicott en torno al «lugar» desde o en el cual vivimos la mayor parte de nuestras vidas.

Winnicott no está tan interesado en «lo que» se experimenta como tal sino en la experiencia que de eso tenemos. Por ello, de esta área potencial o intermedia, pondrá ejemplos de diversos tipos de actividades, entre ellas, escuchar música, la lectura, los deportes o el niño jugando en el suelo con sus juguetes. La pregunta para él no es tanto ¿qué estamos haciendo? sino más bien ¿dónde, en qué lugar —en un sentido abstracto— lo estamos haciendo? ¿dónde, en este sentido no concreto, hacemos lo que hacemos? Tomemos la experiencia musical. No somos, está claro, receptores pasivos de dicha experiencia. Tampoco es, en el otro extremo, una pura alucinación, es decir, algo que pueda ser reducido exclusivamente al mundo interno. Winnicott constata que cuando va a conciertos se encuentra allí con muchos colegas analistas y se pregunta:

¿cómo piensan ellos esa experiencia?, ¿dónde estamos —habitamos— en ese momento? Por supuesto que la obra como tal y la calidad de su interpretación —en el caso de la música clásica, por ejemplo— son fundamentales. Pero no es menos fundamental el mundo interno de la persona. Ahora bien, la experiencia musical no se encuentra, ni puede ser reducida, a ninguna de estas dos dimensiones de la experiencia.

Winnicott desarrollará en el capítulo ocho de *Playing and Reality* (1971b, c) el asunto que hemos evocado en el párrafo anterior, es decir, el del «lugar» [*place*] en el que vivimos este tipo de experiencias. Se pregunta: «¿Dónde estamos la mayor parte del tiempo cuando estamos experimentando la vida?» (p. 104). Winnicott no se refiere con este «dónde» o este «lugar» a nuestro comportamiento en el mundo externo ni a experiencias puramente internas. No es un lugar espacial, concreto, el que trata de definir, sino aquel lugar «abstracto», dice, en el que «invertimos la mayor parte de nuestro tiempo». Sostiene que no le interesa tanto el «qué» hacemos cuando hacemos sino el «dónde» estamos cuando estamos haciendo algo. La necesidad de un tercer concepto entre interno y externo se vuelve inevitable. Se pregunta, ya por fuera de toda actividad concreta: «¿Dónde estamos cuando hacemos lo que en verdad hacemos durante buena parte de nuestro tiempo, es decir, pasárnoslo bien [*enjoying ourselves*]?». Piensa que el concepto de sublimación es insuficiente para dar cuenta de esta dimensión de la experiencia. Winnicott aclara que incluye en sus reflexiones tanto los productos «sofisticados» del disfrute adulto de la vida como el gesto creativo del *infans* que «toca la boca de la madre y siente sus dientes y, al mismo tiempo, mira en sus ojos, viéndola en forma creativa». Y continúa: «Para mí el jugar [*playing*] lleva naturalmente a la experiencia cultural y, de hecho, constituye su fundamento [base]» (Winnicott, 1971a, b y c, p. 106).

La universalidad del jugar va pareja, para Winnicott, con la universalidad de la creatividad del ser humano. Salvo que ésta sea aplastada por un ambiente que no la acoja ni facilite su desarrollo, la creatividad forma parte fundamental de la existencia más elemental de la persona. Winnicott sostiene que su uso de este concepto no se vincula a obras consagradas o sancionadas con el éxito social ni con hombres particularmente talentosos. Por el contrario, su significado remite a «una coloración de toda la actitud hacia la realidad exterior» (Winnicott, 1971a,b,c). Esta metáfora de la coloración nos ubica de lleno en la comprensión de la creatividad como un fenómeno inherente al vivir y

que se desprende de la condición misma de estar vivos. Establece una clara distinción entre la obra creada, el «producto», y actividad creativa. Nuevamente, no está interesado en los «productos», sino en la experiencia de su «producción», extendiendo dichos «productos» al conjunto de actividades de nuestra vida. Ni la novedad *per se* ni la innovación son notas definitorias de la creatividad. Esta creatividad cotidiana es la capacidad que tiene todo ser humano de ver y experimentar el mundo de modo personal, y en este sentido sí original. «Lo creativo —como dice Pedro Menéndez⁷⁷— lo es dentro del verdadero repertorio personal del sujeto y no dentro de su contexto cultural». Es lo creativo en esa vida, en esa aventura personal del existir, lo que le da sentido y realidad. Es esta apercepción creativa de la realidad externa lo que hace, sostiene Winnicott, que la vida tenga sentido y valor.

Otra aproximación que esclarece el concepto es saber que para Winnicott la creatividad es la antítesis de la complacencia. Estas dos actitudes hacia la realidad externa marcan dos caminos muy diferentes: el de la salud y el de la enfermedad. Uno de los epígrafes que hemos usado en este capítulo alude, justamente, a eso. La complacencia, como veremos en el capítulo 6 en relación al falso *self*, está asociada con el sentimiento de futilidad y con la idea de que nada vale la pena o tiene sentido. La creatividad, por su lado, está asociada al verdadero *self*, a sentirse real, a sentir que la vida tiene un sentido siempre personal.

Retomemos la articulación de la creatividad con el juego y el espacio potencial. Winnicott sostiene que la importancia de plantearse la ubicación del jugar [*playing*] es que mientras que «[...] la realidad psíquica interna tiene un tipo de ubicación en la mente o [...] en algún lugar dentro de los límites de la personalidad individual y mientras que la realidad llamada externa está ubicada fuera de dichos límites, el jugar y la experiencia cultural pueden tener un ubicación si usamos el concepto de espacio potencial entre la madre y el *infans*» (Winnicott, 1971c).

Parte fundamental de este espacio adjetivado por Winnicott como potencial —lo que lo diferencia de cualquier espacio real o realidad (interna o externa)— es su capacidad de albergar dentro de sí la paradoja que lo sostiene: el de la unión y la separación. Es un espacio que articula «la dialéctica psicológica —como sugiere Ogden— de unidad y separación en la que cada uno crea e informa al otro» (Véase Ogden, 1989 o 1992). Esta dialéctica o tensión entre la unión y la separación es

⁷⁷ Comunicación personal.

uno de los ejes centrales para comprender su último libro. Winnicott afirmará, a modo de paradoja, que se trata de «la separación que no es una separación sino una forma de unión» (Winnicott, 1971a, b y c).

El jugar es el representante por excelencia de este espacio. Recordemos que Winnicott distingue el *play* o, mejor, el *playing* [el jugar] el *game* [juego]. El *game* supone un juego reglado, y tal vez caricaturizando un poco a los juegos reglados⁷⁸, es un juego que viene de afuera en la medida en que las reglas están dadas de entrada. El énfasis de Winnicott en el *play* es porque está claramente relacionado con cierta espontaneidad de su construcción, aunque vaya cobrando, en su propio transcurrir, ciertas formas. Pero es cierto que estas formas pueden ser negociadas y renegociadas constantemente haciendo que el movimiento del jugar llegue a lugares impensables. El *play*, en este sentido, no tiene un plan previo y todo plan que se vaya armando está caracterizado por su fragilidad y posible transformación. Dice Winnicott: «Es en el jugar y sólo en el jugar que el individuo niño o adulto es capaz de ser creativo y de usar la totalidad de su persona, y es sólo siendo creativo que el individuo descubre su *self*» (Véase Winnicott, 1971a, b, c).

Este jugar [*playing*], que Winnicott describe, es una experiencia intensa, que supone un gran compromiso de quien participe de ella y que genera ese estado de «perderse» [meterse] en el juego que hemos referido antes.

Cuando Winnicott habla de «experiencia cultural», enfatiza que su interés está centrado más en comprender dicha «experiencia» que en definir qué entiende por cultura. Toma por cultura la tradición heredada, lo que forma parte del fondo común de la humanidad, en el que todos podemos participar, contribuir y usar «si tenemos algún lugar en el que poner lo que encontramos» (Winnicott, 1971a, b, c). Ese lugar, que podemos no tener —fijémonos en el condicional que usa Winnicott— o que podemos tener pobre o precariamente, es lo que llama espacio potencial. Necesita también la imagen de un espacio, pero uno que está lejos de ser un receptáculo, un espacio euclidiano. Es, como hemos visto, un espacio de apropiación relacionado con la creatividad. Hay algunos autores (véase Grolnick, 1990) que piensan que es interesante mantener el término de espacio intermedio para hablar de lo que ocurre entre la

⁷⁸ Creo que esto tiene sólo valor a efectos didácticos, ya que sabemos, y el mismo Winnicott hace referencia a los juegos reglados como los deportes o muchas otras actividades de este tipo, que esta condición no impide, en absoluto, el despliegue de la creatividad.

madre y el *infans* en momentos del desarrollo que son eminentemente pre-simbólicos⁷⁹ y reservar el término espacio potencial para lo que es de naturaleza simbólica. No consideramos necesaria esta distinción puesto que hemos hablado siempre de un tipo de experiencia que se va complejizando y enriqueciendo a lo largo de la vida, entre otras cosas, gracias a las nuevas capacidades que se desarrollan. La distinción pre-simbólico/simbólico se refiere más al tipo de objeto/s que se pone en juego y no tanto al tipo de espacio y experiencia que Winnicott trata de describir.

Winnicott sostiene (1971a, b, c) que sus tesis centrales sobre este asunto son:

1. Que la experiencia cultural al igual que el juego se ubican en el espacio potencial entre el individuo y el ambiente.
2. Que la capacidad que tenga cada persona de usar ese espacio depende de sus experiencia de vida.
3. Que este espacio potencial se sitúa entre «*el objeto subjetivo y el objeto objetivamente percibido*, entre la extensiones del yo [*me-extensions*] y el no-yo [*not-me*]. El espacio potencial está en el interjuego entre no existir otra cosa que yo [*me*] y el existir de objetos y fenómenos fuera del control omnipotente».
4. La confianza es una condición indispensable de su uso (externa o interna).

En el campo cultural, la paradoja unión-separación se plantea, para Winnicott, en términos de tradición y originalidad. Sostiene: «*No se puede ser original excepto sobre la base de una tradición*» [cursiva en el original] (Winnicott, 1971a, b, c). No hay originalidad sin tradición y, probablemente, no haya tradición sin originalidad —mal que les pese a los «conservadores», como bien lo mostró irónicamente Juan de Mairena (A. Machado). Winnicott sostiene que sólo el plagio es el pecado imperdonable en el campo cultural, ya que en él se registra la desaparición de la persona. Diferencia el plagio de la cita deliberada.

Winnicott concluye de la siguiente forma:

⁷⁹ Tanto Grolnick como nosotros sabemos que el lenguaje forma parte desde el comienzo de la experiencia de todo *infans*, pero no siempre del mismo modo. También el mismo lenguaje, en su aspecto sonoro, puede entenderse como pre-simbólico.

Pienso que es el interjuego [juego recíproco] entre originalidad y aceptación de la tradición, como base para la inventiva, un ejemplo más, y muy atractivo, del interjuego entre unión y separación (cit Winnicott, 1971a, b y c).

La transicionalidad ha sido recogida de forma ambivalente en la tradición psicoanalítica. Felizmente, en los últimos tiempos, cada vez son más aquellos que usan este concepto o lo que este concepto ha abierto como posibilidad de pensamiento, cada vez estamos más atentos a ese tráfico constante entre el adentro y el afuera, sin subestimar ninguno de estos polos en la construcción de la experiencia⁸⁰. En el espacio transicional, lo central, como hemos subrayado reiteradamente, es el interjuego entre los elementos en conjunción, lo que genera un tercer espacio o un más allá de las oposiciones binarias.

⁸⁰ También podemos pensar en todos los desarrollos que ha habido en términos de procesos terciarios, procesos que articulan pero van más allá de la oposición entre proceso primario y proceso secundario.

4

LA CAPACIDAD DE PREOCUPACIÓN POR EL OTRO

Por Ariel Liberman

[...] No hay necesidad de ser preciso con el momento y de hecho la mayor parte de los procesos que comienzan temprano en la infancia nunca se establecen totalmente y continúan siendo fortalecidos por el crecimiento que continúa en la tardía infancia y, de hecho, en la vida adulta, incluso en la vejez.

Winnicott

Es un signo seguro de la falta de comprensión del niño pequeño [...] cuando un adulto piensa en ayudar dando, no pudiendo ver la importancia primaria que tiene estar ahí para recibir.

Winnicott

Como hemos señalado en la reseña biográfica de Winnicott, éste supervisa su práctica clínica con Melanie Klein entre 1935-40. Este periodo es relevante para el tema que nos ocupa. En 1934 Klein lee en el XIII Congreso Internacional de Psicoanálisis una versión abreviada de lo que publicará en 1935 bajo el nombre de «Contribución a la psicogénesis de los estados maniacos depresivos» (Véase M.Klein, 1982). Este trabajo supone un antes y un después en la obra de Klein, ya que aquí, por primera vez, hace referencia a la «posición depresiva» —primera de las posiciones que es teorizada. Como sabemos, a partir de 1946, la posición esquizo-paranoide y la posición depresiva serán las dos posiciones de su esquema teórico definitivo (Véase Klein, 1948). Klein entiende las posiciones como organizaciones psicológicas que vienen definidas fundamentalmente por el tipo de ansiedad, por el tipo de relación de objeto y por las defensas. En la posición depresiva la ansiedad será de

pérdida, la relación de objeto será con objetos totales y la defensas —las mismas más o menos que en la posición esquizo-paranoide— tendrán funciones específicas ligadas al tipo de angustia con la que lidian. Por su parte, la posición esquizo-paranoide —primera en la construcción genética kleiniana pero segunda en ser formulada y teorizada— se caracteriza por la presencia de angustia persecutoria, relaciones de objeto parciales y las defensas orientadas a lidiar con esta angustia: disociación, identificación proyectiva, idealización, etc.

Klein se sitúa en la línea inaugurada por Freud (1914) (Véase Freud, 1997a) y Abraham (1924) (véase Abraham, 1959) en la que toman como eje principal de la «melancolía» la pérdida del objeto amado. Esto la llevará, siguiendo a Abraham, a situar el estatuto de este «objeto» amado y perdido —o que se teme perder— como un paso necesario para comprender qué es lo que se pone en juego en este momento del desarrollo. La disminución del temor a la persecución y la mayor capacidad de identificarse con los «objetos buenos» introduce para ella un «cambio de mucha importancia»:

[...] Se pasa de la relación de objeto parcial a la relación de objeto total. Con este paso el yo llega a una nueva posición, que forma los cimientos de la llamada pérdida del objeto amado. Sólo después de que el objeto haya sido amado como un todo, su pérdida puede ser sentida como total (Klein, 1935, p. 256). (Véase M.Klein, 1982).

Para Klein, es en esta posición donde se desarrolla un mayor contacto con la realidad gracias a una mayor identificación y confianza en los «objetos buenos» y la disminución, consecuente, de la persecución, lo que permitirá el acceso a una mayor integración del objeto, lo que denomina «objeto total», y a una mayor integración del yo, lo que produce la emergencia de la ambivalencia y, como corolario, de la culpa.

Pero lo que nos interesa destacar aquí es que los desarrollos de Winnicott se vieron fuertemente influenciados por los trabajos de Klein de esos años. La fase de preocupación por el otro que Winnicott plantea hay que entenderla como su elaboración personal de este concepto kleiniano, lo que supondrá cierta continuidad y cierta diferencia.

Es en la década de los cincuenta y comienzos de los sesenta cuando le dedica una serie de trabajos que van progresivamente delineando con mayor claridad el escorzo propio. Podemos tomar dos textos de

referencia. En primer lugar, «La posición depresiva en el desarrollo emocional normal» (Véase Winnicott, 1958c), trabajo leído en la Sección Médica de la *British Psychological Society* en febrero de 1954-55 y que fue publicado al año siguiente. Casi diez años después, realiza una serie de conferencias en su primer viaje a los Estados Unidos dentro de las cuales podemos encontrar «El desarrollo de la capacidad de preocupación por el otro», de 1963 (Véase Winnicott, 2007c y 1965k).

En el primero de ellos Winnicott sostiene:

El término «posición depresiva» es un nombre inadecuado para un proceso normal, pero nadie ha sido capaz de encontrar uno mejor. Mi propia sugerencia fue que debería denominarse *fase de la preocupación por el otro* [*stage of concern*], pues creo que el término introduce fácilmente el concepto. La misma Melanie Klein utiliza la palabra *concern* [preocupación por el otro] en sus descripciones. No obstante, este término descriptivo no abarca la totalidad del concepto, por lo que me temo que el nombre original seguirá vigente [la cursiva es nuestra] (1954-55). (Véase Winnicott, 1958c),

En «El desarrollo de la capacidad de preocupación por el otro» afirma:

La palabra «preocupación por el otro» [*concern*] se utiliza para referirse, en positivo, al mismo fenómeno al que se alude en negativo con la palabra «culpa». El sentimiento de culpa es una angustia vinculada con el concepto de ambivalencia; implica cierto grado de integración del yo individual, que posibilita la conservación de la *imago* del objeto bueno junto con la idea de su destrucción. La preocupación entraña una integración y un desarrollo más avanzados y se relaciona de modo positivo con el sentido de responsabilidad del individuo, sobre todo con respecto a las relaciones en que han entrado las mociones instintivas (1963). (Véase Winnicott, 2007c y 1965k).

Vemos como entre ambos textos existe continuidad y discontinuidad. La más evidente es que trata de darle un carácter positivo, de entrada, a esta configuración psicológica: de la culpa como eje a la preocupación por el otro. Ambos logros del desarrollo. Este cambio de énfasis reacomoda ciertos conceptos e introduce otros que le darán un enfoque intersubjetivo más evidente a los logros psicológicos de este momento. Trataremos de situar este cambio y el movimiento psicológico y conceptual que supone. Nos gustaría también reseñar que

Thomas Ogden (1989 o 1992) ha propuesto asimismo llamar a la posición depresiva «posición histórica»⁸¹ ya que lo que este autor contemporáneo enfatiza es la integración temporal que en ella ocurre. Y sostiene: «En la posición depresiva el bebé ya no tiene acceso al tipo de reescritura orwelliana de la historia» (Ogden, 1989 o 1992), no puede haber ya borrón y cuenta nueva, como veremos, y la responsabilidad por lo acometido será otro de los ejes que la caracterizan. Es cierto que Ogden opone a esta nueva adquisición su particular lectura de la posición esquizo-paranoide kleiniana en la que, como plantea, se caracterizaría por un puro presente y una lógica del todo o nada. Aquí, Winnicott piensa más esta integración en el desarrollo saludable como la transformación de lo que ha postulado como la no-integración primaria sostenida por el otro-objeto (véase capítulo 2)⁸².

En Winnicott también encontramos, como podemos apreciar en la segunda cita, la articulación entre preocupación por el otro y responsabilidad. Sería, de alguna manera, la cara prospectiva del sentimiento de culpabilidad, ya que este último está relacionado, en primer lugar, con el aspecto retrospectivo de la integración temporal en relación a las propias mociones pulsionales y a sus efectos. Seguiremos usando la expresión posición depresiva junto con capacidad de preocupación por el otro —y otras variantes de la traducción de la expresión inglesa *concern*— para referirnos a estas dinámicas, ya que, como el mismo Winnicott advertía, se ha convertido en el modo más habitual de denominarla.

Desde el comienzo, Winnicott enfatiza el hecho de que alcanzar «la posición depresiva» en el desarrollo emocional implica un logro y es absolutamente «normal», entendiendo por este término que su adquisición forma parte del desarrollo saludable de todo individuo. Lo compara con conceptos caros para él como para Freud: Edipo, narcisismo primario o dependencia absoluta. Pensaba que la idea de

⁸¹ «El término posición depresiva es engañoso. El término posición histórica representa mejor lo que es normativo en el logro de esa organización psicológica» (Ogden, 1986, p. 71). (Véase Ogden, 1989 o 1992).

⁸² Queremos distinguir dos tipos de temporalidad en Winnicott en función de grados progresivos de discriminación: por una parte, aparecería la temporalidad vinculada al «estar siendo», *going on being*, que tendemos a pensar como más cercana al concepto bergsoniano de *durée* (véase Paineira, 2007). Por otra parte, estaría la temporalidad histórica, que supone la discriminación entre pasado, presente y futuro, y que es la que nos dará gran parte de la dramática de la adquisición de la capacidad de preocupación por el otro.

posición depresiva que Klein propone poseía el mismo nivel de hallazgo clínico-conceptual que el Edipo freudiano y —aunque no lo ha dicho— que sus contribuciones sobre el desarrollo temprano.

Winnicott deja claro en sus textos, desde el principio, que diferencia la «posición depresiva» de la depresión clínica. Con respecto a esto habría que hacer dos afirmaciones que serán las limitaciones del terreno que nos ocupa. En primer lugar, el atravesamiento de la posición depresiva no implica *per se* (necesariamente) una depresión clínica. En segundo lugar —y ésta tal vez sea la afirmación más propia del autor, o en la que pone mayor énfasis en su época—, no toda depresión clínica remite a la posición depresiva como núcleo conceptual explicativo puesto que puede tener diferentes fuentes u orígenes y, por tanto, diversas cualidades. Winnicott realiza una distinción dentro de las depresiones clínicas. Por un lado, tendríamos aquellas que están relacionadas con la posición depresiva, y por otro, aquellas que están asociadas más a la despersonalización y el desamparo en referencia a las relaciones de objeto; o, como afirma el propio Winnicott, «con el sentimiento de futilidad que resulta del desarrollo de un falso *self*. Este fenómeno pertenece a una era anterior a la posición depresiva en el desarrollo individual» (1954-55, p. 272) (Véase Winnicott, 1958c). También alude a esta última muchas veces como depresión esquizoide⁸³. En otro texto, de enorme interés clínico, habla de las «impurezas» de la depresión para referirse al grupo de las depresiones esquizoides o de despersonalización que acabamos de mencionar (1963) (véanse 1986b, 1965k).

Es importante también, desde el comienzo, dejar claro que para Winnicott el *holding* como tal, el sostén, no termina con el desarrollo temprano, sino que tiene especificidades propias en los diferentes momentos del desarrollo. Podremos apreciar que aquí el comportamiento del otro (en sentido amplio), su respuesta a los movimientos, propuestas o «gestos» del niño, sigue siendo fuertemente estructurante (determinante) a la hora de su desarrollo y consolidación. O sea, que la posición depresiva como parte del crecimiento personal

⁸³ Hoy en día esta diferencia nos resulta más clara gracias a todos los desarrollos e investigaciones posteriores sobre la depresión. Desde las «depresiones blancas» de la escuela francesa, la «depresión vital» de Marty, las «depresiones esquizoides» trabajadas por Guntrip o, más próxima a nosotros, la «depresión narcisista» de Bleichmar, todos estos autores, y muchos más, cada uno a su manera, comprendieron el origen y la clínica de ciertas depresiones sin vinculación a los sentimientos de culpa y su cortejo como eje central.

implica un proceso que requiere que un ambiente —madre— lo sostenga. (Véase Winnicott, 1958c)

Para que el niño atraviese la posición depresiva tiene que haberse constituido como una persona total que se relaciona con personas totales. Es decir, haber alcanzado cierto estatus de unidad y de discriminación yo-no yo⁸⁴.

Winnicott pondrá el acento, en primer lugar, en las precondiciones necesarias para que un destete sea un destete, o lo que es lo mismo, para que un destete como situación concreta se convierta en modelo o paradigma conceptual. El destete como concepto ha sido muy a menudo confundido con la situación concreta del desarrollo y, por lo tanto, se le ha asignado una univocidad de sentido y de proceso que no le es consustancial. Winnicott afirma, pues, que para que en el «destete» se ponga en juego lo que supone la posición depresiva es necesario que hayan sido negociados satisfactoriamente momentos anteriores del desarrollo. Ya en su texto de 1951-53 sobre «objetos y fenómenos transicionales» (Véase Winnicott, 1958e o 1971c) sostenía que la negociación satisfactoria de la (del campo) ilusión-desilusión y la constitución de la transicionalidad eran condiciones necesarias de que el destete implique lo que implica. Hemos visto en el capítulo anterior (capítulo 3) que la consolidación en primer lugar de la ilusión y la gradual desilusión son momentos necesarios para comenzar a construir la diferenciación yo-no yo de modo que sea asimilable para el *infans*.

En el texto de 1954-55 al que nos venimos refiriendo (Winnicott, 1958e o 1971c), Winnicott acentúa otra dimensión o línea de desarrollo: lo que llamará el paso de la pre-compasión [*pre-ruth*] o crueldad a la compasión [*ruth*] o *concern*, es decir, preocupación por el otro. Hemos mantenido la expresión «crueldad» porque es así como suele ser traducido en las ediciones en español, el término inglés *ruthless* significa literalmente «sin-compasión» o «sin-piedad»⁸⁵. Vemos que todos estos términos giran en torno a *ruth*, que puede ser traducido por compasión o

⁸⁴ «El resultado de un proceso saludable en el desarrollo del *infans* durante esta fase es que alcanza lo que podemos llamar un “estatus de unidad”. El *infans* se convierte en una persona, un individuo con sus propios derechos» (1960, p. 44). (Véase Winnicott, 1965m).

⁸⁵ Nos gustaría aclarar que la idea de «crueldad» [*ruthless*], perteneciente al momento de *pre-ruth* (pre-compasión), implica en Winnicott la ausencia de intencionalidad agresiva en la medida en que no hay un reconocimiento como tal del otro como otro. Sólo retroactivamente, a partir de los comienzos de instalación de la posición depresiva y de la culpa, quedarán dichas acciones marcadas de intencionalidad.

piedad. Por supuesto que estos términos están llenos para todos nosotros de resonancias de nuestra tradición judeocristiana. Lo que nos gustaría enfatizar aquí es el elemento común que los caracteriza: es algo que nos (se) vincula al otro como otro, a su *pathos*, a su padecer. Lo que resaltaré la posición depresiva (Véase Winnicott, 1958c) es nuestra responsabilidad en relación a ese padecer, a ese dolor, sobre todo en las situaciones en las que esté relacionado con algo que hemos hecho o imaginado hacer, con algún tipo de deseo que nos es propio. Es la capacidad de poder sentir ese dolor ajeno como propio, sin apropiármelo. Es el dolor que me causa el dolor ajeno⁸⁶, en sus diferentes grados de ajenidad y, mejor aún, el dolor que me causa haber causado (real o imaginariamente) ese dolor.

Para dar cuenta de este paso Winnicott distinguirá entre «madre medio-ambiente» y «madre objeto», dos funciones de la madre que se integran en este proceso. Por «madre medio-ambiente» (Véase Winnicott, 1965m, 1965l) entiende a la madre que se ha adaptado a las necesidades del *infans*, que ha cuidado de él y que está vinculada, fundamentalmente, a las «necesidades del yo». Es la madre de los estados de calma del niño. Por «madre objeto» Winnicott entiende la madre que ha sido objeto de las pulsiones del niño, de los estados excitados. La integración de la madre supone aceptar que la madre amada en los estados de calma es la misma que la madre «atacada» en los momentos de excitación. El pasar de la «crueldad primitiva» a este momento supondrá sacar las consecuencias de los efectos de nuestras acciones como consecuencia de la integración en varias dimensiones: al haberse transformado el *infans* en una persona total puede identificarse con esta madre, también total, que ha sido atacada sin-compasión en los momentos de excitación; al haber integrado las nociones temporales y su propio *self* puede establecer relaciones allí donde antes había meras sucesiones (discontinuas). Al relacionar algo presente y algo pasado, se establece una causalidad vinculada a su propio deseo. La responsabilidad sobre los efectos de los deseos propios será otra dimensión de este mismo fenómeno o logro.

Para comprender este fenómeno, Winnicott recurre, como hace en muchas otras ocasiones, a establecer una secuencia y analizarla. Esta secuencia es algo que tendrá que ocurrir una y otra vez, día tras día, en el proceso de crianza, para que lo que se ponga en juego se vaya estableciendo y consolidando. La secuencia que toma como modelo es la

⁸⁶ Alfredo Paineira (2007) ha trabajado y descrito muy bien este momento. (Véase Paineira, 2007)

de la alimentación. Sostiene que para que lo que describe tenga sentido es necesario que la experiencia pulsional vaya en concordancia con los procesos del yo, es decir, que el ambiente sea suficientemente bueno, que no hayan dominado las intrusiones del medio generando reacciones en el *infans*. Si lo que domina son las reacciones del *infans* a las intrusiones del medio estaríamos en los trastornos del desarrollo temprano que, como tal, suponen que no se han dado las precondiciones para que este momento evolutivo se desarrolle en todas sus dimensiones.

El *infans*, sostiene Winnicott, llevado por lo que denomina «instintos crudos [rudimentarios]» (1954 y 1963) (Véase Winnicott, 1958b, c y 1965k), se dirige al objeto materno en búsqueda de alivio y satisfacción. En este dirigirse lo «ataca», es decir, se nutre de él (pecho), ejerce su erotismo muscular y también, por supuesto, satisface su erotismo oral. La reiterada supervivencia del objeto (de la madre-objeto) a estos «ataques» del *infans* excitado —éste es el énfasis de Winnicott— permite que el *infans*, una vez calmada la excitación, se reencuentre nuevamente con la madre medio-ambiente que lo acoge, afectada —posibilitando de esta manera que el *infans* sienta su potencia—, pero viva, disponible y no retaliativa —lo que a su vez permite que el *infans* se alivie en cuanto a su sentimiento de omnipotencia y de destrucción del objeto. Esto significa que la madre está allí, disponible, anoticiándose de lo ocurrido pero «sin retaliación», sin venganza: la madre no lo ataca ni se repliega, no se aleja emocionalmente sino que sigue presente en su presencia. Ella está ahí para recoger el estado calmo del niño y su gesto reparatorio. Aquí, para Winnicott, ocurren al menos dos cosas: una es que el *infans* comienza a darse cuenta, como hemos descrito, de la «identidad» entre la madre que es atacada en los momentos de excitación y la madre que es amada en las fases tranquilas. La supervivencia de la madre, su sostén [*holding*] en el tiempo, que consiste en seguir allí no vengativamente (ni atacar ni replegarse), es el eje que permite el desarrollo de la secuencia y, por tanto, el articulador central de la integración. Por otro lado, Winnicott sostiene que aún no hay una clara distinción entre realidad y fantasía, entre lo que realmente ocurrió y lo que se deseó y que es también en esta fase en la que comienza el *infans* a reconocer esta diferencia que se puede articular asimismo gracias a la supervivencia de la madre. Esta presencia receptiva de la madre después de haber sido atacada deja constatar que la realidad resiste a la fantasía y el *infans* comienza a aceptar que sus «ideas y fantasías están relacionadas con los hechos pero que no deben ser confundidos con ellos» (1954) (Véase Winnicott, 1958b y c). Winnicott hace girar la escena en torno a la respuesta del objeto a los ataques del

niño, en esta idea central de que la madre sobrevive, sigue allí como medio ambiente que cuida después de haber sido atacada. La dimensión intersubjetiva de este momento del desarrollo, como en los anteriores, es central, como vemos, para comprender el destino de la estructuración de lo psíquico.

El logro del estatuto de unidad, de un interior separado de un exterior, de la constitución de una membrana que delimita dicha diferencia, es el fruto de la integración exitosa. Como dice Winnicott en diferentes momentos, el *infans* se ha convertido en una persona total que se relaciona con otra persona total.

En este contexto, podemos incluir también la siguiente reflexión de Ogden:

Quando uno llega a ser capaz de vivirse a sí mismo como sujeto, al mismo tiempo (a través de la proyección y de la identificación) se es capaz de vivir a los «objetos» de uno mismo como si fueran también sujetos. Es decir, se considera que las demás personas están vivas y son capaces de pensar y de sentir del mismo modo que uno se vive a sí mismo como poseedor de sus propios pensamientos y sentimientos (1989). (Véase Ogden, 1989 o 1992).

Estamos, pues, en el mundo de las relaciones de objeto totales o en la construcción de la intersubjetividad propiamente dicha o en sentido restringido. Diferenciamos entre intersubjetividad en sentido amplio, aplicable también al desarrollo temprano —aunque allí no tiene cabida aún en la experiencia del *infans* dicha intersubjetividad⁸⁷— de aquella intersubjetividad propiamente dicha, que se va construyendo progresivamente y que en este momento de descubrimiento de la alteridad cobra sentido pleno. El texto que acabamos de citar de Ogden alude a ello: hay otra mente, otro interior, otro centro de pensamientos y deseos, en síntesis, otro sujeto. Por ello algunos autores como Bollas han planteado hablar de «relación de sujetos» (Bollas, 1989) concepto que capta muy bien un aspecto de lo que forma parte del logro de este momento del desarrollo. Esto permite que el *infans* comience a tener fantasías sobre su propio interior así como sobre el interior del objeto, lo que genera, sostiene Winnicott, dos tipos de angustias: una vinculada al objeto y otra vinculada a interior del *self* (del sí mismo). El paso del

⁸⁷ En el desarrollo temprano no es menos evidente su presencia, otro modo de decir que el *infans* solo no existe, pero no forma parte de la experiencia como tal.

momento excitado al momento calmo se registra como cambio tanto en el objeto como en el *self*, gracias a la integración temporal que se va desarrollando, ya que la experiencia de que algo cambia presupone dicha integración: hay un antes y un ahora (o un después) que están relacionados a través de una experiencia y una acción. En cuanto a la ansiedad vinculada al objeto, Winnicott piensa que podría describirse como que el *infans* siente que allí donde antes había un cuerpo lleno de riquezas ahora hay un «agujero» y que dicho «agujero» en el objeto está relacionado con su hacer. Comienza a esbozarse la noción de daño infligido al objeto y las angustias asociadas a ello, fundamentalmente, como novedad, la pérdida del objeto amado como Klein había señalado una y otra vez —y no la persecución. En cuanto a las angustias vinculadas al propio *self*, aparece, como efecto de la integración y la ambivalencia, básicamente, el sentimiento de culpabilidad, de haber dañado. Junto a él se va construyendo la confianza en la capacidad de reparar, de generar experiencias constructivas, en una secuencia que describiremos a continuación y que, nuevamente, tendrá la respuesta del objeto como articulador central.

Winnicott dice:

El *infans*, que es bendecido con una madre que sobrevive, una madre que reconoce un gesto de don cuando es realizado, está ahora en una posición que le permita hacer algo con el agujero, el agujero en el cuerpo o en el pecho, imaginativamente realizado en el momento instintivo original. Aquí vienen los términos como reparación y restitución [...]. El gesto de don puede alcanzar el agujero *si la madre juega su parte*. Pueden ver porque he insistido en la importancia en de que la madre sostenga [*holding*] la situación en el tiempo [la cursiva es nuestra] (1954). (Véase Winnicott, 1958b, c)

La capacidad del adulto de sostener en el tiempo la experiencia, de permitir que se desarrolle en su totalidad, es un elemento central para su consolidación porque genera la oportunidad de reparar. La reiteración de dichas experiencias culminadas (totalizadas) permitirá que este sostén [*holding*] materno sea progresivamente asimilado y se convierta en una suerte de ambiente interno.

Aquí aparecen las lógicas del círculo benigno y maligno. La capacidad de la madre de sobrevivir al momento de excitación pulsional, a los elementos agresivos del amor primitivo, es, como hemos dicho, el articulador central de esta dramática: siguiendo aún allí, presente

emocionalmente, para comprender y acoger el gesto de don, el gesto reparador, permite que el *infans*/niño se haga responsable de su propia fantasía y pueda, simultáneamente, diferenciarla de lo realmente acontecido —facilitando la renuncia aliviadora a la omnipotencia. Lo que Winnicott denomina círculo benigno consiste, muy esquemáticamente, en la siguiente secuencia:

Gradualmente, como el *infans* descubre que la madre sobrevive y acepta el gesto reparador, entonces el *infans* se vuelve capaz de aceptar la responsabilidad de la fantasía total del impulso instintivo que previamente era crueldad. La crueldad [*ruthlessness*] da lugar a la compasión [*ruth*], la falta de preocupación [*unconcern*] a la preocupación por el otro [*concern*] (1958, p. 23). (Véase Winnicott, 1958 b y c, 1965h).

El orden lógico —o temporal— de la secuencia es impreciso, pero su dramática es clara: para que la madre acepte el gesto reparador después de haber sido atacada es necesario que el *infans* tenga al menos una «débil percepción» (1954) (Véase Winnicott, 1958b y c) de los efectos de su acción, de lo que Winnicott llamó el «agujero»; pero, a su vez, sin la participación de la madre, tanto sobreviviendo a los ataques como acogiendo el gesto de don del hijo, es difícil que éste pueda volverse capaz de aceptar la responsabilidad de lo que ha puesto en juego. En muchas ocasiones, Winnicott enfatiza que la capacidad de entrar en contacto con nuestra agresividad o capacidad de dañar es sólo tolerable cuando comenzamos a tener cierta experiencia de nuestra capacidad de reparar, es decir, cuando podemos comenzar a sentir que el amor es más poderoso que el odio, no ya omnipotentemente sino como potencia amorosa o lo que es lo mismo, con el registro, también, de la limitaciones del acto reparador y de la no desaparición mágica del dolor. Eso significa que se puede tolerar la preocupación [*concern*] y adquirir la convicción-reconocimiento de que con tiempo, «algo podemos hacer con el agujero [...]». El instinto deviene más libre y podemos tomar más riesgos» (1954, pp. 270-271) (Véase Winnicott, 1958b y c). La progresiva confianza en nuestra capacidad de reparar —de amar— hace que sea más tolerable la ambivalencia y menos necesario defenderse de ella, ya que confiamos en que podremos hacer algo con sus efectos. Cuando se rompe el círculo benigno, cuando el *holding* materno no es «un hecho», esto se traduce en una «inhibición y empobrecimiento general» y en una «pérdida de capacidad para el sentimiento de culpa» (1954, p. 271) (Véase Winnicott, 1958b y c). Cuando el círculo benigno falla en alguno de sus

momentos —fundamentalmente, para Winnicott, en la respuesta del otro, por los motivos que sean, entre los cuales podemos pensar como ejemplo paradigmático la depresión materna pero también otros estados emocionales de la madre que la hacen ausentarse incluso estando presente—, lo que denomina «círculo maligno» tiene como resultado la alteración del desarrollo de la capacidad para sentir culpa y en su reemplazo «por la inhibición del instinto o alguna otra forma de mecanismo de defensa primitivo, tal y como la escisión [*splitting*] del objeto en bueno y malo, etc.» (Winnicott, 1958c, p. 24 y 1965h).

Otro elemento que nos gustaría volver a resaltar es lo que Winnicott llama «potencia» [*potency*] y que está claramente diferenciado de omnipotencia. Con respecto a este tema afirma lo siguiente:

Durante un tiempo el niño pequeño necesita a alguien que no sólo sea amado sino que también *accepte su potencia* (sea niño o niña) en términos de dones reparadores y restitutivos. En otras palabras, el niño pequeño debe tener la oportunidad de ponerse en relación con el sentimiento de culpa que pertenece a la experiencia instintiva, porque éste es un modo de crecer. Aquí la dependencia es de alto nivel pero no es la dependencia de las fases tempranas [la cursiva es nuestra] (1954, p. 271). (Véase Winnicott, 1958b y c).

Para Winnicott todo este movimiento que acabamos de describir da origen a lo que denomina «culpa verdadera» para distinguirla de la «culpa implantada» (1954) (Véase Winnicott, 1958b y c), o «código moral implantado» (1958) (Winnicott, 1958b y c, o 1965h) o culpabilización. Por culpa auténtica, entiende Winnicott, «al menos teóricamente, que todo niño tiene el potencial para el desarrollo del sentimiento de culpa [...] Clínicamente descubrimos un sentimiento personal de culpa si le es dada la oportunidad [...]» (1954, p. 270) (Véase Winnicott, 1958b y c). O sea, nada garantiza su desarrollo, ya que, como hemos dicho, es un logro evolutivo que está íntimamente vinculado a las condiciones suficientemente buenas de la crianza que hemos descrito previamente. Esta «fuente personal de culpa», saludable, sostiene Winnicott, «no necesita ser enseñada» (1954, p. 270) (Véase Winnicott, 1958b y c), es más, no puede serlo. Por otro lado, la culpa implantada «es falsa para el *self*», es decir, no está enraizada en la integración propia de la posición depresiva, sino que es el producto de un regulador «externo» de la

conducta⁸⁸. Estamos aquí en un asunto extremadamente delicado y enormemente atractivo: el desarrollo de las bases psicológicas de la moral. Sólo haremos una breve referencia al mismo⁸⁹.

Winnicott explica en el siguiente texto:

No hay duda de que siempre estarán aquellos que por naturaleza y aprendizaje [*nurture*] prefieren implantar morales, igual que también están aquellos que por naturaleza y aprendizaje [*nurtura*] prefieren esperar, y tal vez esperar mucho, para desarrollos naturales. [...]. En estas cuestiones la respuesta es siempre de que *ganaremos más del amor que de la educación*. El amor aquí significa la totalidad del cuidado del *infans* —y del niño— que facilita el proceso madurativo. La educación significa sanciones y la implantación de valores parentales o sociales *independientemente* de la maduración y crecimiento interno del niño (1963c, p. 97). (Winnicott, 1965g).

En el desarrollo patológico, sostiene Paineira, «la culpa no nace naturalmente y es reemplazada por la culpabilización, ligada siempre al objeto censor introyectado y no al propio *self* como fuente tanto de la intención agresiva como del reconocimiento de ésta» (2007) (Véase Paineira, 2007). La culpabilización es un movimiento que va de fuera hacia adentro y que dificulta, y a veces obtura, la posibilidad del desarrollo de un sentimiento de culpa auténtico (Liberman, 2008). La culpabilización o culpa implantada es el resultado de un fracaso en la constitución de la posición depresiva. Frente a esta crítica winnicottiana de los códigos morales implantados, Grolnick (1990) se plantea que Winnicott mismo podría ser criticado al oponer a la «maldad» constitutiva del bebé kleiniano la «inocencia» no menos básica de «su» bebé. Aquí topamos, una vez más, con las raíces de antropología filosófica con las que están comprometidos los diferentes autores. Por otro lado, nos encontramos asimismo con el problema de la adquisición de los valores sociales (grupales, familiares, etc.) que se articulan con este

⁸⁸ Estas reflexiones de Winnicott se podrían comparar tanto con la «angustia social» de Freud como con la «culpa persecutoria» de León Grinberg. En ambos casos la reacción culposa no está relacionada con el dolor que me produce el haber dañado a un ser querido —amado— y, por tanto, estando simultáneamente identificado a este ser (o a elementos vinculados, por efecto de la despersonalización propio del desarrollo del superyó, a los valores, ideales y normas que están en juego), sino que la «culpa» proviene del castigo potencial, de la condena de los otros o del temor a la venganza.

⁸⁹ Invitamos aquí al lector, nuevamente, a leer el libro de Alfredo Paineira (2007), así como el de Simón Grolnick (1990).

sentimiento de «culpa verdadero» y se plantea el problema de su transmisión de una generación a otra. Partiendo de cierta coincidencia con Richard Rorty, quien trata desde la filosofía pragmática de desvincular los conceptos de valor y verdad y articular, en la tradición de dicha filosofía, valor y creencia, podemos tomar como nuestra la siguiente reflexión de Alfredo Paineira:

Surge así, en un determinado momento, instalado un sentimiento de confianza, *la capacidad de creer en...*, momento en el cuál es oportuno que los padres presenten el Dios de la familia (el sistema de creencias de la familia) otorgándole al niño el derecho de hacerlo suyo, o de rechazarlo, porque código y creencias deben presentarse sin violencia y sin el afán «pedagógico» de imponerlo a cualquier precio (cit Paineira, 2007, p. 90).

Esta cita de Paineira apunta también al pensamiento de Winnicott: nos sirve para mostrar cómo en éste también había una fuerte convicción de la necesidad de que los padres transmitan sus valores, su «moral» o sus creencias en un sentido amplio. El acento está puesto en que esto venga a enraizarse en una experiencia de culpa auténtica que, como tal, no puede enseñarse, sino que los padres deben facilitar las condiciones para que el *infans* pueda alcanzar ese sentimiento.

Nos gustaría volver sobre la articulación que realiza Winnicott entre destrucción y experiencia constructiva. Sostiene en reiteradas ocasiones que los seres humanos no pueden aceptar su destructividad a menos que comiencen a tener evidencias de que pueden también generar experiencias constructivas y que hay un ambiente que está dispuesto a aceptar esos dones. Esta observación de Winnicott tiene un enorme interés a la hora de trabajar estos asuntos en la clínica:

Las experiencias constructivas y creativas hacen posible que el niño se haga cargo de la experiencia de su destructividad. [...]. La capacidad de preocuparse por el otro [*concern*] no es sólo un nódulo madurativo, sino que depende para su existencia de un ambiente emocional que haya sido suficientemente bueno a lo largo de un periodo de tiempo (1963b). (Véase Winnicott, 1965k y 2007c).

Hemos referido en el capítulo primero un episodio en el que Winnicott, con tres años, rompe el rostro de la muñeca de una de sus hermanas, y que el padre utilizaba para «meterse con él» en tono de burla. Esta escena tal vez ilustre, en otro momento del desarrollo que

hemos tomado como referencia, esto último que venimos sosteniendo. Winnicott comenta: « [...] Así pues, yo sabía que tenía que destrozarse aquella muñeca y gran parte de mi vida se basó en el hecho indiscutible de que yo había cometido *realmente* ese acto, sin haberme conformado con desearlo y proyectarlo» (cit. por Clare Winnicott, 1989). Su padre repara el rostro de Rosie, la muñeca dañada y Winnicott escribe: «Aquella primera demostración del acto de restitución y reparación me impresionó, ciertamente y tal vez me hizo aceptar el hecho de que yo, un lindo chico inocente, me había vuelto efectivamente violento, de manera directa con la muñeca e indirecta con aquel padre de buen talante que comenzaba a penetrar entonces en mi vida consciente» (cit. por Clare Winnicott, 1989).

Nos gustaría concluir este capítulo afirmando que si la posición depresiva tiene como condición de ingreso central el descubrimiento de la alteridad, presente en toda la dramática del reconocimiento de la dependencia, de la ambivalencia y de la culpa que hemos descrito, pensamos que tiene como condición de egreso, para seguir con esta imagen, la consolidación del sentimiento —orientado hacia el futuro— de preocupación por el otro y de responsabilidad.



EL USO DE UN OBJETO LA CREACIÓN DE LA REALIDAD COMPARTIDA

Por Augusto Abello Blanco

La creatividad es, pues, la conservación durante toda la vida de algo que en rigor pertenece a la experiencia infantil: la capacidad de crear el mundo. Para el bebé no es difícil...

Winnicott

En 1968 Winnicott escribe algo enigmático: «Para la mayor parte de las personas, el mayor elogio es ser descubierto y utilizado»⁹⁰ (1968a, p. 136). (Véase Winnicott, 1991a, b o d)

Bajo el título de este capítulo, «El uso de un objeto», se presenta una idea central que queda recogida en varios trabajos⁹¹ de Winnicott y que, en palabras de su segunda mujer, Clare, representan «el desarrollo último de sus teorías» (Véase Clare Winnicott, 1989).

⁹⁰ Y en otro texto leemos: «Elegí examinar la palabra “uso”, pues quiero ver qué es lo que quise decir, cuando al término de una conferencia pública declaré: “Y quizás el mayor cumplido que puede hacérsenos es que somos a la vez encontrados y usados”» (1968b) (Véase Winnicott, 1991d). La diferente traducción de la misma idea puede corresponder a que en un caso es pronunciada al final de una conferencia y en el otro forma parte de un trabajo escrito a partir de esa misma conferencia.

⁹¹ Nos referimos especialmente a: «El uso de un objeto y el relacionarse por medio de identificaciones»; «Un sueño de DWW vinculado con la reseña de un libro de Jung»; «El uso de la palabra “uso”» (Winnicott, 1991d); «Ejemplo clínico de “El uso de un objeto”» (Winnicott, 1991b); «Comentarios sobre mi artículo “El uso de un objeto”» (Winnicott, 1991a); «El uso de un objeto en el contexto de *Moisés y la religión monoteísta*» (Winnicott, 1991e) (todos estos textos están recogidos en *Exploraciones psicoanalíticas I*, 1991); «El lugar de la monarquía», en *El hogar, nuestro punto de partida*, 1994; y «Comunicación del bebé con la madre y de la madre con el bebé: comparación y contrastes», en *Los bebés y sus madres*, 1990 (Véase Winnicott, 1990a). El artículo central, «El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones» (Winnicott, 1992), se ha publicado —con leves diferencias— en *Exploraciones Psicoanalíticas I* y en *Realidad y Juego*, este último publicado en 1971, tras su fallecimiento.

El inicio de la difusión pública del tema fue bastante accidentado. Si bien las primeras anotaciones explícitas al respecto son de 1965, será a partir de 1968 cuando se despliega en su totalidad. En ese año, el 12 de noviembre, Winnicott lee en la Sociedad Psicoanalítica de Nueva York un trabajo sobre el tema del *uso de un objeto*, trabajo que será publicado un año más tarde en el *International Journal of Psycho-Analysis* (volumen 50). La recepción de dicho trabajo por parte de los analistas de Nueva York no fue nada buena, y más bien debemos decir que el desencuentro entre el ponente, los comentadores y el auditorio marcó el acto⁹².

Pensamos que —al menos en parte—, a causa del mal momento vivido en Nueva York, Winnicott escribirá, a partir de ese desencuentro, una serie de artículos con afán de clarificación en torno al tema en cuestión. Lo hace con un artículo central, claro, pero lo vuelve a tomar en varias ocasiones con aplicaciones a campos diversos⁹³, como veremos.

Como ocurre otras veces, Winnicott nos advierte que buena parte de esta idea proviene del campo de su trabajo clínico y que podemos pensar el tema a partir de movimientos en la transferencia que ha observado en determinados tratamientos.

La idea que nos propone invita a repensar el lugar del analista, al menos en el trabajo con ciertos pacientes, de manera radical y significativa. Así, en el inicio del artículo «El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones», leemos:

Me aterra pensar cuántos profundos cambios impedí o demoré en pacientes de cierta categoría de clasificación debido a mi necesidad de interpretar. Si sabemos esperar, el paciente llega a una comprensión en forma creadora y con inmenso

⁹² En 1969 (en «El uso de un objeto en el contexto de *Moisés y la religión monoteísta*») (Véase Winnicott, 1991e) reconoce: «Recientemente traté de dar vida a mis ideas en un artículo leído ante la Sociedad Psicoanalítica de Nueva York [...], pero por los trabajos de los comentaristas (Jacobsen, Ritvo y Fine) aprendí que en modo alguno me había expresado con claridad, de tal modo que esta idea, tal como fue entonces expuesta, resultó a la sazón inaceptable. He sometido dicho artículo a una revisión». De dicha revisión nace el trabajo central, de 1969, sobre este tema.

⁹³ Entre otras, la relación del bebé con la madre, la relación del bebé con el mundo distinto de sí, la relación del sujeto con las experiencias culturales, la relación del paciente con el analista, la relación de la ciudadanía con la monarquía como institución.

júbilo, y ahora disfruto de ese alborozo más de lo que solía gozar con el sentimiento de haber sido penetrante⁹⁴ (1969, p. 118). (Véase Winnicott, 1992).

Recordemos que éstas son las reflexiones de un analista que se encuentra al final de su carrera —y de su vida; tiene sesenta y nueve años— de los cuales casi cuarenta ha ejercido como psicoanalista, psiquiatra y pediatra. Un dato con alto valor simbólico: la última parte de la última conferencia pública de Winnicott —el 23 de octubre de 1970— está dedicada al tema del uso de un objeto⁹⁵ (cit Winnicott, 2007h).

Termina la idea antes reseñada con esta original reflexión: «Creo que, en lo fundamental, interpreto para que el paciente conozca los límites de mi comprensión. El principio es el de que él, y sólo él, conoce las respuestas» (1969, p. 118) (Véase Winnicott, 1992).. Y un poco más abajo expresa: «Pero [el psicoanálisis] no es un modo de vida. Todos abrigamos la esperanza de que nuestros pacientes terminen con nosotros y nos olviden, y *de que descubran que el vivir mismo es la terapia que tiene sentido*» [los corchetes y las cursivas son nuestras] (1969, p. 119). (Véase Winnicott, 1992).

Cuando nos referimos al uso de un objeto, estamos pensando —de manera significativa— en tres ámbitos: la relación del infante con sus progenitores, la relación analítica y la experiencia cultural. Parecen sólo *tres planos*, pero es evidente que la sumatoria —incluyendo los fenómenos de desplazamiento y proyección que los amplía y multiplica— reúne una parte fundamental de la vida de todo sujeto

La idea de poder usar —o utilizar— al objeto está estrechamente ligada a la posibilidad del sujeto de colocar al objeto por fuera de la zona de sus propios fenómenos subjetivos. Este pasaje será esencial para Winnicott en la construcción de un mundo que vaya más allá de la

⁹⁴ Se observará que hemos tomado la versión del capítulo central de 1969, «El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones» (Véase Winnicott, 1992), que aparece publicado en *Realidad y juego*, de 1971 (dicho artículo aparece también publicado —junto a los otros trabajos sobre el tema— en *Exploraciones psicoanalíticas I*, de 1991).

⁹⁵ Nos referimos a «La asistencia en internados como terapia» (1970, p. 228) (Winnicott, 2007h). En relación a niños deprivados e internados comenta: «[...] En tales periodos la tarea de ustedes no es curar los síntomas, predicar la moral u ofrecer sobornos, sino sobrevivir». Y termina su ponencia: «[...] La palabra clave no es tratamiento sino más bien supervivencia. Si ustedes sobreviven, el niño tiene posibilidad de crecer y transformarse en algo parecido a la persona que habría sido, si el derrumbe de su ambiente no hubiese acarreado el desastre» (p. 236). Ya veremos más adelante cómo estas ideas están vinculadas al tema que tratamos en este capítulo

omnipotencia primaria del sujeto. Salir de esa omnipotencia dará lugar a lo que —de manera quizás algo equívoca— Winnicott llamará el *objeto objetivo*; marcando diferencia con el primer objeto, que, para el sujeto, será siempre un *objeto subjetivo*.

Para que el uso del objeto pueda tener lugar, es «forzoso que sea real en el sentido de formar parte de la realidad compartida y no un manojo de proyecciones», y esto es así porque para Winnicott: «Esto es lo que constituye el mundo de diferencias entre la relación y el uso» (1969, p. 119). (Véase Winnicott, 1992).

Cuando más arriba dijimos que Winnicott habla de «pacientes de cierta categoría de clasificación» está haciendo referencia a pacientes fronterizos, a los que en el mismo artículo define como «aquellos pacientes cuyo núcleo de la perturbación es psicótico, pero que poseen una suficiente organización psiconeurótica» (1969, p. 118) (Véase Winnicott, 1992). Será en los tratamientos con estos pacientes en los que el uso del analista por parte del paciente se vuelva una empresa tan difícil como necesaria.

Como adelantamos, el movimiento psíquico que ahora presentamos ocupa varios planos, siendo su origen la relación temprana del bebé con su madre y llegando al vínculo que el paciente establece con su analista. Una vez más, encontramos el paralelismo y las conexiones que Winnicott traza entre desarrollo temprano y fenómenos clínicos.

En pos de aclaraciones terminológicas, diremos que Winnicott diferencia *uso del objeto* de *relación de objeto*. Para pensar en la primera debemos dar por sentada la relación de objeto. Todo lo relativo a las relaciones objetales ha sido exhaustivamente tratado por Klein y sus seguidores, de ahí que Winnicott necesite aclarar que lo que él propone con al idea de *uso de un objeto* es algo distinto y posterior a la constitución de la relación con el objeto y que no siempre se logra. Es más, este pasaje *de la relación al uso del objeto* no será algo que se produce de forma mecánica por el solo proceso de maduración. Veremos que deben darse ciertas condiciones concretas para que ello ocurra, condiciones inherentes a lo que el propio Winnicott ha llamado *ambiente facilitador*.

Se hace necesario recordar que, dentro del origen de los fenómenos transicionales, Winnicott plantea un momento en el que el bebé *crea* al objeto, al mismo objeto que estaba allí —el ambiente facilita las cosas *colocándolo* allí— para ser encontrado-creado. La lectura de ese momento representa una paradoja que no debe ser resuelta, ya que nunca le

preguntaremos al bebé si el objeto estaba allí o si ha sido creado por él. Esta escena, como sabemos, resume una idea de mucha importancia en la obra de Winnicott. Describe la importancia fundamental que tendrá el hecho de que la madre —suficientemente buena— sea capaz de organizar el mundo como para que el bebé —una y otra vez— se *encuentre* con el objeto (de su necesidad al principio) y sienta que así lo *crea*. De esta forma, nace la necesaria omnipotencia primaria del bebé, constitutiva del narcisismo primario y de fenómenos de gran envergadura: la capacidad de ilusión, la creatividad primaria, las condiciones para el despliegue de su espontaneidad, la capacidad de sentir esperanza, etc. (Para un recorrido más detallado sobre este aspecto, véase el capítulo 2).

Es en este momento, y por estos motivos, que la relación del bebé se establece con un *objeto subjetivo*. Una relación tan necesaria como condenada a modificarse a favor de dar paso al principio de realidad. El pasaje de la relación de objeto al uso del mismo, del *objeto subjetivo* al *objeto objetivo*, del narcisismo primario y su concomitante omnipotencia primaria al narcisismo secundario y a una omnipotencia moderada por el principio de realidad estará basado en la *destrucción*, concepto fundamental en la obra de Winnicott y desarrollado —junto al de agresión— a lo largo de toda su obra.

A modo de resumen, diremos que el objeto subjetivo debe ser *destruido* para que nazca en su lugar el objeto de una realidad compartida. La paradoja es que el objeto debe sobrevivir a la *destrucción* del sujeto para existir como *objeto objetivo*.

Se observan en este movimiento «dos estaciones y momentos centrales íntimamente relacionados y que se configuran recíprocamente: la destrucción fantaseada y la supervivencia del objeto. Es decir, hay supervivencia del objeto en la medida en que hemos fantaseado inconscientemente con destruirlo, y la destrucción cobra estatuto de fantasía en la medida en que el objeto sobrevive, entendiéndose por sobrevivir que no haya venganza, ni retaliativa ni por repliegue» (Lieberman y Abello, 2008).

La secuencia que describe Winnicott para transmitir esta idea, con un tono tan coloquial y dialogado como didáctico, es la siguiente:

El sujeto dice al objeto: «Te he destruido», y el objeto se encuentra ahí para recibir la comunicación. En adelante el sujeto dice: «Hola, objeto. Te he destruido. Te amo. Tienes valor para mí por haber sobrevivido a tu destrucción por mí. Mientras te amo, te destruyo constantemente en mi fantasía» (inconsciente) [paréntesis en el original] (1969, p. 121). (Véase Winnicott, 1992).

Gracias a la *supervivencia del objeto*, el sujeto se relacionará con el mundo exterior, con aquello diferente de sí y de su universo puramente subjetivo.

Vemos cómo Winnicott plantea la necesidad de *crear dos veces al objeto*, la primera vez será gracias al gesto de la madre y bajo la paradoja de que se tratará de un objeto creado-encontrado y subjetivo, y la segunda destruyendo al primero —en la fantasía— y accediendo así al *objeto objetivo*.

En este sentido, Winnicott se aleja de la teoría predominante en aquel momento, la kleiniana, que afirmaba que el objeto existía en tanto el sujeto proyectase sobre él partes de su propio mundo interno. Winnicott dirá al respecto: «[...] Los mecanismos proyectivos colaboran en el acto de percibir *qué hay ahí*, pero no son *la razón de que el objeto se encuentre ahí*» [cursivas en el original] (1969, p. 122). (Véase Winnicott, 1992).

Además de la diferencia recién expresada, esta idea de Winnicott plantea otra gran divergencia con la teoría psicoanalítica vigente en ese momento y cuyo origen remite a Freud.

Algunos comentarios sobre el tema de la agresión y del odio

Veamos, aunque sea someramente, algunas características de los marcos teóricos vigentes en el momento en que Winnicott desarrolla esta idea.

Recordemos que tanto Freud como Klein postulan, con diferencias importantes en sus conceptualizaciones, la existencia de la pulsión de muerte. Winnicott —junto con otros autores—, por el contrario, no

reconoce su existencia en ningún plano⁹⁶. En este sentido, en su artículo «Un modo personal de ver el aporte kleiniano», Winnicott escribió, refiriéndose a Freud: «Por ejemplo, puedo decir sencillamente que no encuentro ningún valor en su idea de un instinto de muerte» (1962). (Winnicott, 1965a).

Hasta ese momento, la teoría psicoanalítica defendía que la agresión del bebé —y del adulto, en diferentes proporciones— se podía comprender desde dos grandes postulados teóricos: por un lado, la agresión era uno de los resultados de la existencia de la pulsión de muerte y por lo tanto de una existencia inevitable; y por el otro, que la agresión era el resultado de la frustración emergente del choque temprano del sujeto con la realidad, más concretamente, de la frustración que proviene de la constatación de que el principio del placer no se ajusta al principio de realidad.

En palabras de Freud: «El odio⁹⁷ es, como relación con el objeto, más antiguo que el amor. Nace de la repulsa primitiva del mundo exterior emisor de estímulos, por parte del Yo narcisista. Como expresión de la reacción de displacer provocada por los objetos» (Freud, 1915b).

Winnicott va a invertir esta idea para sostener que la agresión, en su *dimensión destructiva*, será la que permite al sujeto funcionar con el principio de realidad, logro que facilita la aceptación de la realidad compartida.

La supervivencia del objeto

Dentro de una dinámica compleja, será la destrucción —de naturaleza inconsciente y fallida en la realidad de sus efectos, ya que no conseguirá sus objetivos— la que, junto a la supervivencia del objeto, haga aparecer frente al infante una realidad diferente de sí y compartida. En este sentido, la destrucción será la causa de la realidad objetiva o compartida, no su consecuencia. Ahora bien, hemos dicho más arriba

⁹⁶ Para un mayor recorrido en el tema de la pulsión de muerte y sus relaciones con la agresión desde la óptica de varios autores y teorías, recomendamos el valioso trabajo de Frank García-Castrillón Armengou, *La pulsión de muerte. Historia de una controversia*, 2010. (García Catrillón, 2010)

⁹⁷ Podemos decir, de forma resumida y con fines aclaratorios, que la agresión sería la acción exterior encaminada a manifestar ese odio en relación con —y en contra de— el objeto.

que este proceso requiere de un ambiente determinado, de ciertas condiciones concretas. Veamos de qué condiciones estamos hablando. Fundamentalmente nos referimos a que el objeto —pensemos, a favor de cuestiones expositivas, en la madre— reciba el gesto de su bebé —que inevitablemente incluye amor y odio— sin tomar represalias contra él, que logre sobrevivir y que no sea retaliativo, ni en el sentido activo, el acto vengativo manifiesto, ni en la forma, también retaliativa, de retirarse, de replegarse, alejándose del bebé⁹⁸.

Cuando antes mencionamos que «el objeto sobrevive», queremos decir que el objeto sobrevive literalmente, por supuesto, pero que —sobre todo— sobrevive sin ejercer la venganza. Y en el acto de sobrevivir sin tomar represalias, el objeto le transmite al sujeto un mensaje de extraordinaria importancia: ni tu fantasía destructiva, ni tu forma de amor primario (recordemos que en él aparecen las dimensiones amorosas y agresivas) acaban conmigo. Sobrevivo. Y lo hago sin necesidad —ni deseo— de vengarme, sin sentir un odio que requiera expresión y, por lo tanto, sin retaliación.

Debemos también señalar, y esto es importante, que cuando decimos que el objeto sobrevive no significa que sea invulnerable, no implica que el objeto no registre las acciones del infante y dentro de esas acciones los aspectos agresivos (como representa de manera clara el acto de morder el pecho cuando el bebé mama, por poner un ejemplo paradigmático). Claro que el objeto queda *tocado* por esos actos, manifiesta su dolor y se lo hace saber al infante. Damos por supuesto que son muchas las veces que se lo hace saber y a continuación le comunica que eso no le gusta y «que eso no se debe hacer». Si éste es el mensaje que la madre puede emitir, entonces ella misma empieza a existir por fuera de la omnipotencia del bebé, el mundo exterior comienza a ser posible, el bebé se alivia al comprender que sus fantasías de destrucción no se hacen realidad y queda moderada, en sus efectos, la omnipotencia primaria. Vemos también la ecuación que va teniendo lugar: reducir o moderar mi omnipotencia primaria a favor de la existencia de un objeto diferente de mí, de un objeto de la realidad compartida. En este sentido, podemos decir con Winnicott que esa realidad compartida muchas veces alivia. Siguiendo esta línea, podemos afirmar algo que puede sonar contradictorio: la destrucción real depende más del objeto que de las

⁹⁸ Estas mismas condiciones de la madre, y del entorno en general, serán las propicias para que el infante pueda desarrollar lo que Winnicott llama «el desarrollo de la capacidad para la preocupación por el otro». Véase su artículo, con igual título, de 1963.(Winnicott, 1965k o 2007c).

intenciones del sujeto. La intención fantaseada de destrucción en el bebé quedará marcada como tal, siempre y cuando el objeto no logre sobrevivir o cuando lo haga, pero de manera vengativa, tomando represalias. Esto marcaría la idea de una destrucción potencial, fundamentalmente de naturaleza inconsciente, diferenciada de una capacidad destructiva real, marcada por las *consecuencias en el objeto*. De todo esto se desprende una idea general de gran alcance: el prisma desde el que la destrucción debe entenderse es de naturaleza *relacional*, no individual.

Las diferentes reacciones del objeto tendrán consecuencias — también muy diferentes e importantes— en el desarrollo del sujeto. En la clínica nos encontraremos con los resultados de este movimiento temprano al observar las características del paciente en lo relativo a su forma de relacionarse con nosotros, sobre todo en su capacidad —o en la ausencia de ella— de hacer uso de nosotros en el sentido que estamos tratando de plantear, un uso que nada tiene que ver con la «explotación o abuso del analista» (1969, p. 126) (Véase Winnicott, 1992). En lo referente a esta cuestión, Winnicott plantea:

Muchos de nuestros pacientes se presentan con este problema ya resuelto: pueden usar los objetos, a nosotros y al análisis tal como usaron a sus padres y hermanos en el hogar. Pero existen muchos que necesitan que sepamos darles la capacidad de usarnos. Para ellos, ésa es la tarea analítica (1969, p. 126) (Véase Winnicott, 1992).

Podemos decir, además, que serán los pacientes más graves aquellos que más necesiten esta tarea, aquellos que, encerrados en su omnipotencia primaria, se vivan lejos del mundo compartido y disfruten menos de las inestimables ventajas que conlleva la relación con la exterioridad de los objetos. Parafraseando a Winnicott, podemos decir que la leche fantaseada puede ser rica y abundante, pero que la leche real tiene ventajas incuestionables, sobre todo a la hora de alimentarse.

En el artículo de 1969 ya citado (en *Realidad y juego*, 1971) (Véase Winnicott, 1992), fundamental en relación a este tema, Winnicott nos llama la atención sobre ciertos tratamientos con pacientes fronterizos en los que no se abordaría el núcleo más patológico, que el analista trataría «como si fuesen psiconeuróticos». En esos casos, el análisis funcionaría bien y todos estarían satisfechos. El único inconveniente que Winnicott

encuentra es que esos análisis ¡no acabarían nunca!⁹⁹ Creemos que esta breve observación hace referencia a aquella situación en la que el paciente quedaría dependiendo de la imagen que ese analista le devuelve. Sería una situación sostenida por la complicidad de ambos para mantenerse en la zona más subjetiva del paciente que muestra sólo una parte de sus aspectos psíquicos, los necesarios para tratar esa parte neurótica como un todo. Si el analista acompaña esta recortada presentación por parte del paciente sin intentar abrir otras zonas de trabajo, se estaría generando una situación en la que no sería razonable esperar cambios en la parte más grave del paciente. Y ese acompañamiento será posible toda vez que el paciente no haya sido capaz de situar a su analista por fuera de la zona de los fenómenos subjetivos y promover así la posibilidad de usar a su analista, y las intervenciones que él ofrezca. Es aquí cuando Winnicott insiste en que el analista tendrá que trabajar con este tipo de pacientes a favor de que se pueda desplegar en ellos la capacidad de usar a sus terapeutas, de situarlos más allá de su subjetividad. Para ello, recordemos, el paciente tendrá que poder conectarse con sus fantasías *destructivas* y el analista *sobrevivir* a ellas¹⁰⁰. Lo expresa de la siguiente forma:

Lo fundamental es la supervivencia del analista y que la técnica analítica se mantenga intacta. Imagínese cuán traumática puede resultar la muerte real del analista cuando se encuentra en proceso de desarrollo este tipo de trabajo. Pero incluso su muerte no es tan mala como la aparición en él de un cambio de actitud respecto de la represalia (1969, p. 124). (Winnicott, 1992).

Es interesante este apunte: la muerte real del analista no es algo estadísticamente probable, pero sí que es fácil que el analista modifique algo de su estar con el paciente —lo que Winnicott llama «cambio de

⁹⁹ Si duda, esta idea debe ser tomada en cuenta, entre otras, a la hora de reflexionar en torno al fenómeno de los *análisis interminables*.

¹⁰⁰ Hace años me fue relatada, por alguien muy cercano, una viñeta muy vinculada con este punto: después de ocho años del inicio de su análisis didáctico, un colega pasa de la tercera sesión semanal a la cuarta. En la última sesión de la semana y justo antes de pasar a cuatro le dice a su analista: «Y si ahora que pasamos a cuatro sesiones semanales —con el consiguiente incremento del vigor de la transferencia—, usted se muriere, ¿yo qué hago?». A la sesión siguiente el analista no se presentó debido a un acto fallido y que luego explicó con detalles. Creyó que el paciente no acudiría y fue él el que faltó a la cita. En esa sesión, además de disculparse con ahínco, el analista pudo reconocer —con franqueza y valor poco frecuentes en nuestro ámbito— que quizás había sido la fantasía de su propia muerte expresada por su paciente lo que había motivado —de manera inconsciente— el acto fallido que determinó su ausencia.

actitud»— en función de ciertos fenómenos clínicos; además y como sabemos, esos cambios pueden pasar desapercibidos para la conciencia del propio analista. Pensemos, a modo de ejemplo, una actitud de cierto alejamiento o de cierto enfado por parte del analista después de recibir de su paciente material crítico hacia él o de naturaleza hostil (véase *supra* nota 11).

Desde nuestro punto de vista, es el psicoanálisis relacional el que mejor ha estudiado, y sigue haciéndolo, este tipo de fenómenos. Creemos también que en el concepto de Winnicott antes expresado queda bien reflejada la idea del título de este libro en el que se postula al analista inglés como uno de los autores que comenzaron a pensar en claves relacionales nuestra disciplina.

Intuimos que, para muchos analistas, el trabajo con este tipo de pacientes, aquellos que no disponen de la capacidad de usar al objeto, puede incluir ciertas situaciones más o menos incómodas.

Si tomamos lo expuesto más arriba, podemos decir que no abordar las zonas más perturbadas de ciertos pacientes y trabajar con ellos con el errado supuesto, por incompleto, de que trabajamos en la zona de la neurosis, puede representar un trabajo menos complejo y menos difícil —contratransferencialmente hablando— que el supuesto en el que sí incluimos las zonas más patológicas¹⁰¹.

La otra cuestión que puede dar cierto confort narcisista al analista en casos como los que revisamos, es la opinión que leemos en otro trabajo de Winnicott:

¿No ocurre acaso que, antes del pasaje hacia el uso, el paciente (sujeto) protege al analista (objeto) de ser usado? En el caso extremo, el sujeto queda como un objeto ideal, o como un objeto idealizado, perfecto e inalcanzable (1968, p. 281). (Véase Winnicott, 1991d).

¹⁰¹ El lector encontrará en «Ejemplo clínico de “El uso de un objeto”» (1968) un ejemplo clínico que fue presentado en la citada conferencia de Winnicott en Nueva York, el 12 de noviembre de 1968. Se trata del caso de un paciente de cincuenta años con una sintomatología alrededor de la inhibición de la agresividad y se postulan como causas cuestiones tratadas en este trabajo. Nos dice del paciente: «[...] Debió adoptar el autocontrol de los impulsos en una edad muy temprana. Debió inhibir toda espontaneidad e impulso, no fuera que alguna partícula de impulso resultase destructiva. Esta inhibición masiva necesariamente involucró su gesto creativo, de manera tal que quedó inhibido y falto de agresividad y de creación». (Véase Winnicott, 1991b).

El rédito narcisista de ser percibido y tratado como un «objeto idealizado, perfecto e inalcanzable» no es pequeño.

El *paciente tipo* al que venimos haciendo referencia sería el que recorta su propio trabajo analítico con la finalidad de proteger a su analista de sus aspectos más agresivos o más perturbados.

Algunos comentarios sobre los conceptos de destrucción y agresión primaria en relación con el paradigma relacional

Veamos, con un poco más de detalle, a qué nos referimos cuando hablamos de *destrucción*, de *intención destructiva* y de *agresión primaria*.

A Winnicott le interesa el tema de la agresión, como ya hemos dicho, desde el inicio de sus escritos; por ejemplo, en 1939, casi treinta años antes de escribir «El uso de un objeto», publica «La agresión y sus raíces» (Winnicott, 2007g). Se trata de un trabajo influenciado por el modelo kleiniano vigente entonces, pero en el que podemos ver algunos rasgos precursores de lo que más tarde serán sus aportes originales, que lo alejarán del modelo de M. Klein. En el trabajo citado leemos:

El amor y el odio constituyen los dos principales elementos a partir de los cuales se elaboran todos los asuntos humanos. *Tanto el amor como el odio implican agresión*. La agresión, por otro lado, puede ser un síntoma del miedo [la cursiva es nuestra] (1939). (Winnicott, 2007g).

Podemos observar, desde este momento, la propuesta de pensar la agresión formando parte de cierto tipo de amor.

Para enfatizar la legalidad de la existencia de ambas corrientes recurre a un estilo casi poético y afirma: «[...] Todo el bien y el mal que se puede encontrar en el mundo de las relaciones humanas ha de encontrarse en el corazón del ser humano» (1939). (Winnicott, 2007g).

Algunas diferencias en relación al modelo kleiniano podemos observarlas cuando propone que «la conducta agresiva de los niños que llega a la atención de un maestro nunca es una cuestión de mero surgimiento de instintos agresivos primitivos. No es posible construir una teoría útil de la agresividad infantil partiendo de esa premisa falsa» (1939). (Winnicott, 2007g).

Para expresar sus divergencias con la idea de que la agresión es el obligado correlato de la frustración, pone un ejemplo ligado a sus ámbitos preferentes de observación y estudio: la pediatría y la clínica psicoanalítica, y comenta en relación a las ocasiones en las que el bebé muerde el pecho haciendo daño a la madre: «Lo corriente es que en el curso de doscientas o trescientas mamadas muerdan menos de una docena de veces. ¡Y muerden principalmente cuando están excitados y no cuando están frustrados!» (1939) (Winnicott, 2007g). De esta forma, enmarca aspectos cuantitativos —estima el fenómeno como un pequeño porcentaje del total— y, sobre todo, vincula la agresión con la excitación, más ligada al amor primario, a una sobrecarga vital, que a la frustración o a una intención hostil.

En cuanto a la idea de que no habría intencionalidad agresiva en muchas de las ocasiones en las que se pensaba lo contrario, Winnicott la relaciona ya con la vida intrauterina. El párrafo que citamos a continuación incluye de manera muy clara el modelo con el cual Winnicott plantea este tema:

Si observamos a un individuo para tratar de ver cómo surge en él la agresión, nos encontramos ante el hecho concreto del movimiento infantil. Éste comienza aun antes del nacimiento y se manifiesta no sólo en las vueltas que da el feto en el vientre materno, sino también en los movimientos más bruscos de sus extremidades, perceptibles para la madre. El feto —o el bebé recién nacido— mueve una parte de su cuerpo y, al moverla, choca con algo. Un observador podría decir que ha dado un golpe o puntapié, pero aquí falta el sentido esencial del acto de golpear o patear, porque el feto o el bebé recién nacido todavía no se han convertido en personas capaces de tener un motivo claro para una acción determinada (1939). (Winnicott, 2007g).

Winnicott defiende que, aunque al bebé le resulten placenteros sus movimientos incontrolados —erotismo muscular— y debido a ellos choque con lo que encuentre, ante los actos de berrear, gritar y patear no debemos hablar de un significado claramente agresivo porque «el bebé no está todavía bien organizado como persona» (1939) (Winnicott, 2007g). Creemos que queda claro cómo Winnicott distingue lo que puede ser adjudicado al bebé en términos de intención y lo que serán los sentidos y significados que los adultos otorgan a esos hechos observados. En ese doble escenario, gestos y lecturas de esos gestos, se jugarán cosas de extraordinario valor. De la interpretación que se haga desde el

entorno del bebé de esos *gestos espontáneos*, los primeros, dependerán cuestiones importantes en el desarrollo emocional del sujeto. En estas teorías late de manera evidente el carácter relacional que Winnicott imprime a las consecuencias internas que tendrán para todo sujeto las interacciones desde el mismo inicio de la vida.

Podemos pensar, y preguntarnos, aunque sea de paso, cuántas veces se habrá interpretado a pacientes, sobre todo en análisis con fuerte sesgo kleiniano, en términos de intención agresiva y especialmente en la transferencia, cuando había —y hay— muchas otras formas de pensar ese material que ese paciente llevaba a sesión. Siguiendo en esta línea, vemos cómo Winnicott opina que en las primeras etapas del bebé, junto al acto de mamar y alimentarse, existe un plus al que llama algunas veces *avidez* y otras *voracidad*¹⁰². Al respecto dirá: «La avidez es sinónimo de vida, de apetito, de excitación» y plantea diferencias entre ese concepto y el de *glotonería* (1936). (Véase Winnicott, 1999a).

Postula que ese plus es el resultado más claro de la fusión que existe entre el amor y el odio en esta etapa, la oral. Pero se trataría de algo más azaroso que buscado. En relación con ello, afirma lo siguiente:

[...] Hay una voracidad teórica, o amor-apetito primario, que puede ser cruel, dañino, peligroso, pero que lo es por azar. La finalidad del niño es la gratificación, la tranquilidad de cuerpo y espíritu. La gratificación trae paz, pero el niño percibe que al gratificarse pone en peligro lo que ama (1939). (Véase Winnicott, 2007g).

Estamos observando una etapa vitalmente importante en la que lo activo y «destrutivo» del bebé es, fundamentalmente, un signo de estar vivo y no representa nada relativo a la ira que genera la frustración ante el principio de realidad.

Será más adelante, cuando la integración del Yo del bebé esté mínimamente consolidada, cuando podamos adjudicarle intencionalidad y cuando nos sintamos autorizados a decir que ese golpe accidental antes descrito puede convertirse en un golpe dado con la intención de hacer daño. Serán esos mismos golpes tempranos y no intencionales los que —desde el comienzo— le permiten al bebé «descubrir el mundo exterior,

¹⁰² Aunque es frecuente que Winnicott utilice diferentes términos para un mismo concepto, quizás en este caso correspondan a dos formas de traducir el mismo término.

distinto de su *self*, y a empezar a relacionarse con los objetos externos» (1939) (Véase Winnicott, 2007g).

En ese mismo trabajo —de 1939—, hace ya distinciones clínicas importantes. Diferencia, por ejemplo, aquellos niños que pueden expresar con naturalidad sus mociones agresivas de aquellos que se verán obligados a inhibirla y en esa inhibición quedará también mutilada la creatividad, ya que ésta se nutre de «la irresponsabilidad de la infancia y la niñez y de un estilo abierto y espontáneo». Recordemos que el uso del objeto está vinculado a la expresión, por parte del sujeto, de su agresión y que usar el objeto incluye no caer bajo el imperio de la inhibición. Sabemos lo valioso que para Winnicott es todo lo vinculado con el gesto espontáneo y su expresión.

Winnicott nombra como *destrucción primitiva o mágica* el mecanismo que facilita que para los bebés los objetos cambien, pasen de ser *parte de mí* para convertirse en algo *distinto de mí*, transformándose de fenómenos subjetivos en percepciones objetivas. Y es allí donde también nos habla de los sueños como una alternativa más madura para la tramitación de las mociones agresivas. Plantea cómo el soñante destruye y mata en su fantasía, en su trabajo onírico. También desmenuza las características que esos sueños presentan, cómo pueden pensarse como precursores del juego y describe la actitud de la madre del pequeño soñante cuando se eleva su angustia al dormir. Lo que no dice de manera explícita, pero que está incluido en el texto, y directamente relacionado con el tema que nos ocupa, es que el soñante, al despertar, comprobará que nada de lo destruido durante el sueño ha sufrido daño alguno y que los objetos han sobrevivido permaneciendo intactos. Podemos pensar que esta constatación se incluye en las diversas formas en las que el infante regula el alcance de su omnipotencia primaria, de manera más evidente en aquellas ocasiones en las que el sueño exprese agresividad¹⁰³.

Volvamos a decir algo importante: los diversos caminos que puede seguir la tramitación de la agresión en cada sujeto serán, en buena medida, el resultado de *una relación*, la que se establece entre el entorno (ambiente) y el bebé. Serán esas condiciones relacionales —*facilitadoras*

¹⁰³ Estamos, una y otra vez, remitiéndonos a las tempranas etapas del desarrollo. Pero debemos recordar que toda descripción que planteamos es susceptible de generarse también en la edad adulta, así como los logros mencionados pueden perderse. En relación a este punto, recuerdo el relato de una mujer de treinta años que, tras soñar con la muerte de su padre y despertar muy angustiada en plena pesadilla, necesitó llamarle por teléfono y escuchar su voz, en plena madrugada, para completar el alivio que la realidad no terminaba de generarle con el simple hecho de despertar.

cuando *las cosas van bien*— las que decidan un uso de la agresión con sentido saludable, tal y como Winnicott propone¹⁰⁴.

En el trabajo de 1969, «El uso de un objeto en el contexto de *Moisés y la religión monoteísta*» (Véase Winnicott, 1991e), Winnicott da un paso más en términos conceptuales y postula la existencia de una moción que llamará de «amor-lucha». Un tema que no desarrollará. Se acerca el final de su vida y la enfermedad coronaria acecha; recordemos que muere en 1971. La idea esbozada sería que la moción primera —o pulsión— es algo que él llama «destrutividad», pero que también habría podido llamar pulsión de amor-lucha combinados. Esta unidad es primaria y aparece en el bebé según un proceso madurativo natural. El destino de esta unidad pulsional no podrá ser establecido sin referencia al comportamiento del entorno. La pulsión es potencialmente «destructora», aunque del comportamiento del objeto resultará que asuma o no esta característica. Por decirlo en palabras del propio Winnicott:

La moción es *potencialmente* «destructiva», pero que lo sea o no dependerá del objeto: ¿el objeto *sobrevive*, o sea, conserva su carácter, o *reacciona*? En el primer caso, no hay destrucción, o no mucha, y en un segundo momento el bebé puede percatarse (y, de hecho, gradualmente se percata) de un objeto investido al que se le suma la *fantasía* de haberlo destruido, herido, dañado o provocado (1969, p. 292). (Winnicott, 1991e).

Incluso en la vida adulta la agresión debe ocupar un lugar; Winnicott la llama la «agresividad madura» (1939) (Winnicott, 2007g) y la reivindica como formando parte de todas las relaciones y por ello propone que no debe ser «curada», sólo «observarse y permitirse».

Winnicott no se llamaba a engaño sobre los riesgos que esta posición, o una lectura ingenua de ella, implican; y refiriéndose a la agresión, aclara: «Si resulta inmanejable, nos hacemos a un lado y la ley resuelve la situación. La ley está aprendiendo a respetar la agresión adolescente, y el país cuenta con ella en tiempos de guerra» (1939)

¹⁰⁴ Como hemos dicho más arriba, hasta 1968 Winnicott no desarrollará con más detalle cómo se logra que en esa relación se establezcan las condiciones para que el infante pueda hacer uso de un objeto. Nos referimos a la conferencia ofrecida en Nueva York en noviembre de 1968 sobre el uso de un objeto, que luego se publica como artículo en 1969 (Véase Winnicott, 1991e).

(Winnicott, 2007g). La *agresión madura* debe ser reconocida y controlada. Sin ese reconocimiento tampoco el amor es completo ni verosímil; si no podemos dar cuenta de la corriente agresiva, su contraparte amorosa quedará deslegitimada o vivida como poco real o poco auténtica a los ojos de nuestro interlocutor.

Como posición opuesta a la idea de Winnicott tendríamos lo que él denomina «el sentimentalismo», situación que le genera verdadero rechazo y que define como aquella corriente afectiva que niega la existencia del odio y de la agresión. Muchos esfuerzos tuvo que hacer para que, por ejemplo, su concepto de madre suficientemente buena no fuese confundido con el de una madre «sentimental»¹⁰⁵, en el sentido que acabamos de referir.

Otra descripción de cómo el niño puede ejercer su destrucción la encontramos el simple hecho de cerrar los ojos¹⁰⁶. En la fantasía del niño que cierra los ojos, el mundo ha acabado, y será al abrirlos cuando vuelve a crear lo recién destruido, gracias a que el mundo sigue allí, intacto. Sólo con fines expositivos y para una mejor comprensión del tema que abordamos, podemos imaginar qué podría sentir el niño (nada bueno, desde luego) si al abrir los ojos encontrara con que el mundo ha sido «destruido» realmente, que ya no está. De esta forma, la omnipotencia primaria —conceptualizada en este momento como *magia infantil*— se confirmaría de manera masiva. Las consecuencias serían devastadoras para la futura relación de ese bebé con la agresión y por extensión con la espontaneidad y con la creatividad.

Terminamos la exposición de la postura de Winnicott sobre el tema objeto de este apartado con dos referencias a su artículo «Las raíces de la agresión»¹⁰⁷(Véase Winnicott, 2007j). En una, citando a Wilde, nos dice: «Todo hombre mata lo que ama». Y en la segunda deja planteada una pregunta que sin duda resonará durante años en él y que retomará en su trabajo de 1969, «El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones» (Winnicott, 1992): «Hacer daño es una parte importante

¹⁰⁵ A veces, con pesar, dudamos de que este malentendido haya quedado resuelto satisfactoriamente.

¹⁰⁶ En relación con la capacidad de destruir el mundo y con cierto tono irónico y de denuncia, Winnicott, en «Las raíces de la agresión», agrega: «Las sustancias tóxicas y las armas explosivas dotan a la magia infantil de una realidad que es el polo opuesto de lo mágico» (1964) (Winnicott, 2007j).

¹⁰⁷ Este trabajo es de 1964. Nosotros hemos consultado una versión que aparece formando parte de su artículo «La agresión y sus raíces» (1939), que a su vez forma parte del libro *Deprivación y delincuencia*, en *Obras escogidas*, tomo III (2007). (Véase Winnicott, 2007j)

de la vida del niño; el interrogante es: ¿cómo hallará nuestro hijo el modo de emplear estas fuerzas agresivas en la tarea de vivir, amar, jugar y, más adelante, trabajar?» (1964, p.105). (Véase Winnicott, 2007j). Pensamos que entre las acciones de esta pregunta debería figurar una que solía incluir y que aquí omite: «para crear».

Para ir cerrando este tema y tratando de resumir la importancia del valor de la agresividad, utilizaremos las palabras de Boushira y Durieux para decir que «para Winnicott sin agresividad no hay amor, ni puede haber sujeto ni objeto ni realidad (compartida) ni creatividad» [el paréntesis es nuestro] (Véase Boushira y Durieux, 2005).

El tema del uso del objeto, como hemos tratado de reflejar, no se agota en la relación madre-bebé o en la del paciente con su analista. Winnicott plantea que este mismo mecanismo sería el que nos permite entender por qué para los adolescentes lo bueno no es lo que reciben gracias a la generosidad de sus padres, «sino aquello que la destructividad individual del adolescente obliga a ser». En este caso, será la sociedad la que debe mostrarse *sobreviviendo* y sin tomar represalias con el adolescente si quiere que éste acceda al mundo que está más allá de sí mismo (1968d, p.286). (Véase Winnicott, 1991d)

Si volvemos a la cita del inicio de este capítulo —«Para la mayor parte de las personas, el mayor elogio es ser descubierto y utilizado»—, podemos observar otra idea que recorre —de manera casi muda— este tema. Nos referimos a lo que ocurre en el objeto cuando el sujeto hace uso de él. Para Winnicott, el ser usado es una situación gozosa. Creemos que es una situación placentera, entre otras cosas, porque para ser usado previamente debimos ser encontrados, tal y como leemos en la cita. Por «ser encontrados» podemos entender *ser reconocidos*, ser percibidos y tratados en tanto nosotros mismos, en la medida en que eso sea posible. Estamos hablando de una relación que no esté cargada en exceso por la subjetividad de nuestro interlocutor, sino que pensamos en una relación en la que existe un esfuerzo —logrado en alguna medida— por vincularse con el otro en tanto *otro distinto de mí*. Un objeto al que uno le reconozca su independencia, aceptando, por ejemplo, que estuvo allí desde siempre. Es decir, que su existencia es independiente de nuestra percepción. Parece una cuestión muy obvia, pero si nos detenemos un poco a pensar en ella con detalle y en profundidad, entenderemos que no lo es. Estamos hablando de los grados con los que reconocemos —y aceptamos— la alteridad.

Entendemos que, al tocar esta cuestión —el de la percepción del otro y la relación que con él establecemos—, nos adentramos en un tema tan vasto como complejo. También creemos que por cuestiones de espacio y de temática no podrá ser aquí desarrollado.

6

VERDADERO Y FALSO SELF

Por Ariel Liberman

Sentirse real es más que existir; es encontrar una forma de existir como uno mismo, de relacionarse con los objetos como uno mismo, y de tener un self dentro del cual poder retirarse para relajarse.

Winnicott

El concepto de *false self*, «sí-mismo falso» o «falso *self*»¹⁰⁸, ha sido, probablemente, una de las expresiones o conceptos más usados de la obra de Winnicott. Muchos analistas vieron en él algo que podían vincular a su clínica, incluso cuando el concepto como tal no estuviese del todo claro. Otro fue el destino del concepto de *true self*, «sí-mismo verdadero» o «verdadero *self*», cuya traducción clínica fue menos exitosa y despertó tanto partidarios incondicionales de una «autenticidad» que muchas veces tenía el rostro de la incontinencia, del descuido del otro, como también de muchos detractores que veían en él el retorno ingenuo a una especie de «realidad última», sustancializada, unificada del sujeto en términos de «contenidos» verdaderos, que hacía perder a nuestra reflexión clínica todo tipo de dinamismo e historicidad.

¹⁰⁸ Seguiré usando a lo largo del texto la expresión inglesa *self*, ya que pienso que hoy en nuestro medio ha pasado a formar parte de nuestros usos y costumbres y, también, a que ninguna de sus traducciones contiene lo que el término inglés transmite. No nos gusta la traducción de «propio-ser» y la de «sí-mismo», si bien más cercana, no tiene las resonancias y campo semántico que ya posee la expresión inglesa para los especialistas hispanoparlantes. Para una exposición clara, interesante y que recupera la problemática de la distinción entre yo y *self* y las diversas interpretaciones de este último, véase el apartado «El yo y el *self*», del libro de Carlos Rodríguez Sutil (2010).

Vamos a intentar en este capítulo esclarecer algunos de sus sentidos sin pretender con ello agotar el tema, aunque trataremos de evitar sus reducciones en una u otra dirección. Expondremos las líneas generales del pensamiento de Winnicott en lo relativo a la articulación entre el verdadero y el falso *self*.

Comencemos señalando que estos conceptos aparecen en la obra de Winnicott hacia finales de los años cuarenta, en su texto sobre «La mente y su relación con el psiquesoma» (1949) (Véase Winnicott, 1999f). A partir de entonces, va haciendo diferentes alusiones a ellos. Es en su artículo de 1960, «La distorsión de yo (ego) en términos de verdadero y falso *self*» (Véase Winnicott, 1965d), donde establece definitivamente estos conceptos como referencias ineludibles de su pensamiento. Este trabajo supone un momento de cristalización de sus ideas sobre este asunto. Lo tomaremos como uno de los ejes de nuestra lectura. Otro de los ejes de la misma será su texto de 1967, «El papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño», trabajo incluido en su libro *Playing and Reality* (1971).

El concepto clínico de falso self

Desde el principio, Winnicott señala que parte importante de la fuente de su reflexión sobre este asunto surge de su experiencia con pacientes que atraviesan en el análisis fases de «regresión a la dependencia» en la transferencia. Estos momentos de los tratamientos le permiten a él restablecer cierta continuidad o coherencia explicativa entre el/los estado/s clínico/s que refiere como falso *self* y su estructuración en la experiencia subjetiva. Los periodos de regresión a la dependencia en los tratamientos, así como las vicisitudes previas y posteriores, posibilitan que Winnicott pueda ahondar en las expectativas y necesidades que estos pacientes ponen en juego en esos momentos de «dependencia real» (1960) o de «extrema dependencia» (1960, p. 151) (Véase Winnicott, 1965d) que forman parte de esos procesos analíticos.

La metáfora de la cascara y el núcleo que Winnicott utiliza para abordar este tema puede darnos una primera aproximación. Como hemos visto, sostiene que la unidad primaria en términos de desarrollo no la constituye el individuo, sino lo que él denomina «la organización

[*set-up*] ambiente-individuo» (1952). Dice Winnicott (Véase Winnicott, 1999d) en su trabajo «La angustia asociada con la inseguridad»:

Con una técnica suficientemente buena, el *centro de gravedad del ser* en la organización ambiente-individuo puede alojarse *en el centro, en el núcleo más que en la cáscara*. El ser humano que ahora estará desarrollando una entidad *partiendo del centro* puede quedar localizado en el cuerpo del bebé, pudiendo así empezar a crear un mundo externo al mismo tiempo que adquiere una membrana límite, y un interior [las cursivas son nuestras] (1952). (Véase Winnicott, 1999d).

O sea, que en el desarrollo saludable se realiza un desplazamiento del «centro de gravedad» del *self* desde la unidad primaria —o fusión primaria— a un alojamiento o localización en el cuerpo propio como una entidad que comienza a tener una existencia y cuya experiencia parte del centro, del núcleo, siguiendo con la metáfora. Este partir del centro hacia afuera, como movimiento de constitución de una existencia saludable, es lo que Alfredo Paineira ha denominado la «intuición fundamental»¹⁰⁹ de Winnicott. Pero también nos advierte en ese mismo texto:

Lo engañoso que esto puede ser [se está refiriendo a ver el proceso de crecimiento desde fuera, como meros observadores] queda demostrado por el hecho de que a menudo creemos ver un *infans* cuando *a través del análisis* nos enteramos mas tarde de que hubiéramos debido ver *un medio que falsamente se desarrollaba* hasta convertirse en un ser humano, *escondiendo* dentro de sí un individuo en potencia [las cursivas y los corchetes son nuestros] (1952). (Véase Winnicott, 1999d).

Aquí vemos con claridad esta articulación de la fuente de sus desarrollos, la experiencia clínica, con el establecimiento de la diferencia entre un *self*, que adjetivará de verdadero, que se mueve centrífugamente, del centro hacia fuera, creando y hallando el mundo, y otra configuración del *self*, que adjetivará falsa, que se desarrolla centrípetamente, de afuera hacia adentro, cuyo falso desarrollo se encuentra al servicio, cosa que resaltarán una y otra vez, de esconder y proteger al *self* verdadero. En 1954

¹⁰⁹ «[...] La vida personal, que se inicia con el percatamiento de la propia continuidad existencial, de la duración del propio ser en el tiempo, del percatamiento del hecho simple de estar siendo, nace del despliegue espontáneo y creativo de las propias potencialidades desde el centro hacia fuera, y en la captación de ese gesto espontáneo» (Paineira, 2007).

dirá: «El sentimiento de futilidad y de irrealidad pertenecen al desarrollo del falso *self* que se desarrolla en protección del verdadero *self*». La futilidad será una de las características predominantes del falso *self* y la define en una carta como «la incapacidad de sentir las experiencias como reales» (cit Rodman, 1990). Por otro lado, éste tiene una función defensiva que consiste en proteger al verdadero *self* de las intrusiones del medio, de sus fallas de adaptación cuando éstas son sistemáticas. Esto fue excelentemente condensado en la expresión de Masud Khan «trauma acumulativo» (1963) (Véase Khan, 1963) y desarrollado en el trabajo que lleva su nombre. Recordemos que lo que estamos describiendo no se refiere a un desencuentro aislado, puntual, sino que estamos pensando en términos de la reiteración de desencuentros que cobrarán carácter traumático como constantes del vínculo, es decir, por acumulación y retrospectivamente. Como bien señalan Khan y Winnicott, una de las características de este tipo de trauma es que cursa silenciosamente al no poseer el carácter puntual y dramático de lo que se ha denominado trauma shock (o trauma puntiforme).

La función defensiva del falso *self* se organiza en torno a la disociación¹¹⁰ de las propias necesidades. Como sostiene Winnicott refiriéndose a la amplia gama de estos tipos de problemáticas clínicas: «La escisión [o la disociación] ocupa el lugar de lo inconsciente reprimido del psiconeurótico» (1967, p. 235) (Véase Winnicott, 1993b). Hemos agregado entre corchetes el término «disociación»¹¹¹ porque creemos que Winnicott tiene ambos conceptos en mente cuando asevera esto. El concepto de disociación, como acabamos de sugerir, está

¹¹⁰ La diferencia en la obra de Winnicott entre su uso de escisión y de disociación requiere un estudio aparte porque los utiliza, en nuestra opinión, de forma un poco ambigua. En algunos momentos se solapan o se usan indistintamente; en otros, parece que la escisión sería algo global mientras que la disociación es parcial; por momentos es una cuestión de grados. En este texto introductorio no haremos una especial diferencia entre dichos conceptos.

¹¹¹ Hace ya un tiempo, en nuestro medio, se ha recuperado —o ha vuelto a cobrar fuerza— la idea de «disociación» o «escisión» de formas variadas e interesantes en autores como Phillip Bromberg, Donnel Stern, René Roussillon, Rubén Zukerfeld, por no citar más que algunos de diferentes latitudes. Recordemos también, tanto históricamente y como un modelo aún atractivo, los desarrollos de Ferenzci sobre trauma y escisión narcisista del yo.

estrechamente articulado con la idea de falla ambiental reiterada, lo que para Winnicott es un tipo de trauma¹¹². Hablando del falso *self*, afirma:

La escisión de la persona aconteció y se organizó a raíz de una falla ambiental [no habla de una en singular, sino de que no ha habido un ambiente suficientemente bueno como condiciones de desarrollo]. [...] Y bien, o la madre suficientemente buena debió fallar (quizá se enfermó) o no era suficientemente buena. No estoy repartiendo culpas sino buscando cuál es la etiología [los corchetes son nuestros] (1967, p. 236). (Véase Winnicott, 1993b).

Esta advertencia de Winnicott es importante: no se trata de repartir culpas, sino de intentar comprender cuál es el origen de ciertas patologías. O mejor aún: dónde podemos poner el acento a la hora de buscar su comprensión. Winnicott lo coloca en la falla ambiental. Eso no supone que desconozca otra serie de variables o factores que entran en juego —como la «herencia», es decir, los factores genéticos y los temperamentales, etc. Pero privilegia ese vértice de lectura. Como psicoanalista, desde la perspectiva de su comprensión psicológica, le parece que debemos tener presente qué es lo que se ha puesto en juego en el desarrollo temprano por parte del ambiente como elemento central. Como afirma en el texto antes citado, las fallas maternas (ambientales¹¹³) pueden ser situacionales —debidas a una enfermedad— o también pueden deberse a aspectos caracterológicos. En relación a las situacionales, probablemente Winnicott esté pensando en depresiones maternas o en enfermedades físicas prolongadas que incapacitan a la madre para relacionarse, o en una situación de falla de su propio sostén que dificulte su desempeño (recordemos la función paterna en su pensamiento). En el mismo texto que hemos citado antes, Winnicott comenta que la «naturaleza de la disociación», clínicamente, «puede estar influida por la naturaleza de la expectativas del ambiente, de modo que

¹¹² Retomamos la diferencia (oposición) que Masud Khan establece, siguiendo a Winnicott, entre lo que él ha acuñado como «trauma acumulativo», donde recoge también diferentes aportes de autores que lo precedieron, y el concepto del «trauma shock». André Green, en su introducción al texto de Khan, afirma: «Esto conduce a una reevaluación de la noción de trauma. No solamente el trauma se desplaza de la esfera de la sexualidad a la del yo, sino que pierde su dimensión dramática y puntual para insertarse en el tejido de micro-traumatismos cuyas secuelas se parecen menos a la cicatriz de una herida que a un proceso de esclerosis que estrangula el desarrollo del yo» (1976, p. 15). (Véase Khan, 1976).

¹¹³ Como hemos dicho en el capítulo 2, pensamos hoy más en términos de función materna, aunque no por ello desconocemos el rol central de la madre en los primeros momentos del desarrollo.

un individuo puede padecer las expectativas patológicas de su medio» (1967, p. 236) (Véase Winnicott, 1993b). Las situaciones clínicas a las que esto remite pueden ser muy variadas. Consideramos que lo importante es que, para Winnicott, estas expectativas reforzarán las «disociaciones potenciales del sujeto». O, dicho de otro modo, marcarán zonas de no desarrollo o de desarrollo parcial.

La clínica de pacientes en las que predomina el falso *self* tendrá como características centrales sentimientos o experiencias tales como futilidad, irrealidad, artificialidad, vacío, sin sentido¹¹⁴. Estas experiencias acompañan a personas que, por otro lado, suelen tener éxito en diferentes actividades que desempeñan o áreas de su vida¹¹⁵. Por ello, no se trata tanto, para Winnicott, de lo que se hace, sino de la experiencia que acompaña ese hacer. El centro de su reflexión se encuentra en la calidad de la experiencia y no tanto en aquello que se experimenta —tipos de actividades, objetos, etc. Dicho de otra manera: no se considera que esas expresiones de la persona sean falsas por el contenido en que consisten, sino que su «falsedad» —entendiendo por ello, como hemos dicho, su incapacidad de experimentarlas como reales— presupone la precariedad de su apropiación: se encuentra en la relación que el sujeto tiene con ellas, en la experiencia de las «cosas» de su vida. Resaltar esto tiene el interés de no pensar, con premura, que la falsedad radica exclusivamente en una mala elección en cuanto a los «contenidos» de lo que somos o hacemos, con la fantasía implícita de que haciendo otra cosa u otra elección el problema estaría resuelto. Por supuesto que hay situaciones clínicas en las que sí está en juego el «contenido» de la elección misma, pero no sería más que un caso particular del problema general que Winnicott trata de plantearnos.

En «La mente y su relación con el psiquesoma» (1949) (Véase Winnicott, 1999f), relatando el material clínico de una paciente, Winnicott comenta lo siguiente:

¹¹⁴ Recordemos, entre otras manifestaciones clínicas, las depresiones esquizoides o las de desamparo a las que nos hemos referido en el capítulo 4.

¹¹⁵ Winnicott enfatizará que estos buenos desempeños estarán relacionados con las diferentes habilidades o «aparatos del yo» que formen parte de las capacidades de cada persona y que son explotadas al servicio de la construcción del falso *self*. El ejemplo que más se suele evocar es el de las capacidades intelectuales, pero también hace referencia a otras «habilidades» o «aparatos del yo» que pueden cumplir esa función. Véase «Nada en el centro» (1959) (Véase Winnicott, 1993g) o el texto de Masud Khan sobre «El rencor del histérico» (1983) (Khan, 1983); en ambos la explotación de la belleza-erotismo se pone al servicio del falso *self*.

Clínicamente uno puede ver cómo semejante persona se desarrolla hasta convertirse en una persona que resulta una madre maravillosamente buena para los demás durante un periodo limitado; de hecho, una persona que se haya desarrollado de esta manera puede tener cualidades curativas casi mágicas debido a su extrema capacidad para realizar una adaptación activa a las necesidades primitivas [del otro]. *La falsedad* de estos patrones de expresión de la personalidad, sin embargo, se hace evidente en la práctica. Se cierne la *amenaza del derrumbe* —tal vez llegue a producirse— [...] [la cursiva es nuestra] (1949, p. 336). (Véase Winnicott, 1999f).

Winnicott alude en este caso a una persona que ha desarrollado una gran habilidad en captar las necesidades del otro, en adaptarse a ellas, que puede ser una excelente madre en un periodo limitado —para las necesidades primitivas de fusión de un niño pequeño, aunque, probablemente, lleve peor su crecimiento y su necesidad de separarse. Pero en la clínica, sostiene Winnicott, se puede observar que la «falsedad» de esos patrones tiene como contracara la amenaza de derrumbe, el colapso, lo que Winnicott ha desarrollado como amenaza de aniquilación. Ésta es la angustia central que sitúa en las problemáticas de falso *self*.

Los artículos de Winnicott están llenos de sutilezas e intuiciones clínicas que nos permiten seguir en esta aproximación al falso *self*. Escribe:

Un paciente me dijo: «El buen manejo [*management*] [cuidado del ego], tal como lo he experimentado durante esta hora, es un alimento» [satisfacción del id]. No hubiese podido decirlo al revés, ya que de haberle alimentado él se hubiese sometido [*complied*] y ello hubiese obrado en provecho de su falso *self* defensivo o, si no, hubiese tenido que reaccionar rechazando mis intentos de aproximación y *eligiendo la frustración para mantener su integridad* [la cursiva y los corchetes son nuestros] (1960). (Véase Winnicott, 1965d).

Esta cita nos orienta mucho sobre aquello que estamos tratando de delimitar y nos abre una dimensión central de lo que definirá al falso *self*:

la complacencia¹¹⁶. Para comprender lo que tratamos de articular aquí, es importante retomar la diferencia que Winnicott establece entre necesidades del yo [*ego needs*] y necesidades del ello [*id needs*] (véase capítulo 2). Cuando Winnicott sostiene que el paciente se siente alimentado por el buen manejo (o gestión), o por la buena «conducción» del tratamiento, que como terapeuta ha realizado en esa sesión, lo que hace es invertir cierto modo frecuente de pensar en su época: no es la interpretación-alimento, que según cierta tradición es buena por definición o *a priori*, lo que alimenta, sino, por el contrario, una buena gestión o manejo de esa sesión orientada hacia las necesidades del yo —«cuidado del yo». Winnicott va a entender por buena gestión (manejo) o conducción de una sesión (o de momentos de un tratamiento) aquellas situaciones en las que lo central que se pone en juego no son las «necesidades del ello» sino las «necesidades del yo», que son condiciones necesarias, estructurantes de la subjetividad e incluso, como sostiene frecuentemente, condiciones de posibilidad de que las experiencias vinculadas a las satisfacciones del ello puedan ser sentidas como propias y, en ese sentido, estén al servicio del fortalecimiento y del desarrollo del *self*. Es lo que engloba bajo la idea de *holding* (sostén), tanto materno como analítico. Si no tenemos en cuenta las «necesidades del yo» en el tratamiento, o no las tienen en cuenta las madres (o figuras parentales) en su vinculación con el niño, y sólo nos centramos en las «necesidades del ello», enfrentamos al niño (o al paciente) a una «falsa» alternativa (dilema), ya que ambas forman parte de una misma problemática: o sumisamente y complacientemente toma lo que le dan, con el precio de disociar lo que necesita, o rechaza «el alimento» —y al otro—, elige la frustración, como bien señala Winnicott, como condición de mantener una cierta integridad a costa de un enorme empobrecimiento. En ambas opciones se ha perdido la dialéctica interno-externo, la posibilidad de habitar un espacio compartido —potencial— puesto que se ha desatendido lo que es condición indispensable y necesaria de ese espacio: «ir al encuentro», como dice Winnicott una y otra vez, de las necesidades

¹¹⁶ Este término y sus variantes han sido generalmente traducidos al español como sumisión o sometimiento. Si bien el término sumisión nos parece adecuado —no así sometimiento—, nosotros preferimos traducirlo como «complacencia», que es una expresión menos cargada de significados que son ajenos a lo que pensamos que el término alude. La RAE, en su segunda acepción, lo define como: «Dicho de una persona: acceder a lo que otra desea y puede serle útil o agradable». En el Merriam-Webster aparece como: «1a: The act or process of complying to a desire, demand, proposal, or regimen or to coercion. 1b: Conformity in fulfilling official requirements. 2: A disposition to yield to others. 3: The ability of an object to yield elastically when a force is applied».

del yo. Esta expresión, «ir al encuentro», nos indica la dimensión fundamental del otro, materno o analista, y de su respuesta (o comportamiento en sentido amplio), en el desarrollo de la persona.

¿Cómo fue influenciando lo que Winnicott veía y pensaba en sus tratamientos con pacientes en fases de regresión a la dependencia para comprender los orígenes de ese estado o falso *self*? ¿cómo se constituye? Algo ya hemos apuntado.

Debemos, por supuesto, tener aquí presente su teoría del desarrollo que hemos visto en los capítulos precedentes. El falso *self* será la expresión, o una de las expresiones, del fallo o fracaso materno en proveer un ambiente que facilite un crecimiento saludable, un ambiente que vaya al encuentro, como acabamos de decir, de las necesidades del niño, de lo que Winnicott sintetizará también en su idea de «gesto espontáneo», gesto que en diferentes momentos del desarrollo posee distintos niveles de complejidad. Partimos, pues, del «hecho» de la dependencia (1965) (Véase Winnicott, 1965d y 1965m, 1993h) y de la importancia del comportamiento de la madre (o del objeto) en el desarrollo emocional.

Winnicott tomará, en «La distorsión del yo en términos de verdadero y falso *self*» (1960) (Véase Winnicott, 1965d), los dos extremos del continuo de los cuidados maternos para circunscribir mejor lo que nos quiere presentar. Por un lado, está, nos dice, la «madre suficientemente buena», y por el otro, la madre que no es «suficientemente buena». Como hemos visto en los capítulos previos, la madre suficientemente buena en los comienzos (preocupación materna primaria) va al encuentro de la omnipotencia del *infans* y permite que se constituya la ilusión que Winnicott ha sintetizado en la expresión «creado-encontrado», es decir, que yendo al encuentro del gesto espontáneo del niño permite que éste vaya creando lo que encuentra en la realidad o lo que la madre le va presentando del mundo en «dosis pequeñas» (1964) (Véase Winnicott, 1964 o 1986a) , asimilables. Gracias a este desempeño materno, el *infans* comienza a creer, dice Winnicott, en la realidad externa porque ésta funciona mágicamente y no choca con su omnipotencia. Ésta es otra de las tantas paradojas que habitan su pensamiento: para tener una buena constitución de nuestras relaciones con la realidad es necesario y fundamental, en un primer momento, desconocerla, disfrutar la ilusión de omnipotencia. La realidad externa, y por lo tanto la alteridad, en condiciones suficientemente buenas, es hallada o descubierta y no impuesta. Esta oposición entre hallazgo-creación frente a imposición es

un eje de comprensión en este asunto y en la concepción general que Winnicott tiene del desarrollo.

Por otro lado, ya en 1971 (Véase Winnicott 1971b) (pp.147-157), cuando trabaja la función de la madre como espejo del niño, como espejo vivo¹¹⁷, animado, plantea que en todo desarrollo saludable «lo que el bebé ve [en el rostro de la madre] es a sí mismo [...]». La madre está viendo al bebé y lo que ella refleja se relaciona con lo que ve en él» (1971) (Véase Winnicott 1971b). El *infans* ve lo que él es para ella, en su mirada. Es una madre que permite, cuando lo hace, con el sostén y el reflejo vivo de su mirada confiable, una vivencia calma de estar siendo, una madre «en el ritmo de la cual —como señala Maurice Corcos— uno puede deslizarse sin riesgo de engolfamiento [ser tragado]» (cit corcos, 2009, p. 48), pudiendo existir aunque aún no lo haga como «entidad separada», experimentando esa continuidad del existir, ese «estar siendo» —*going on being*— al cual Winnicott nos reenvía una y otra vez como a una experiencia central del desarrollo temprano. Plantearemos luego, en relación al concepto de verdadero *self*, que este «estar siendo» nos sumerge en una experiencia del tiempo, en una temporalidad que no es histórica, que no está articulada al sujeto histórico¹¹⁸ que, como bien argumenta Odgen, se constituye en relación a la posición depresiva. Estamos en la experiencia de lo que Paineira refiere, con inspiración bergsoniana, como «la duración del propio ser en el tiempo» y que Odgen denomina el «*self* pre-subjetivo», expresión que permite condensar la paradoja del *self* que aún no es una entidad separada (subjetividad en sentido restringido), sino uno de los polos de esa unidad primaria, «unidad dual» que formará el cimiento del desarrollo.

Como sostiene Winnicott en ese mismo trabajo:

Cuando miro soy visto, luego existo,
ahora puedo permitirme mirar y ver,
ahora miro en forma creativa lo que apercibo también lo percibo (cit Winnicott, 1971b, p. 114).

¹¹⁷ Winnicott, en 1960, cuando se refiere a la adaptación materna, habla de «live adaptation to the infant's needs» (p. 54). (Véase Winnicott, 1965d, 1965m).

¹¹⁸ Integración de pasado, presente y futuro, para lo cual la separación debe haber comenzado su travesía.

Sostén y mirada que permiten sentirnos existir en un tipo de intersubjetividad que es condición de existencia creativa —que es más que existir. A diferencia del solipsismo del *cogito* cartesiano, cuando veo que soy visto, existo. Esta mirada fundante permite también articular la percepción con la *apercepción*, como dice Winnicott, entendiendo por esta última la experiencia de un descubrimiento original, de una participación en el «conocer», en el entrar en contacto con los objetos del mundo (Véase Lalande, 1988, p. 67)

Pero centrémonos, antes de entrar en el debate en torno al «verdadero *self*», en el otro extremo del continuo que Winnicott esquematiza para exponer mejor su idea: el fracaso materno:

La madre que «no es suficientemente buena» es incapaz de implementar [realizar] la omnipotencia del *infans*, por lo que repetidamente deja de responder al gesto del mismo; *en su lugar coloca su propio gesto*, cuyo sentido depende de la sumisión o *complacencia* del *infans*. Esta complacencia por parte del *infans* es la *fase más temprana* del falso *self* y es propia de la incapacidad de la madre de interpretar¹¹⁹ las necesidades del *infans* [las cursivas son nuestras] (1960). (Véase Winnicott, 1965d).

Hay, para nosotros, en este párrafo, una idea que sintetiza de manera extraordinaria la tesis central de Winnicott: la madre sustituye con su propio gesto al gesto del niño o, dicho de otro modo, el gesto de la madre, que se impone, requiere la complacencia del *infans* al precio de dejar de lado, de disociar, las propias necesidades, el propio gesto y lo que él vehiculiza. O sea, las necesidades de la madre y su satisfacción entran en la relación como condición de vinculación y, como tal, deberán ser «complacidas» —sumisión— para que haya contacto o, como dirá Winnicott, para que el niño exista para esa madre¹²⁰. La realidad materna se impone al niño. Phillipe Jeammet usa una expresión que siempre nos ha parecido muy gráfica para señalar esta situación: habla del «peso del objeto»:

¹¹⁹ *Sense*, sentir, entrar en contacto con, etc.

¹²⁰ En otro contexto, dice Searls: «[...] El niño se encuentra así confrontado a un dilema: ¿debe creer a los padres o a las propias percepciones? Si cree en sus sentidos, conservaría una captación sólida de la realidad; si cree en sus padres, mantiene la relación de la que tiene necesidad, pero falsea su percepción de la realidad. Si se reitera la desmentida de los padres, el niño no logra desarrollar una prueba de realidad adecuada» (cit Searles, 1959, p. 29).

[...] Todo lo que haga sentir prematuramente al niño *el peso del objeto* y su impotencia en relación a él, que sea, esquemáticamente, por defecto o exceso de presencia, es susceptible de sentar las bases de un antagonismo entre el sujeto y sus objetos de investidura. Las bases narcisistas se constituyen ya no con y por el objeto, impregnadas de la cualidad de la relación que se había establecido, sino contra el objeto [la cursiva es nuestra] (cit Jeammet, 1996, p. 74).

Pensamos que esta cuestión planteada por Jeammet, es, en parte, a lo que Winnicott se refiere cuando habla de «elegir la frustración»: frente a ciertos dilemas que presenta la relación con la madre el niño se encuentra ante la alternativa de complacer al precio de seguir alimentando su falso *self* o elegir «la frustración para mantener su integridad» (1960). (Véase Winnicott, 1965d).

Winnicott retoma este dilema al que nos venimos refiriendo en otro de sus artículos de 1960 (Véase Winnicott, 1965m). Allí desarrolla la idea de que la madre suficientemente buena debe acompañar-facilitar el desarrollo, lo que implica que pueda adaptarse a las nuevas capacidades que el *infans* va adquiriendo. Hablando del paso de la fusión a los comienzos de la separación, señala la naciente capacidad del *infans* de comunicarse por medio de signos que deben guiar a la madre hacia sus necesidades. Si ella «sabe demasiado» lo que el *infans* necesita, sostiene Winnicott, lo que era bienvenido en el momento previo, es decir, el sostén de la omnipotencia mágica¹²¹, deja de serlo porque no permite crear las bases para una relación de objeto que suponga los comienzos, el esbozo, de la separación. Comparando el proceso de crianza con el tratamiento, en una ida y vuelta que lo caracteriza, afirma:

Lo mismo puede observarse en las madres de infantes; la madre de varios hijos empieza a tener un dominio tal de la técnica del quehacer materno que tiende a hacer todo lo correcto en los momentos oportunos, y entonces al infante que ha comenzado a separarse de ella no le resulta posible lograr el control de las cosas buenas que están sucediendo. El gesto creativo, el llanto, la protesta, todos los pequeños signos que se suponen suscitan lo que la madre hace se pierden por completo porque la madre ya ha satisfecho la necesidad, como si el infante estuviera todavía fusionado con ella, y ella con el infante. De este modo, la madre, por ser una madre aparentemente buena, hace algo peor

¹²¹ Para este asunto de la progresiva renuncia a la omnipotencia o las variantes evolutivas de la misma es de gran ayuda tomar el texto de Ferenczi sobre «El desarrollo del sentido de realidad y sus estadios», de 1913. (Véase Ferenczi, 1981).

que castrar. Al infante sólo le quedan dos alternativas: un estado permanente de regresión o fusión con la madre, o bien un rechazo total de la madre, incluso de la madre aparentemente buena (1960). (Véase Winnicott, 1965m).

Winnicott sostiene que es fundamental para las madres —y para los analistas— que capten la sutil diferencia entre la empatía, tal como él la entiende, y la comprensión de lo que ocurre en el niño por medio de los signos o indicadores que éste comunica. La dificultad radica, en ciertos momentos, en la oscilación entre ambos estados —fusión y separación— que requieren de la madre (y del analista) diferentes tipos de comprensión: la comprensión por medio de la empatía es requerida en el estado de fusión y la comprensión por medio de signos es requerida en los comienzos de constitución de la separación. Si la madre funciona como si el niño estuviese aún fusionado o, con el saber acumulado de otros hijos (o tratamientos), no está atenta a cómo en esta díada particular y única se desarrollan y despliegan los movimientos, entonces, sostiene Winnicott, el saber materno aplasta, se impone y, como venimos viendo, exige un desarrollo complaciente (falso). Volvemos una vez más a ver cómo la «madre suficientemente buena» de Winnicott no es una madre ideal, o idealmente «sabia», una madre que sepa todo lo que le ocurre al niño, sino que en la expresión «suficientemente», adverbio que es complemento circunstancial (de cantidad), se encuentra también lo que solemos denominar «frustración óptima», lo que la madre no sabe y, por lo tanto, tiene que esperar los signos que el niño le comunica. O sea, una madre que puede recibir de su hijo aquello que éste va adquiriendo/ proponiendo como fruto de su propio desarrollo y maduración.

La madre que no es «suficientemente buena» es una madre que «refleja su propio estado de ánimo o, peor aún, la rigidez de sus defensas», afirma Winnicott (1971) (Winnicott, 1971b). Este enunciado es otra forma de sostener la sustitución que realiza la madre del gesto del niño por el gesto propio. Pero aquí Winnicott es más preciso y nos remite al «estado de ánimo» de la madre, a los diferentes estados de ánimos posibles —tengan el rostro de la tristeza ensimismada o de la defensa (maníaca) que desconecta de la realidad interior y aleja. Son niños, nos dice, que comienzan a escudriñar el rostro materno en un esfuerzo de predecir su estado de ánimo. Este esfuerzo lo compara Winnicott con nuestros intentos reiterados en la vida cotidiana de predecir el tiempo que hará para ir bien equipados. Tomando esta metáfora winnicottiana, sostiene M. Corcos:

Hay pues madres calientes o frías en su meteorología y su dominio, y que producen un sentimiento de exceso tanto en lo positivo como en lo negativo, que hace que ni lo uno ni lo otro sea dado, sino impuesto y descompuesto sin que el sujeto pueda decidir o, incluso, aprehenderlo (cit Corcos, 2009, p. 49).

La alteridad se impone y la impotencia de fondo se instala: poco puedo hacer para...¹²². Precoz conciencia de la alteridad que forzará su consideración a expensas de su descubrimiento, de su hallazgo. Esto tendrá consecuencias en lo que podríamos llamar, con cierta licencia, la calidad de dicha alteridad o de su constitución.

En esos rostros los niños se miran pero no se ven, no les devuelven lo que están dando. Las consecuencias que Winnicott señala pueden ser: el deterioro de la capacidad creativa del *infans* y la instalación en el niño de la idea de que cuando mira lo que ve es única y exclusivamente el rostro de la madre. Y continúa:

El rostro de la madre no es, pues, un espejo. Entonces la percepción toma el lugar de la apercepción, la percepción toma el lugar de lo que podría haber sido el comienzo de un intercambio significativo con el mundo, un proceso de dos vías [bilateral] en el que el auto-enriquecimiento alternase con el descubrimiento del significado en el mundo de las cosas vistas (Winnicott, 1971b)¹²³.

Sólo se percibe el rostro de madre, el rostro del otro, ya que se impone mirar para saber qué tiempo hará. La percepción —o el aferramiento a lo percibido— como defensa, como forma de supervivencia frente a la amenaza de caos.

Retomemos la idea de complacencia en su articulación de la concepción del falso *self*:

¹²² Es en este contexto en el que el niño trata de prever lo que ocurrirá para mejorar las condiciones de la experiencia en donde Winnicott introducirá su idea de «mente».

¹²³ «Algunos niños tantalizados por este tipo de relativa falla (fracaso) materna estudian el rostro variable de la madre en un esfuerzo de predecir el estado de ánimo de la madre, del mismo modo que estudiamos el tiempo [...]. El bebé rápidamente aprende a hacer previsiones [...]. Inmediatamente detrás de esto en dirección a la patología se encuentra la predictibilidad, que es precaria, y que obliga al bebé a esforzarse hasta el límite de su capacidad de previsión de los acontecimientos. Esto provoca una amenaza de caos y el bebé organiza un repliegue, o no mira salvo para percibir, como una defensa» (Winnicott, 1971b).

Cuando la adaptación de la madre no es suficientemente buena, al principio cabría esperar la muerte física del *infans* [...]. El pequeño permanece *aislado*. Sin embargo, en la práctica el niño vive, pero vive falsamente. [...] *el niño se ve seducido a la complacencia* y es un *falso self complaciente* quien reacciona ante las exigencias del medio ambiente y parece haberlas aceptado [las cursivas son nuestras] (1960). (Véase Winnicott, 1965d).

En este párrafo articula otras dimensiones de las dinámicas de la complacencia que nos gustaría resaltar. El primer efecto de la misma es el aislamiento del *infans*, producto de la necesidad de disociarse para entrar en contacto. Estrategia de sobrevida, «que no de vida», como aclara Paineira (1997) (Véase Paineira, 1997), para cuya supervivencia necesita que el ambiente sea previsible, que no sea totalmente caótico y enloquecedor. Un mundo donde reine el caos es el producto de la interrupción de la continuidad del existir. Dice Winnicott:

El caos es al principio un curso del ser interrumpido [...]. Si la perturbación sobrepasa un grado tolerable de acuerdo a las experiencias previas de la continuidad del ser [...], ingresa, en la constitución del individuo, una cierta cuota de caos (cit Winnicott, 1996).

Las formas dominantes de protegerse del caos son, por un lado, el concepto de «mente» o «función intelectual»¹²⁴ y, por otro lado, la disociación. Frente a los fracasos ambientales, de intensidades variables, Winnicott introduce estos conceptos como modos transitorios —si la situación se restablece— o definitivos —si la situación persiste— de lidiar con el caos o su amenaza. Situemos muy brevemente la idea de «mente». Para Winnicott, la mente o el intelecto trata, en sus comienzos, de explicar las fallas de adaptación del ambiente —en parte inevitables— y de instrumentar un sistema de anticipación que permita mejorar las condiciones. Las experiencias «son catalogadas, clasificadas y vinculadas con un factor temporal [...]». En las situaciones de fallas ambientales

¹²⁴ Khan afirma: «Si la adaptación de la madre es suficientemente buena el niño no será prematuramente consciente de su dependencia y no tendrá que explotar las funciones mentales nacientes y a su disposición para defenderse» (1974) (Véase Khan, 1976). Es interesante señalar que, si bien la función intelectual ha sido en general enfatizada —probablemente porque la norma de consulta de entonces eran, según el mismo Khan, los pacientes esquizoides—, tanto Winnicott como Khan han subrayado la presencia de otras características que pueden cumplir la misma función: los atributos de belleza, la vivacidad, etc., a veces denominados «aparatos del yo».

reiteradas la mente pasa a ser la niñera» (1996) (Véase Winnicott, 1996), sostiene Winnicott con cierta ironía, niñera que actúa como madre sustituta o, como a veces lo ha denominado tomando una expresión de una paciente suya, de *caretaker self*, de *self* cuidador. «La mente tiene una función falsa y una vida propia y domina el psique-soma en lugar de ser una función especial de éste» (1996) (Véase Winnicott, 1996). El niño se transforma en madre de sí mismo, «introyectando masivamente el medio patológico que operará como una prótesis adaptativa que protegerá y ocultará al *self* verdadero, pero que, en definitiva, lo ahogará y le impedirá todo desarrollo» (cit Pinceira, 1997).

El niño aislado, como efecto de la complacencia, no es ese núcleo del *self* que, para Winnicott, permanece —y debe permanecer— siempre incomunicado, sino que es el aislamiento producto de la disociación lo que queda fuera del intercambio posible. Winnicott tiene en mente, como podemos imaginar, fundamentalmente las problemáticas esquizoides y bordelines cuando plantea este tipo de asuntos.

Afirma en otro lugar: el «niño se ve seducido» (1996) (Véase Winnicott, 1996). Aquí la seducción la entendemos, nuevamente, como el gesto de la madre que reemplaza al gesto del niño o, también, como lo que Winnicott considera como «la satisfacción como engaño» [*forb off*]:

El bebé se siente engañado por el alimento mismo; la tensión instintiva desaparece y el bebé se siente a la vez satisfecho y estafado [timado]. Con demasiada facilidad se cree que al ser alimentado el pequeño se siente satisfecho y con ganas de dormir. A menudo el malestar viene a continuación del engaño, *especialmente si la satisfacción física roba al niño con demasiada rapidez sus ganas* [brío, entusiasmo-*zest*]. Entonces el pequeño se queda con lo siguiente: una agresión no descargada, debido a que en el proceso de alimentación no se empleó suficiente erotismo muscular o impulso primitivo (o movilidad); o con un sentimiento de «fracaso» [decaimiento, *flop*] dado que una fuente de las ganas de vivir ha desaparecido súbitamente *sin que el pequeño sepa si va a volver*. Todo esto aparece claramente en la experiencia clínica analítica y cuando menos no se contradice con la observación directa de niños [las cursivas y los corchetes son nuestros] (1954-55). (Véase Winnicott, 1958c).

Volvemos, con esta cita de Winnicott, sobre ciertas ideas que hemos ido delineando en este capítulo: la satisfacción de las necesidades del ello pueden operar como «engaño» cuando no van ligadas al ritmo o a otras necesidades del *infans*, en este caso al despliegue y ejercicio de su

erotismo muscular o movilidad que, para Winnicott, estarán en la fuente de su comprensión de la agresión. En este párrafo aparece bien sintetizada la idea de que cuando la madre, por mucho «saber», por determinados estados de ánimo, por necesidades propias o por lo que fuere, ofrece una satisfacción que el niño no puede sentir como vinculada a sus propios gestos, a sus movimientos o a algo de su hacer, le «roba» a éste un espacio preciado de crecimiento y creatividad, lo deja con un sentimiento de fracaso y decaimiento que, en la persistencia de este tipos de encuentros, se instala como creencia de que el mundo opera con «leyes» que están totalmente fuera de su alcance, de los efectos de su acción, de su posibilidad de intervenir. Es decir que el movimiento que va de la omnipotencia saludable (primaria) al sentimiento de potencia quedará truncado en la confrontación con un mundo azaroso o de otros caprichosos sobre el cual o sobre quienes el *infans* siente que no puede tener ningún impacto.

Pensamos que Alfredo Paineira ha sintetizado muy bien la existencia falsa cuando define las razones fundamentales de esta falsedad:

1) Porque no es fruto de la acción, del desarrollo espontáneo, sino de la reacción; 2) porque, por ende, no es fruto de la creatividad innata [...] sino de un intento de supervivencia; 3) porque no se desarrolla a partir del polo bebé de la unidad madre-hijo, sino de la introyección masiva del medio materno, o sea, a partir del polo mamá, de la cáscara y no de núcleo; 4) porque, de resultas de esto, esta parte diferenciada de la personalidad constituida en base a la introyección masiva del medio materno patológico y del rol cuidador de la madre asumirá las funciones maternas, cuidando, ocultando y haciendo desaparecer casi al verdadero *self*, y *adoptará una pauta adaptativa de sumisión automática en relación a las expectativas del medio* [las cursivas son nuestras] (cit Paineira, 1997).

Esta definición como «pauta de sumisión automática» es la que mejor define, probablemente, la idea de complacencia. Esta sumisión automática consiste en un doble movimiento: captar-detectar-intuir los deseos y expectativas no formuladas del medio y realizar —no intencionalmente— ese deseo o expectativa no formulado. De los puntos que sitúa claramente Paineira el primero lo trabajaremos más detenidamente en el apartado siguiente. Del segundo nos gustaría reforzar la idea de que la «supervivencia» conlleva una de las ideas fuertes de Winnicott: el origen del falso *self* puede ser visto como una defensa

contra la angustia de aniquilación resultado de la «explotación del verdadero *self*» (1960a). (Véase Winnicott, 1965d).

Grados del falso *self*

Winnicott considera que existen clínicamente diferentes grados de falso *self* entre la patología severa y la salud. En uno de los extremos podemos situar al falso *self* complaciente y escindido, que es lo que hemos descrito fundamentalmente en el apartado anterior y, en el otro extremo, un falso *self* propio del desarrollo saludable. Este último también tiene como función proteger al verdadero *self*, pero sin necesidad de recurrir a la escisión o, al menos, a la escisión como «fractura» [*schism*], que es necesario diferenciar de «la escisión del *self* como logro del crecimiento personal» (1960, p. 66) (Véase Winnicott, 1965m), escisión esta última que podríamos adjetivar de funcional. Winnicott relaciona este falso *self* saludable con nuestra participación en ciertas actitudes estándar, convenciones, que organizan la vida social — en una determinada cultura— como son la cortesía, en cuidado de ciertas formas y/o cierta habilidad para el «compromiso». Estas actitudes tienen como función evitar que estemos constantemente expuestos en nuestra intimidad, evitar vivir, como él dice, todo el tiempo «con el corazón en la mano» (1960) (Véase Winnicott, 1965d) y, de alguna manera, «elegir» en qué momentos nos exponemos y ponemos en juego nuestra intimidad. En este sentido, podemos decir que este falso *self* saludable es una suerte de mediador —que logra los compromisos— entre el aspecto privado y personal del *self* y el mundo externo en un sentido amplio. Este *self* privado y personal «no está disponible más que en la intimidad» (1964, p. 66) (Véase Winnicott, 1986a, 1964). Como vemos, Winnicott afirma que la capacidad para el compromiso es un signo de salud, un logro del desarrollo:

En la salud, las formas sociales representan un compromiso. Al mismo tiempo, en la salud, *el compromiso cesa [...] cuando un asunto central está en juego*. Cuando esto ocurre, el verdadero *self* es capaz de anular [hacer caso omiso de] el *self* complaciente [las cursivas y los corchetes son nuestros] (1960, p. 149). (Véase Winnicott, 1965d).

Establece Winnicott *cinco grados de falso self* que, siguiendo a Paineira (1997, p. 270) (Véase Paineira, 1997), los podemos relacionar con otra forma que tiene de organizar la psicopatología, más cercana a las clasificaciones habituales: nos referimos a su diferenciación entre pacientes neuróticos, depresivos y pre-depresivos (narcisistas — esquizoides y borderlines— y psicosis¹²⁵).

Iremos, como hace él (1960) (Véase Winnicott, 1965d), del extremo más cercano a la patología al extremo más cercano a la salud.

En primer lugar, sitúa las patologías en las que predomina el falso *self* y que, en la otra clasificación, ubicaríamos fundamentalmente como esquizoides o borderlines y que suele denominar pacientes «pre-depresivos» por el tipo de problemática que se encuentra en su origen, vinculada al desarrollo temprano. Distingue dos situaciones: la primera, en la que el verdadero *self* está oculto y, la segunda, en la que se encuentra en estado potencial.

El primer caso es aquel en que «el falso *self* se establece como real» (1960, p. 142) (Véase Winnicott, 1965d), y es tomado por tal, erróneamente, por quienes lo observan o entran en contacto con él. En este extremo, afirma, el verdadero *self* está oculto. Son personas que funcionan más o menos bien socialmente, salvo que sean requeridos en lo que Winnicott denomina «relaciones vivas» (que impliquen compromiso afectivo), «relaciones de trabajo» o la «amistad». Estas situaciones ponen en evidencia que no hay allí una persona total que pueda vivirlas con el conjunto de matices y complejidades emocionales que suponen. Algo esencial falla. El verdadero *self* está tan bien escondido, sugiere Winnicott, que la espontaneidad está totalmente anulada por la complacencia y la imitación. Son personas con una pobre capacidad de usar símbolos y, por lo tanto, con una pobre vida cultural —vida en el sentido de experiencia cultural, como hemos dicho en el capítulo sobre transicionalidad, y no de cantidad de información, ya que esto último puede tomarse como pura realidad externa. Winnicott destaca también su imposibilidad de reposar, su desasosiego, su

¹²⁵ El uso de la clasificación «psicosis» en la obra de Winnicott es ambiguo y, por momentos, genera confusión. Muchas veces alude con dicho término a las psicosis clínicas propiamente dichas, pero en muchas otras ocasiones —creemos que más numerosas— la referencia son lo que podríamos llamar patologías severas y/o trastornos tempranos del desarrollo, entre los que encontramos las patologías esquizoides, los borderlines y también las psicosis. Esto es claro, por ejemplo, cuando, en una cita que veremos a continuación —una entre muchas otras—, sitúa a las problemáticas «depresivas» entre la psiconeurosis y las psicosis.

necesidad de funcionar reaccionando constantemente a la realidad exterior «de modo tal —afirma— que la vida del individuo está llena de reacciones a esas intrusiones» (1960, p. 150) (Véase Winnicott, 1965d). Para evocar en el lector este tipo de situación clínica lo compara con esos actores que no pueden más que representar un rol, que no saben ser ellos mismos y que necesitan permanentemente el aplauso del público o que requieren un público para existir. Como dice el epígrafe de este capítulo, no tienen un *self* en el que puedan retirarse para reposar.

En el segundo caso, el verdadero *self* es reconocido como potencial y, gracias a ello, «posee» una vida secreta. Aquí Winnicott ubica, como ejemplo, la enfermedad, ya que piensa que ésta tiene una meta positiva: «La preservación del individuo a pesar de las condiciones ambientales anormales» (1960, p. 143) (Véase Winnicott, 1965d). En buena tradición psicoanalítica, Winnicott entiende que la enfermedad es una expresión de los aspectos saludables del *self* que aún pugnan por expresarse y sobrevivir.

Como resultado de estos nuevos desarrollos [se refiere a los propios, en relación al paso de la fusión con el objeto al establecimiento del sujeto como persona separada], el *narcisismo* en la condición clínica es visto con nueva luz. Es como si considerando la *enfermedad narcisista*, el clínico es responsable si es tomado por el ambiente que ha sido absorbido e internalizado y por confundir esto (a menos que esté bien preparado) con el individuo real, que de hecho está escondido y es amado secretamente y cuidado por el *self* dentro del *self*. El que está oculto es el verdadero individuo [la cursiva y los corchetes son nuestros] (1959-64, p. 127). (Véase Winnicott, 1965b).

Más cerca de la salud, como dice Winnicott, hallamos aquellos falsos *self* cuya preocupación central es encontrar las condiciones que hagan posible que el verdadero *self* se haga presente. Toma como ejemplo de este tipo de situaciones algunas fantasías o intentos de suicidio, ya que los entiende como «la destrucción del *self* total para evitar la aniquilación del verdadero *self*» (1960, p. 143) (Véase Winnicott, 1965d), como último recurso para no traicionarse. Paineira lo relaciona con las estructuras depresivas descritas por Winnicott y afirma: «Suele estar el verdadero *self* al límite, temeroso de caer en la existencia impersonal» (1997, p. 271) (Véase Paineira, 1997) pudiendo, por ello, preferir el suicidio. Recordemos que la expresión «personas depresivas» no implica necesariamente, como hemos visto en el capítulo 4, una depresión

clínica. Winnicott entiende por tal aquellos pacientes que no han podido elaborar o atravesar exitosamente la posición depresiva; aquellos pacientes en los que la dificultad de afrontar la ambivalencia, el reconocimiento de la dependencia, de los deseos y fantasías destructivas y la culpa organizan fundamentalmente el tipo de sufrimiento que los aqueja. Es una «zona de la psiquiatría clínica —afirma Winnicott— que se encuentra a medio camino entre el lugar de origen de la psiconeurosis y el de la psicosis» (1954-55) (Véase Winnicott, 1958c).

Sigue, en este gradiente hacia la salud, con aquella modalidad de falso *self* que «se establece sobre identificaciones» (1960, p. 143) (Véase Winnicott, 1965d). Aquí pensamos en las neurosis. Hay que señalar que el concepto de identificación fue poco desarrollado por Winnicott, que el uso que él hace de este concepto muchas veces se aleja de la utilización más habitual que hoy hacemos del mismo y que, fundamentalmente, ha hablado en su obra de identificación primaria —siendo su concepción muy cercana a la definición de Fairbairn— casi como un sinónimo de narcisismo primario al tratar la constitución y los trastornos del desarrollo temprano (lo que hemos englobado, siguiendo sus sugerencias, como pacientes «pre-depresivos»). La cita sugiere las siguientes preguntas: ¿qué significa que el falso *self* se establece sobre identificaciones? ¿no son las identificaciones parte central de nuestro desarrollo? ¿qué sería lo que en este caso particular llama «falso»? Recordemos que en este gradiente que establece estamos «llegando» a la salud, por lo que ya no dominará la escisión como mecanismo. Nuestra forma de interpretar estos enunciados winnicottianos —así como otros referidos a estas identificaciones, que podríamos entender como secundarias— consiste en pensar que está hablando de identificaciones reprimidas cuya fijeza y/o rigidez organizan centralmente la experiencia emocional de las escenas de las que participan y generan «dificultades en las relaciones interpersonales» (1945) (Véase Winnicott, 1999h). Son personas completas y que han contado con condiciones suficientemente buenas de desarrollo que permiten que el analista pueda «darlas por sentadas» a la hora del trabajo con este tipo de pacientes. Aquí, sostiene, el equipo técnico freudiano es nuestro recurso central —por «técnica freudiana» Winnicott alude básicamente a la actividad interpretativa o al cambio vía interpretación. En el capítulo sobre cuestiones técnicas (capítulo 8) retomaremos el concepto de interpretación desde nuestra comprensión de la perspectiva y aportes de Winnicott a dicha actividad.

Ya en la salud, como hemos desarrollado al comienzo de este apartado, el falso *self* protege la intimidad¹²⁶, permite no vivir siempre en estado exposición a los avatares de nuestras vidas. El verdadero *self*, *sin estar escindido*, no entra en juego en el conjunto de nuestras relaciones interpersonales —muchas de ellas de carácter instrumental y/o no-personales en un sentido pleno— y nos permite tener un lugar en la sociedad «que no podría ser alcanzado o mantenido sólo por el verdadero *self*» (1960, p. 143) (Véase Winnicott, 1965d). Un *self* existe, pues, es creativo, espontáneo y capaz de usar símbolos. «[...] La salud aquí está vinculada a la capacidad del individuo de vivir en un área intermedia entre el sueño y la realidad, que es llamada vida cultural» (1960, p. 150)¹²⁷. (Véase Winnicott, 1965d).

El concepto de verdadero self

Como ya hemos señalado, los conceptos de verdadero y falso *self* aparecen articulados desde el comienzo. El concepto de falso *self* necesita, sostiene Winnicott, ser dialécticamente comprendido con lo que él propone llamar «verdadero *self*». La idea de un «*self* verdadero» o de un «verdadero *self*» ha sido y es fuente de debates. Trataremos primero de hacer una caracterización somera de este concepto para luego retomar brevemente alguna de las controversias.

Winnicott lo plantea de la siguiente forma:

En la fase más temprana, el verdadero *self* consiste en la *posición teórica de donde proceden el gesto espontáneo y la idea personal*. El gesto espontáneo representa el

¹²⁶ Winnicott relaciona la cortesía con el falso *self* «saludable». Ahora bien, esta cortesía y sus fracasos tienen varios rostros (véase capítulo 4). Afirma: «Enseñamos a nuestros hijos pequeños a decir “gracias”. En realidad, les enseñamos a decir “gracias” por cortesía y no porque lo sientan. En otras palabras, les enseñamos buenos modales y esperamos que sean capaces de decir mentiras, esto es, de ajustarse a las convenciones en la medida necesaria para lograr que la vida sea manejable. [...] La mayor parte de los niños son capaces de aceptar esta deshonestidad como precio que debe pagarse por la socialización. Algunos nunca lo logran. Quizá porque alguien trató de enseñarles a decir “gracias” demasiado pronto, o porque ellos mismos quedaron fuertemente atrapados en este problema de integridad» (1964b). (Véase Winnicott, 1964, 1986a).

¹²⁷ Una última referencia a la psicopatología en la obra de Winnicott. Es importante poner el acento, como él mismo lo hace (1959-64) (Véase Winnicott, 1965b), en que la «clasificación» debe estar organizada centralmente alrededor del «grado o cualidad de la distorsión o deficiencia ambiental» (p. 137) y que Alfredo Paineira menciona como el interés de situar «el punto de anclaje de la falla fundamental» (comunicación personal).

verdadero *self* en acción. Sólo el verdadero *self* puede ser creativo y sólo el verdadero *self* puede sentirse real. [...] El verdadero *self* procede de la vida de los tejidos y funciones corporales, incluyendo la acción del corazón y de la respiración. [...] Al comienzo es esencialmente no reactivo a los estímulos externos sino primario. *De poco sirve formular la idea de un verdadero self, como no sea para tratar de comprender al falso self*, dado que su papel se limita a juntar los detalles surgidos de la experiencia de estar vivo [la cursiva es nuestra] (1960). (Véase Winnicott, 1965d).

Con el tiempo, el verdadero *self* se va complejizando y entonces, afirma Winnicott, será probablemente más correcto hablar de realidad interna. Aunque Winnicott va matizando este primer postulado-posición teórica que le cabría al verdadero *self*, no deja por ello de seguir sosteniendo su idea y de que ésta funcione como un referente esencial en su comprensión del desarrollo así como del tratamiento.

La noción de verdadero *self* es altamente elusiva y cuesta aprehenderla. No por eso será menos fundamental. Como afirma Winnicott, esta noción le parece necesaria, en primer lugar, para poder dar cuenta de la clínica del falso *self*, que, como hemos señalado anteriormente, gira en torno a sentimientos de irrealidad, futilidad y/o artificialidad de la propia experiencia. «El falso *self* se establece sobre la base de la complacencia» (1959-64, p. 133) (Véase Winnicott, 1965b). Como hemos visto, la complacencia es lo opuesto al gesto espontáneo.

A veces es conveniente tomar las definiciones y pensar qué nos están diciendo que no son, pensarlas en oposición. En este caso, afirma Winnicott, la fase más temprana es «una posición teórica», es decir, tal y como lo entendemos, un supuesto y no una afirmación dogmática, si por dogmática definimos, filosóficamente, un enunciado que pretende decir lo que la realidad es en sí misma. Para comprender el desarrollo humano y su condición, Winnicott parte del supuesto de que el primer movimiento que tiene sentido, teóricamente hablando, es el denominado «gesto espontáneo», que sería el verdadero *self* en acción. De esta última aseveración podemos concluir que el movimiento espontáneo, como acción que no es respuesta o reacción a un estímulo externo, es aquello en lo que consiste, en los orígenes, este verdadero *self*. Dicho de otra manera, lo que enfatiza Winnicott de esta consistencia es su cualidad de movimiento y su fuente. Estamos lejos, por el momento, de cualquier contenido psicológico específico. Otros dos elementos que Winnicott

sitúa y que caracterizarían esta primera aproximación al verdadero *self* son la creatividad y el sentirse real. Si «sólo» el verdadero *self* puede ser creativo y sentirse real, como afirma Winnicott, podemos invertir esta fórmula algo circular diciendo: la creatividad y el sentirse real son expresiones del verdadero *self*. Eso significa que el tipo de consistencia que por el momento tiene esta definición del verdadero *self* es la consistencia de la creatividad, como modo personal de relacionarnos y experimentar el mundo, y la experiencia de «estar siendo real» —estar siendo que se va fortaleciendo con el tiempo y el ejercicio de dicha creatividad en condiciones suficientemente buenas. Por otro lado, Winnicott nos reenvía al cuerpo y a su funcionamiento, junto con la elaboración imaginativa de dicho funcionamiento, como la experiencia primera del verdadero *self*. El verdadero *self* recoge los detalles que surgen de la experiencia de estar vivo. Winnicott enlaza ambos aspectos cuando sostiene, por un lado, que «la creatividad que me interesa aquí es universal. Pertenecce al hecho de estar vivos» (Véase Winnicott, 1971b, p. 67) y, por otro, cuando afirma, como en el epígrafe que hemos utilizado, que sentirse real es más que existir, ya que supone encontrar una forma de existir como uno mismo, es decir, creativamente. Vivir creativamente y sentirse real son elementos, pues, esenciales en su definición y, como los avatares del verdadero *self* mismo, no deben «darse por sentados» ya que según Winnicott:

[...] Se puede relacionar de manera útil vivir creativamente y el vivir mismo, y podemos estudiar las *razones de por qué ese vivir creativamente puede perderse* y por qué el sentimiento del individuo de que *la vida es real o significativa* puede desaparecer [la cursiva es nuestra] (1971, p. 69). (cit Winnicott, 1971b).

La universalidad potencial del fenómeno *no* tiene una vida asegurada. Esta creatividad primaria, que Winnicott viene manteniendo como supuesto desde muy pronto en sus desarrollos teóricos y que en las citas que hemos traído está intrínsecamente vinculada al vivir mismo, así como el sentimiento de que la vida es real y significativa, puede perderse si el ambiente no la recibe, no la acoge en su seno o, lo que es lo mismo, la aplasta. Winnicott ha afirmado, en diversas ocasiones, que al comienzo de la vida, las necesidades fisiológicas son, simultáneamente, necesidades emocionales.

Hemos dejado de lado, por el momento, lo que Winnicott denomina «idea personal», no porque no sea parte fundamental de su definición,

sino porque tenemos la impresión de que es algo que puede generar equívocos al usar el término «idea», que remite rápidamente a contenidos.

Por otro lado, y en otros textos, Winnicott alude al verdadero *self* como la transformación del «potencial heredado» y del «gesto espontáneo» a partir del encuentro con el otro, o sea, en un ambiente de sostén [*holding*] suficientemente bueno. Esa transformación del potencial heredado establece lo que puede denominarse la «continuidad del estar siendo» y la experiencia de esta continuidad forma la base del concepto de verdadero *self*. Es importante insistir en que esta experiencia tiene como condición que el otro reconozca y valide ese potencial y ese gesto a través de la construcción de un ambiente confiable, de una mirada viva que refleje lo que se le ofrece, dando cabida a la singularidad que habita ese gesto.

En otro texto de esos años, Winnicott nos propone, en relación a este tema, una nueva paradoja que nos pide, como suele hacer, que aceptemos y toleremos y que no pretendamos resolverla. Esta nueva paradoja nos abre otro vértice para la comprensión del concepto de verdadero *self*:

Al comienzo, el *infans* es totalmente dependiente de la provisión ambiental de una madre viva y su útero o cuidados. Pero, en términos psicológicos, debemos decir que *el infans es al mismo tiempo dependiente e independiente. Es esta paradoja la que debemos examinar*. Está todo lo que es heredado, incluyendo el proceso madurativo y tal vez las tendencias patológicas heredadas y esto tiene una realidad por sí misma y nadie puede alterarla; al mismo tiempo, el proceso madurativo depende para su evolución de la provisión ambiental [...]. Pero el proceso madurativo no fabrica al niño. A lo sumo permite que el niño realice su potencial [...]. *El padre y la madre no producen un bebé como un artista produce un cuadro y un alfarero una olla. Ellos han dado comienzo a un proceso de desarrollo que produce un huésped en el cuerpo de la madre y luego en sus brazos y en la casa provista por los padres, y lo que este huésped será está fuera del control de nadie. Los padres son dependientes de las tendencias heredadas del niño*. Uno puede preguntarse: «¿Qué pueden entonces hacer si no pueden fabricar su propio hijo?». Pueden, por supuesto, hacer mucho [las cursivas son nuestras] (1963, p. 83). (Véase Winnicott, 1965c, 1965e).

Nos hemos permitido esta larga cita porque en ella sitúa, de forma clara y con cierto sentido del humor, la paradoja que es propia del concepto que estamos tratando. Winnicott nos propone aceptar que el

niño sea, desde el comienzo, dependiente e independiente, paradoja que está, probablemente, en el centro de las controversias que ha despertado este concepto. Hay algo «dado», que es la herencia, las tendencias, el proceso madurativo, la concepción por parte de los padres de esa futura criatura, etc. Todas son condiciones necesarias, pero resultan insuficientes para dar cuenta de lo que es una existencia individual. No se «fabrica» un niño, por usar la expresión de Winnicott, como se hace un cuadro. Esta afirmación es relevante porque lo burdo y/o banal que puede parecer pone bien en evidencia que lo que se gesta, en el caso del niño, es un ser vivo, un «huésped», para seguir con esta metáfora, al que hay que hospedar, ofrecer hospitalidad, y siempre reconocerlo como otro, como otro independiente en su extrema y también fundamental dependencia. Es aquí, en este contexto, donde retomaría la «idea personal» que supone el concepto de verdadero *self*. Y, como podemos observar, no lo haría para pensar que consiste en un plan preconcebido, una «idea» ya formada en la «mente» (humana o divina) de alguien. Entendemos esta «idea personal» como ese singular existente que no puede ser reducido a ninguna de sus condiciones previas o concomitantes: no es la herencia, no son los procesos madurativos, no es la dimensión deseante de los padres... o mejor: es todas estas cosas lo que da lugar a un ser vivo cuya vida, cuya experiencia de estar vivo¹²⁸, en otra de las paradojas que nos plantea Winnicott, no está garantizada, no puede darse por sentada sino que será necesario construir. La paradoja habita los orígenes del *self* y el pensamiento de Winnicott no permite reducirla.

Diferentes opiniones sobre el concepto de verdadero *self*

Vayamos a algunos de los comentarios —polifonía interpretativa—, dentro del debate sobre este concepto, que nos permitirán, probablemente, acercarnos un poco más a su escurridizo significado.

Adam Phillips (1988) (Véase Phillips, 1988), *una de las voces* que haremos partícipe de este *pequeño diálogo*, sostiene que Winnicott «propuso una teoría esencialista cuya esencia, el verdadero *self*, por definición, no podía formularse salvo en los términos más rudimentarios [...]. Para Winnicott —continúa Phillips—, no se trataba de qué era real

¹²⁸ Que entiende como el despliegue de su creatividad.

para los seres humanos —lo cual presupondría una esencia conocida— sino de lo que, para cada persona, proporciona “la sensación [sentimiento] de real”. Esto es algo que sólo cada persona puede descubrir por sí misma». Winnicott, sostendrá Phillips, inventó con la idea de verdadero *self* «una categoría para lo idiosincrático», para lo que es propio de cada persona.

Alfredo Paineira, otro de nuestros *contertulios* —que ya es un clásico de la casa—, ha enfatizado mucho a lo largo de los años la importancia de este concepto. Aludiremos a dos de sus trabajos. En uno de ellos sostiene: «La *ipseidad*¹²⁹, podríamos decir, no nace en su primer despliegue de una enajenación; cuando se enajena ya hay un alguien que se enajena y que es susceptible de recuperarse [...]. [La persona] se va transformando en protagonista de una historia que hace con otros, pero no nace su primer despliegue de esa relación [...]. El hombre no es una tabula rasa, no es un material que permite ser configurado de cualquier manera; si no hay una persona, reconocida como tal, cualquier abuso es pensable» (2007) (Véase Paineira, 2007). En otro texto reciente afirma: «Si, como dice Winnicott, [...] hay un algo original e irrepetible en cada ser humano que va a ser protagonista o víctima de una historia única, es también porque el escorzo desde el cual uno ve la realidad y el lugar desde el cual uno la vive es, también, único» (2009). (Véase Paineira, 2009).

Nuestro *tercer contertulio* será Simón Grolnick (1990) (Véase Grolnick, 1990). Este psicoanalista estadounidense afirma que «para Winnicott, sentirse real, sentirse en conexión con los otros y con el propio cuerpo y procesos era algo esencial para vivir una vida. Esto está representado en sus conceptos de *verdadero y falso self*. Si el *infans* o el niño pueden sentirse sostenidos pero no dirigidos y dominados, existe una posibilidad para la expresión de un *self* interno, sensorio-motor, de las “tripas” [se refiere a algo muy propio]. Pero esto debe ser precedido por una experiencia suficiente de espejamiento [especularización, *mirroring*] en la cual el

¹²⁹ *Ipsiedad* viene del latín *ipse* y alude al *self*. Paul Ricoeur (Véase Ricoeur, 1990) ha trabajado sobre el *self* —*soi*— o identidad personal, en su libro *Soi même comme un autre* (1990). Tratando de separar dos significados centrales de la identidad ha opuesto la identidad-*ipse* (*ipseidad*) y la identidad-*idem* (mismidad) —tanto *ipse*, como *idem* vienen del latín y hacen referencia *self*. En sus definiciones de base, Ricoeur (Véase Ricoeur, 1990) dirá que a diferencia de la identidad-*idem* (mismidad) que conlleva la permanencia en el tiempo, la identidad-*ipse* (*ipseidad*) «[...] no implica ninguna aseveración referida a un pretendido núcleo no cambiante de la personalidad» (p. 13). En sus desarrollos verá en la identidad narrativa un lugar de articulación sin recubrimiento de estas dos dimensiones de la identidad.

cuidador ha dado al niño la validación de su experiencia interna». Y continúa más adelante: «El verdadero *self* de Winnicott es, en parte, algo dado y, en parte, requiere validación. Winnicott presupone una autenticidad e inocencia fundamental. [...] En acuerdo con los estudios sobre diferencias constitucionales, Winnicott ve a cada *infans* como una orquesta única que produce sus propias melodías con su propio ritmo y variaciones tonales. Si el cuidador tiene un oído razonablemente bueno, la música del niño puede ser oída y respondida con cuidados y empatía. [...] Winnicott enfatiza el gesto espontáneo y, posteriormente, la idea personal que, con suerte, puede ser reconocida y recibida».

Christopher Bollas¹³⁰, *cuarto contetulio*, ha trabajado sobre el verdadero *self* a partir de la idea de «idioma». Sostiene que Winnicott introdujo este concepto, pero que no se esforzó en ampliarlo:

Para el diseño de proporcionar una teoría del verdadero *self* juzgo importante destacar que este *self* nuclear es la presencia singular de existir que cada uno de nosotros es; el idioma de nuestra personalidad. Somos complejidades singulares de ser humano, tan diferentes en la conformación de nuestro carácter como en nuestra fisonomía; nuestros diseños de persona encuentran su expresión en los distintos albergues (compuestos por todos aquellos objetos que seleccionamos para cultivar nuestros requerimientos, deseos e intereses) que creamos en el curso de nuestra vida. Como conjunto de disposiciones orientadas genéticamente, el *self* existe antes del allegamiento al objeto. Sin embargo, es sólo un potencial, porque depende del cuidado materno para su evolución. Dado que sus expresiones gestuales y sus reclamos intersubjetivos nunca son independientes de la interpretación del otro, su evolución dependerá de las facilitaciones del padre y de la madre. Pero ningún ser humano es sólo verdadero *self*. Cada disposición heredada es cruzada por el mundo real y uno de los resultados de esta dialéctica entre idioma de personalidad y cultura es la vida psíquica (1989). (Véase Bollas, 1989).

Nuestro *último contetulio* será Stephen Mitchell. La posición de este psicoanalista sobre este asunto tiene varias lecturas. Por un lado, es indudable su crítica a un concepto de verdadero *self* en que domine una visión espacializada de este último. Afirma que las metáforas espaciales han sido usadas con frecuencia en un sentido extremadamente concreto

¹³⁰ Utilizaremos aquí la traducción española ante la imposibilidad de acceder al ejemplar inglés. Aun así, nos permitiremos traducir lo que imaginamos aparece en el texto original como *true self* por «verdadero *self*» y no como «propio-ser genuino», propuesto en la traducción española.

con la consiguiente reificación de dicho concepto. Piensa que es preferible hablar de autenticidad y ubicar esta noción en relación al tiempo:

La diferencia crucial entre autenticidad e inautenticidad reposa no en contenidos específicos sobre lo que siento o hago, sino en la relación entre lo que siento y hago y la configuración espontánea y el flujo de mi experiencia en un momento determinado. [...] El grado en el que un acto o un sentimiento representa o representa erróneamente al *self* personal no depende de su contenido, sino de su lugar en un contexto y configuración de la experiencia tal y como es continuamente organizada, desorganizada y reorganizada en el tiempo [...]. ¿No implican también estos términos un «núcleo», un «verdadero» o «real» yo [*me*] que existe en algún lado (contrabandeando nuevamente la metáfora espacial)? No. Tenemos un sentimiento de nuestra experiencia en el tiempo. Podemos determinar una nueva experiencia en términos de continuidad o discontinuidad con el pasado y el presente; una nueva experiencia puede representar y expresar nuestra historia y estado actual o negar y traicionar nuestra historia y estado actual, o reconfigurar nuestra historia y estado actual de modo nuevo y enriquecedor. El sentimiento de autenticidad es siempre una construcción y, como construcción, está siempre en relación con otras posibles construcciones del *self* en cualquier otro momento (1993, pp. 130-31). (Véase Mitchell, 1997).

Demos la palabra a Winnicott nuevamente. Jeannine Kalmanovitch, su traductora al francés, le hace una serie de preguntas poco antes de su muerte, entre las que se encuentra una en relación al concepto de *self*. El 19 de enero de 1971 le escribe Winnicott a su traductora (será su última carta) comentándole que le ha mandado un manuscrito a J-B. Pontalis (Winnicott 1970) que en lo principal se refiere al término *self*. Dice allí:

Me preguntaba si era capaz de escribir algunas notas sobre este término, pero, por supuesto, desde el momento en que me puse a ello me di cuenta de que había mucha incertidumbre, incluso en mi propia mente, sobre su significado para mí. Escribí lo siguiente: para mí el *self*, que no es el ego, es la persona que yo soy [*who is me*], y solamente yo [*who is only me*], que posee una totalidad basada en las operaciones del proceso madurativo. Al mismo tiempo, el *self* tiene partes y está constituido por ellas. Estas partes se aglutinan en una dirección interior-exterior en el curso del proceso madurativo auxiliadas según el caso (en un grado máximo al comienzo) por el ambiente humano, que sostiene [*holds*] y manipula [*handles*] y, de una manera viva, facilita. [...] Es el *self* y la vida

del *self* los que dan sentido a la acción o al vivir desde el punto de vista del individuo que ha crecido y que continúa creciendo desde la dependencia e inmadurez hacia la independencia y la capacidad de identificarse con los objetos maduros de amor sin perder su identidad individual.

[...] Intentaré ayudarla un poco mejor. Pienso que el uso del término *self* denota una óptica diferente a la que hace utilizar el término ego. En el primer caso, de esta plataforma uno se inserta directamente en la vida, en el marco de lo que está vivo [*est vivant*]; en el segundo caso, los que emplean la expresión ego en sus palabras o en sus escritos, lo hacen de un modo más distanciado, con menos compromiso de su lado, más claridad tal vez también pues están en condiciones de sacar partido del modo de aproximación intelectual (Véase Clancier y Kalmanovitch, 1984, p. 107; también en Winnicott, 1970). (Véase Winnicott, 1991f, 1993i o 2007h).

Algunas conclusiones inconclusas

Creo que las citas que hemos seleccionado abren suficientemente el abanico de problemas, aportes e interrogantes que plantea este concepto y, por supuesto, no pretendemos reducir su potencial ambigüedad, ya que pensamos que enriquece más sostener este tipo de problemas que cerrarlos —aunque a veces nos resulte difícil aguantar la tensión que esta ambigüedad conlleva. Sólo tomaremos muy sucintamente algunos de los asuntos que estas citas, enormemente ricas, sugieren.

Winnicott abrió con su concepto de verdadero *self* un debate que, como bien dice Bolas, no se preocupó de cerrar. Como hemos visto, poco antes de su muerte aún reivindica cierta ambigüedad del concepto al afirmar que la idea de *self* nos pone de lleno en la vida, en la experiencia y en sus significados, siempre singulares para cada persona. Cuando afirma que el *self* es «la persona que soy yo y solamente yo», está aludiendo a esa existencia singular, irreductible y, por lo tanto, irremplazable. Dicho esto, nos gusta mantener en tensión —o juntos— esta forma de comprender el concepto con la visión antiesencialista que plantea Phillips cuando afirma que Winnicott describe con este concepto una esencia sin esencia —o sin consistencia—, una categoría para lo idiosincrásico, para lo propio. Este propio lo entendemos, como ha dicho Mitchell, no en términos de contenidos específicos, sino más bien de realidad específica. Esta realidad específica es la alteridad básica que

representa el *infans* para sus padres —o para cualquier otro. Como ha afirmado Winnicott en su paradoja de la dependencia-independencia, constitutiva del *infans*, una vez que ha sido traído al mundo es saludable que los padres lo hospeden como alguien a quien no conocen del todo, alguien que viene a recibir pero también a dar. Como enfatizan Paineira y Bollas (Véase Bollas, 1987, 1989 y Paineira, 1997, 2007), el *self* existe antes de vincularse; para que haya alienación debe haber primero «alguien» (*ipseidad*) que pueda realizar/padecer ese movimiento¹³¹. Pero es en la articulación al otro, a sus interpretaciones, a sus propias posibilidades, en donde esta singularidad se configura. Es este cruce entre un *self* potencial y el mundo intersubjetivo el que debemos sostener para albergar la paradoja que Winnicott nos propone. Probablemente sea más interesante, tanto teórica como clínicamente, afirmar este cruce en la base de nuestra comprensión de ser humano que decantarnos por alguno de los polos en tensión como primera «piedra filosofal».

Sin duda, esto nos lleva a un tipo de argumentación que muchas veces linda con terrenos que ponen en evidencia —o subrayan— las antropologías filosóficas que necesariamente nos habitan. En este sentido, creemos que parte del interés del concepto de verdadero *self* reside en su apuesta por la singularidad, por el respeto de lo personal de cada vida y de sus elecciones.

Acerca de un espíritu: digresión final

Hace un par de años (2008) (Véase Liberman, 2008), en la reseña de un libro de Alfredo Paineira, hablé del «deje romántico» de su pensamiento. Comentaba entonces que sostener una *ipseidad* que precede

¹³¹ El debate aquí es con las posiciones teóricas que privilegian la alienación como primer movimiento de constitución de lo psíquico, como es el caso de J. Lacan con su esquema de alienación-separación. Incluso psicoanalistas como Piera Aulagnier, que han defendido conceptos como el de «violencia primaria», constitutiva de lo psíquico, no dejan de diferenciar entre las madres que se relacionan con su hijo sólo como parte de ella («deseo de maternidad») de aquellas otras que, desde el comienzo, lo reconocen en su alteridad, en su ajenidad («deseo de hijo»). Esta distinción se encuentra del lado de la madre, de las condiciones saludables para la recepción del hijo. Pero, inevitablemente, suponen una atribución de subjetividad irreductible desde el comienzo al niño que no llegamos a entender muy bien porque luego, a la hora de teorizar su desarrollo, no se sigue sosteniendo o recogiendo de alguna manera. Por supuesto, partimos del interés que nos han despertado estos pensamientos de los que nos hemos nutrido en nuestra formación analítica por cuestiones de época.

al encuentro con el otro le permite al autor, como supuesto, desarrollar muchos otros aspectos de su pensamiento: el límite infranqueable al abuso de poder, a cualquier esfuerzo de reducir la subjetividad única de esos miles de millones de personas o seres únicos que componen la sociedad, como le gusta decir inspirado por Winnicott, a una masa absolutamente informe, plástica, que permitiría a cualquier «Gran Hermano» hacer de ellos lo que su voluntad quisiese. Por supuesto, éste es un tema difícil y arriesgado, con enormes matices y escollos. Esto no impide que ese «deje romántico» del pensamiento, esa reivindicación a ultranza de la subjetividad única, pueda constituir una base compartida —aunque diversamente fundamentada— de una ética de la autenticidad (Véase Ch. Taylor, 1994).

Hoy me gustaría decir esto de Winnicott y, sobre todo, en relación al asunto que tenemos entre manos. Voy a tomar la categoría de «romanticismo», como lo hace Argullol (1982), no tanto o no sólo para circunscribir un periodo histórico (finales del siglo XVIII y XIX), sino como expresión de un conjunto amplio de pensadores que a lo largo de la historia reaccionaron frente a las tentaciones recurrentes de hacer desaparecer al sujeto-agente en la consideración de la condición humana. Sin pretensiones cronológicas ni, menos aún, exhaustivas, sí me gustaría evocar los siguientes hitos: el nacimiento del movimiento propiamente romántico frente a los excesos de una ilustración que aplastaba las diferencias individuales en el hombre universal, retorno encubierto del oscurantismo medieval del que supo es su día liberarnos; el sobresalto de Kierkegaard levantando su voz contra los excesos de los profesores hegelianos quienes pensaban que todo acontecer cabía, como decía Kierkegaard, en un párrafo de la lógica de Hegel, o sea, alertándonos frente a la «locura objetiva» o «recitante», locura de la «ausencia de interioridad» que supone la anulación del «pensador existente»; también Pascal en su empeño en mostrar la insuficiencia de *l'esprit géométrique* a la hora de dar cuenta de aquello más relevante de la realidad humana concreta, sólo accesible gracias a *l'esprit de finesse*; también un Bergson advirtiéndonos que el racionalismo neo-kantiano y su método analítico-discursivo nos hacía perder de vista la singularidad con la que entramos en contacto, sólo accesible vía intuición; y, finalmente, la obra de Lévinas como, entre otras cosas, protesta frente a la disolución del existente en la existencia y reivindicación de la primacía de la ética sobre la ontología.

En esta línea tomaré sólo una de las definiciones que Isaías Berlin propone como núcleo del «romanticismo», sin desconocer la

complejidad y, justamente, heterogeneidad que lo habitan. Cito con ciertos recortes:

Ninguna doctrina que tenga como núcleo central una concepción monista de la verdad y lo bueno o lo bello, o una teleología según la cuál todo conspira hacia una solución final armónica, [...] ninguna doctrina de este género puede aceptar la variedad como un valor independiente en sí a alcanzar [...]. Este culto a una variedad rica fue, sin embargo, lo que constituyó el núcleo básico del movimiento romántico [...]. El pintor, el poeta, el compositor no muestran un espejo que refleje la naturaleza, aunque sea ideal, inventan; no imitan [...], sino que crean no sólo los medios sino los objetivos que representan la auto-expresión de la propia visión única, interior del artista (1998, pp. 72-73). (Véase Berlin, 1998).

Pensamos, como dice I. Berlin y como también ha señalado Winnicott (1960) (Véase Winnicott, 1965d), que los poetas y los artistas han tratado a lo largo de la historia de dar cuenta, cada uno a su manera, de esta presencia única e insustituible que Winnicott trata de articular en su concepto de verdadero *self*.



LA TENDENCIA ANTISOCIAL¹³² DEPRIVACIÓN Y DELINCUENCIA

Por Augusto Abello Blanco

[...] Si ustedes comienzan a amar a un niño que no fue amado en sentido preverbal, pueden verse en un embrollo. El niño robará, romperá vidrios, torturará al gato y hará toda clase de tropelías. Tendrán que sobrevivir a todo eso, el niño los amará porque fueron capaces de sobrevivir.

Winnicott

Introducción. El marco histórico

De la misma forma que el encuentro que se produce en la formación —y en la vida— de Winnicott entre la pediatría y el psicoanálisis generará la producción original que conocemos en torno al desarrollo emocional temprano y que atraviesa toda la obra del autor inglés, el encuentro entre situaciones muy específicas de niños evacuados en la Segunda Guerra Mundial y la formación y la práctica clínica en salud mental, que Winnicott ya atesoraba, marcará otra línea —muy rica— de desarrollos teóricos y clínicos. Dichos desarrollos los encontraremos en

¹³² Como ya ha ocurrido anteriormente en este libro, el título de este capítulo coincide con el de un artículo central de Winnicott al respecto. El subtítulo —*Deprivación y delincuencia*— concuerda con el título del libro en el que se engloban la inmensa mayoría de los trabajos de Winnicott sobre este tema. Se trata de trabajos de muy diversa índole, teóricos y clínicos, desde escritos, hasta cartas, pasando por conferencias y presentaciones en radio. También —y como ocurre con los otros grandes temas de Winnicott— enormemente variado es el público al que van dirigidos sus trabajos, desde colegas, hasta trabajadores sociales, padres y madres, familiares de niños adoptados, profesionales que trabajan en el ámbito de la justicia, etc.

la obra del analista inglés que da título a este capítulo, «La tendencia antisocial» (Véase Winnicott, 2007k) y que se propone como una introducción a sus ideas fundamentales al respecto.

La influencia de estas experiencias no ha sido pequeña en su obra, aunque quizás ha sido poco difundida. En palabras de su compañera de equipo y de fatigas en esos años —y más tarde su segunda mujer— Clare Winnicott:

No hay duda de que este trabajo junto a los niños deprivados confirió una dimensión completamente nueva al pensamiento y la práctica profesional de Winnicott, y gravitó en sus conceptos fundamentales sobre el crecimiento emocional y el desarrollo (1954, p. 11). (Véase Clare Winnicott, 2007e, 2007f).

Él mismo, siendo ya psiquiatra infantil y refiriéndose al recurso de los albergues infantiles, nos dice:

Como médico de un hospital de niños en Londres, me impresionó la forma en que esta solución de tiempos de guerra resolvía el problema relativo al manejo de los tempranos casos antisociales en épocas de paz.

Debido a mi posición, pude constituirme en un vínculo entre el niño, los padres o parientes y los custodios del albergue, y también entre el pasado, el presente y el futuro del niño¹³³ (1948, p. 85). (Véase Winnicott, 2007a).

Creemos razonable pensar que ambas particularidades en la vida y en la formación de Winnicott, su condición de pediatra y la participación activa que durante años desplegó en el Plan de Evacuación de Personas, son variables esenciales para entender el lugar que la *realidad externa o ambiente* —por diferenciarla de la *realidad psíquica*, ámbito privilegiado del psicoanálisis— ocupa en la obra del analista inglés. Ambas cuestiones,

¹³³ Tenemos la impresión de que esta línea de pensamiento y clínica de Winnicott —todo lo relacionado con la tendencia antisocial y sus posibles abordajes psicoterapéuticos— ha quedado eclipsada por otros desarrollos más conocidos del autor. Creemos también que éste es un vasto tema que merece ser conocido y difundido.

que forman parte significativa de la *ecuación personal del analista*¹³⁴, ayudarían a entender mejor la articulación que Winnicott propone constantemente entre *el ambiente*, la *realidad psíquica* y sus dinamismos —tal y como los entiende el psicoanálisis— y la psicopatología y una teoría de la cura.

Esa necesidad de incluir la realidad como parte insoslayable en la comprensión del sujeto —tanto en los aspectos saludables como en su padecimiento— adquiere un valor especial en aquellos casos que incluyen situaciones traumáticas. En ausencia de algún grado de traumatismo significativo —*cuando las cosas van bien*—, el mismo Winnicott consideraba razonable seguir trabajando con las categorías clásicas que el psicoanálisis planteara hace ya más de un siglo.

Al estallar la Segunda Guerra Mundial, Winnicott es nombrado psiquiatra consultor en el Plan Oficial de Evacuación de Personas y le tocará atender las necesidades de los evacuados, niños especialmente, de una zona de Inglaterra. Y dentro de los niños que pusieron a su cargo estaban aquellos que no podían ser alojados en hogares particulares, sino en instituciones públicas, ya que antes del momento de la evacuación y

¹³⁴ En palabras de Ariel Liberman (comunicación personal): «Entendemos hoy como *la ecuación personal del analista* aquellas características de su irreductible singularidad que participan, queramos o no, en nuestra forma de llevar a cabo los tratamientos. Sabemos que la formación analítica, lo que se conoce como su trípode básico —análisis personal, supervisión y estudio de la teoría— ha tenido como objetivo reducir, en la medida de lo posible, dicha ecuación. Pero ya el mismo Freud, quien planteó este problema en, por ejemplo, *¿Pueden los legos ejercer el análisis?* (1926) (Véase Freud, 1997b) y en muchos otros lugares —también en relación al problema de la contratransferencia—, terminó aceptando lo inevitable de su presencia aunque con la expectativa, aún entonces, de que se alcanzaría una mayor uniformidad de la ecuación personal gracias al análisis didáctico». Relacionado con esta cuestión e igualmente para el caso de Freud, C. Nemirovsky plantea: «Enmarcado por la Europa central de entonces, él acrisola en su formación cultural los valores de su época y también los valores familiares y personales: desde allí va construyendo los cimientos del método analítico a partir de su autoanálisis (finalmente el análisis de un adulto sin graves padecimientos) y del análisis de sus pacientes, también adultos» (Véase Nemirovsky, 2007, p. 32). Como curiosidad, el término *ecuación personal* proviene de la astronomía y de cómo también allí las condiciones subjetivas de observación afectan de alguna manera al objeto estudiado.

Por otro lado, de acuerdo con Winnicott, debemos sumar todas las enseñanzas que nuestros pacientes nos ofrecen cada día, idea que ha quedado acuñada en la dedicatoria de su último libro, *Realidad y juego*, en la que se puede leer: «A mis pacientes, que pagaron por enseñarme». (Véase Winnicott, 1971b).

separación de sus familias ya habían presentado dificultades en su desarrollo¹³⁵.

En este proyecto de alcance nacional, Clare Britton, más tarde Clare Winnicott, trabaja como asistente social en la unidad que administraba cinco albergues para niños «demasiado trastornados»¹³⁶, que quedarán bajo responsabilidad de Winnicott en los temas relacionados con salud mental.

En este punto debemos hacer una digresión: el hecho de que Winnicott conociese a Clare en este contexto, a la sazón asistente social¹³⁷, no es una casualidad; Winnicott disfrutaba trabajando con profesionales que no eran analistas, transmitiendo sus conocimientos o coordinando equipos. A lo largo de su vida lo hizo con el personal a cargo de los niños en los albergues citados; con matronas, enfermeras y médicos en el caso de la atención psicológica y psiquiátrica a la infancia; con trabajadores sociales en muchos ámbitos; con maestros y personal del ámbito educativo; abrió debates con personal de la justicia, con periodistas; se dirigió a personas de todo rango por radio y televisión, etc. Parece evidente que creía firmemente en los *equipos multidisciplinarios* y estaba convencido de que había muchas formas de intervenir en salud mental y a favor de la obtención de cambios en las condiciones de vida de las personas, y todo ello, claro, sin dejar de ser psicoanalista.

Volvamos al tema central. A través de su libro *Deprivación y delincuencia* (Tomo III de la edición 2007: RBA), en el que se reúnen la mayor parte de los trabajos en relación a este vasto tema, vemos cómo la experiencia que venimos resumiendo ha marcado buena parte de la obra y de la clínica de Winnicott. Esta influencia no se limita —como podía esperarse— a situaciones tan específicas como las derivadas de una guerra mundial —que también—, sino que a partir de ellas, tan singulares como traumáticas, se ha generado una reflexión sobre el tema de la deprivación

¹³⁵ Dirá Winnicott poco tiempo después de terminada la Segunda Guerra Mundial: «[...] Es de gran importancia saber si el niño tuvo o no una relación satisfactoria con la madre. Si ha tenido la experiencia de una buena relación temprana, aunque la haya perdido, podrá recuperarla en su relación con algún miembro del personal. Si ese buen comienzo nunca se dio, el albergue no tiene ninguna posibilidad de crearlo, *ab initio*» (1947, p. 73). Veremos más adelante cómo esta idea constituye un pilar central en los desarrollos al respecto.

¹³⁶ Del prólogo de Clare Winnicott en el libro *Deprivación y delincuencia* (1954). (Véase Winnicott, 2007e, 2007f).

¹³⁷ Más tarde se formaría como psicoanalista y ejercería como tal.

y sus consecuencias en los hogares no sujetos a situaciones extraordinarias. Tanto es así que al final de la contienda bélica, Winnicott propone a las autoridades competentes que el programa de albergues infantiles que se había implementado durante la guerra sea reutilizado en tiempos de paz para niños con dificultades severas en relación a sus tendencias antisociales¹³⁸.

A juzgar por el nivel de implicación de Winnicott en relación a este tema —trabajó durante años con entusiasmo, escribió decenas de trabajos, impartió otras tantas conferencias, escribió cartas, se dirigió a autoridades de diversa índole con ideas y solicitudes, se comprometió en acciones sociales y jurídicas, etc.—, nos parece claro que la envergadura de su interés ha sido notoria. Creemos que el valor que él le ha otorgado al tema no ha quedado reflejado después en el conocimiento general que los analistas tenemos de su obra. Quizás, como apuntamos anteriormente, porque quedó eclipsada por otras partes muy ricas de su propia obra.

Como no podía ser de otra manera, los hallazgos que Winnicott ya llevaba realizados en el campo del desarrollo emocional temprano se articularán con las observaciones de las vivencias en los niños deprivados¹³⁹, enriqueciendo ambos temas. En este sentido, vemos que una idea general que Winnicott transmitía en cada una de las reuniones semanales que tenía con todo el equipo de los albergues era que las múltiples y variadas crisis que los niños y adolescentes presentaban había que *vivirlas con ellos* antes que *reaccionar* ante ellas, y/o contra ellos, ya que si se abordaban con un mayor compromiso vivencial, la «tensión disminuía y se renovaban la confianza y la esperanza», como señala Clare Winnicott (1954, p. 11). (Véase Clare Winnicott, 2007e y 2007f).

Otra de las ideas que resulta de la combinación de áreas de pensamiento en Winnicott es la que transmitía una y otra vez y cuyo

¹³⁸ En 1948 Winnicott publica «Albergues para niños en tiempos de guerra y de paz». (Véase Winnicott, 2007a).

¹³⁹ El término «deprivado» no aparece en el diccionario de la RAE. No obstante, hemos preferido usar dicho término por la fuerte presencia que tiene en las traducciones de Winnicott al español y por la frecuencia con que aparece. El término más cercano que hemos encontrado —y que refleja en buena medida de qué estamos hablando— es «privar», sobre todo en las acepciones que indican: a). Despojar a alguien de algo que poseía; b) Destituir a alguien de un empleo, ministerio, dignidad, etc. A pesar de todo, en la traducción que usamos, Winnicott hace una distinción entre privación y deprivación, situando a la segunda como más crítica y con peores consecuencias en el desarrollo del sujeto, mientras que la privación sería un grado no patológico de carencia.

resumen —parafraseando a Clare— sería que no es posible difundir actitudes valiéndose únicamente de las palabras, «sólo se las puede captar por la asimilación de elementos presentes en las *relaciones* vitales» (1954, p. 12) (Véase Clare Winnicott, 2007e y f). Destacamos el lugar que cobra en esta refrescante idea el valor de la *relación*. Es en la *relación* —a partir de ella o a través de ella— donde se nos hace posible transmitir una buena porción de cuestiones ligadas al cambio que procuramos conseguir y de mensajes que queremos hacerle llegar a nuestro interlocutor. También es interesante observar, en esa misma idea, asuntos que remiten a todo lo que hoy conocemos bajo el concepto de *conocimiento relacional implícito*¹⁴⁰. Sabemos, además, que todo aquello que está contenido en el concepto de «lo preverbal» —y que es un vasto universo de cuestiones— encontrará en la *relación* su medio más genuino y natural para ser compartido.

De la experiencia vivida con el Plan Oficial de Evacuación de Personas nació un proyecto de mayor envergadura. Se creó primero un Comité de Investigación sobre el Cuidado de Niños Separados de sus Padres —el Comité Curtis, al que tanto Winnicott como Clare prestaron sus servicios transmitiendo sus experiencias y conocimientos—, y más tarde se consiguió sancionar la Ley de Menores de 1948, que se considera un hito en la historia de los logros sociales en Inglaterra.

Terminamos esta breve introducción con una cita de Clare Winnicott que resume muy bien algunas de las enormes dificultades que aquellos profesionales debieron afrontar y de las ideas centrales del tema:

Hoy, como siempre, la cuestión práctica reside en saber cómo puede mantenerse un medio que sea lo suficientemente humano y lo suficientemente fuerte para contener tanto a los que brindan asistencia cuanto a los deprivados y delincuentes, quienes, pese a necesitar desesperadamente cuidado y contención, hacen cuanto está en sus manos para acabar con ellos cuando lo tienen (1954, p. 13). (Véase Clare Winnicott, 2007e y f).

¹⁴⁰ Para más información sobre este tema véase en *Clínica e Investigación Relacional*, vol. 4, n° 2, 2010 (www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen42Junio2010/tabid/728/Default.aspx) y el artículo de Karlen Lyons-Ruth, «El inconsciente bipersonal: el diálogo intersubjetivo, la representación relacional actuada y la emergencia de nuevas formas de organización relacional», *Aperturas*, n° 4, 2004.

La tendencia antisocial como concepto

Winnicott propone un abanico amplio de fenómenos clínicos y cotidianos que pueden pensarse bajo este concepto, o bajo el concepto más concreto de *conducta antisocial*. Son aquellos que van desde la voracidad del bebé (como modalidad más temprana de esta tendencia) y el descontrol de esfínteres —especialmente «mojar la cama»—, pasando por la capacidad de *fastidiar* al entorno, *hacer mucho lío* y crear ambientes conflictivos, hasta los actos psicopáticos que van de la mentira al robo incluyendo diversos grados de destructividad. O, como los resumió Winnicott con su particular estilo, «van desde mojarse en la cama hasta provocar el descarrilamiento de trenes» (1948, p. 81). (Véase Winnicott, 2007a).

Ya hemos visto en otros capítulos de este mismo libro algo que constituye una seña de identidad de nuestro autor y que también aparece en la investigación de este tema. Nos referimos al lugar que ocupa en su pensamiento todo lo relativo a la dotación ambiental —en su articulación con la vida psíquica del sujeto, incluyendo las dinámicas inconscientes— como variable explicativa fundamental y cómo desde ahí se desprende también una forma de pensar el abordaje clínico. Será en el apartado dedicado al tratamiento de estos casos —y que el lector encontrará en este capítulo más adelante— donde aparecerán la creatividad y la originalidad de Winnicott a la hora de enlazar los aspectos teóricos con los abordajes terapéuticos posibles.

La denominación conceptual que Winnicott utilizaba para englobar estos trastornos es variada; nos encontramos en ocasiones con el concepto de «trastornos de conducta» que asimilaba a «trastornos del carácter» y ambos como expresión de la tendencia antisocial¹⁴¹.

Tanto la situación-problema —las conductas antisociales— en la que Winnicott venía trabajando, como las ideas en relación a su etiología —la separación temprana entre el infante y su entorno— son compartidas al mismo tiempo, aunque con algunas diferencias, con J. Bowlby, que a la sazón trabajaba en la Clínica de Orientación Infantil. Bowlby publicará

¹⁴¹ La cuestión terminológica sobre este tema, en ocasiones poco clara en Winnicott, queda explicitada con cierto detalle en su artículo de 1963, «Psicoterapia de los trastornos del carácter», en *Deprivación y delincuencia*. (Véase Winnicott, Tomo III edición 2007, RBA).

en 1940 (Véase Bowlby, 1940) un trabajo de investigación sobre el estudio de ciento cincuenta niños¹⁴² con diversas afecciones (algunas de las cuales Winnicott englobará bajo el concepto de tendencia antisocial) y se mostrará muy interesado en las vicisitudes de la separación temprana del bebé de su madre-entorno. Desarrollará en los años venideros, como sabemos, la que conocemos hoy como *Teoría del apego*.

De hecho, llama la atención lo temprano que tanto Bowlby como Winnicott toman conciencia sobre este tema y lo pronto que plantean con claridad meridiana la relación que se puede establecer entre *deprivación y delincuencia*. Como muestra de esa prontitud y de la capacidad de acción y compromiso que han demostrado, diremos que ambos, en diciembre de 1939 —junto con Emanuel Miller—, dirigen una carta al *British Medical Journal*¹⁴³. En ella se advierte de las nefastas consecuencias que para los «niños de dos a cinco años» puede tener la separación de su entorno y especialmente de sus madres. Separación que estaba incluida en muchas de las medidas de los planes de evacuación que se estaban implementando a raíz de la recién iniciada guerra mundial. Destaquemos la clara idea central de la carta como resumen de la preocupación más general:

Si bien un niño de cualquier edad puede sentirse triste o perturbado por tener que abandonar su hogar, lo que aquí queremos señalar es que, en el caso de un niño pequeño, tal experiencia puede implicar mucho más que la tristeza manifiesta. De hecho, puede equivaler a un «apagón» [*blackout*] emocional y dar origen fácilmente a una grave alteración del desarrollo de la personalidad, capaz de perdurar toda la vida [corchetes en la traducción al español] (1939, p. 21). (Véase Winnicott, 2007d y 2007g).

Vemos cómo, en el mismo año en el que comienza la Segunda Guerra Mundial, empiezan a pensarse parte de las consecuencias —en los planos psicológico y afectivo— que el movimiento masivo de personas generaría.

¹⁴² «The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character», *International Journal of Psycho-Analysis*, nº 20, 1940. Winnicott publicará una reseña a ese trabajo en el *British Medical Journal*, del 16 de junio de 1951 bajo el título de «Las bases de la salud mental». Publicado en español en *Deprivación y delincuencia*. (Véase Winnicott, 2007i).

¹⁴³ Incluida en la primera parte —«Niños sometidos a tensión: la experiencia bélica»— de *Deprivación y delincuencia* [D. Winnicott, *Obras Escogidas*, tomo III, 2007, p. 21]. (Véase Winnicott, tomo III de la edición RBA).

Adelantemos, en esta breve reseña, que lo original del concepto de Winnicott no es su descripción. Obviamente, eso era algo muy conocido desde tiempo inmemorial y estudiado por muchas disciplinas. La novedad consistiría en pensar que dicha conducta incluye un significado inconsciente con un valor positivo y esperanzador para el sujeto que la llevaba a cabo. Y algo más: que *dependiendo de la respuesta del entorno* será posible conseguir, a partir de ella, logros también de signo positivo. Resaltemos en esta idea su aspecto relacional: la primera conducta —la antisocial— adquiere valor positivo, siempre y cuando su par en la relación, el ambiente, responda de *forma apropiada*.

Desde esta mirada no habría posibilidad de otorgar significados definitivos al gesto del niño sin conocer la respuesta que llegará desde ese entorno, en ese momento. Así, la primera será susceptible de ser resignificada por la respuesta del segundo teniendo en cuenta que, desde este punto de vista, la conducta antisocial implica un acto comunicativo —relacional— que incluye a la otra parte, tal y como veremos más adelante con detalle. La lectura del fenómeno adquiere de esta forma la necesidad de ser tramitada en el marco de una relación, no de una individualidad.

Podemos pensar que estamos ante una paradoja más en Winnicott ya que un resumen posible de esta idea sería: *la delincuencia como síntoma de esperanza*. Veremos más adelante todo lo que esta frase implica.

La otra novedad que trae este concepto es la hipótesis que relaciona la etiología de esta tendencia con el desarrollo temprano y relacional del sujeto y cómo Winnicott logra insertar dicha tendencia dentro de la teoría psicoanalítica de una manera original.

Dos referencias al tema en la obra de Freud

Es sabido que algunos de estos fenómenos ya habían sido objeto de estudio por el psicoanálisis anterior a Winnicott.

Tomaremos dos ideas de la obra de Freud para intentar resumir otra línea alternativa —y representativa de la corriente que podemos llamar *clásica*— para pensar la cuestión que estamos presentando.

Freud se había ocupado del tema de la delincuencia y dejó artículos escritos al respecto. Especialmente se había centrado en algunos casos

que llamaron su atención ya que implicaban alguna trama psíquica e inconsciente en el accionar delictivo de esos sujetos. Pensamos que muchos de esos casos se encuentran en línea con los que llamaron la atención de Winnicott.

Para ellos, Freud postulaba la siguiente hipótesis: el acto delictivo tendría como origen una dinámica intrapsíquica; sus raíces se hundían en el mundo inconsciente del sujeto. En muchas ocasiones, el sujeto se veía compelido a delinquir para poder atribuir así el sentimiento de culpa que lo aquejaba —y que emanaba, según Freud, de motivos relacionados con el mundo edípico y por lo tanto inconsciente— a hechos que la conciencia pudiese ligar fácilmente a esa culpa. Sin esa *ficticia* ligazón entre culpa y delito manifiesto, el sujeto quedaba librado a una angustia intolerable, ya que esa culpa —que no tenía argumento ni razón de ser para la conciencia— dañaba al sujeto de tal manera que puede «producir una sensación de locura», como dirá Winnicott al referirse a la idea de Freud (1958, p. 33). (Véase Winnicott, 1965h).

En 1916, Freud publica un trabajo sobre un tipo particular de delinquentes. Se titula «Los que delinquen por conciencia de culpa». En referencia a un paciente suyo que cometía actos delictivos, escribe:

Éste sufría de una acuciante conciencia de culpa, de origen desconocido, y después de cometer una falta, esa presión se aliviaba. Por lo menos, la conciencia de culpa quedaba ocupada de algún modo [...]. Por paradójico que pueda sonar debo sostener que aquí la conciencia de culpa preexistía a la falta, que no procedía de ésta, sino que, a la inversa, la falta provenía de la conciencia de culpa. A estas personas es lícito designarlas como «delinquentes por conciencia de culpa» (cit Freud, 1916b, p. 338).

Winnicott se refiere a este trabajo de Freud en el artículo ya citado de 1958 «El psicoanálisis y el sentimiento de culpa» (Véase Winnicott, 1965h). En él muestra su acuerdo con Freud y postula que la hipótesis que maneja el padre del psicoanálisis para entender el acto delictivo se corresponde con los «casos normales» y divide en dos grandes grupos a los que presentan conductas antisociales:

La primera es común y está estrechamente asociada con la picardía corriente de los niños sanos. En términos de conducta, el motivo de queja es el robo, la mentira, la destructividad y la enuresis. Repetidamente encontramos que esos

actos se realizan en el marco de un intento inconsciente de dar sentido al sentimiento de culpa (1958, p. 33). (Véase Winnicott, 1965h).

En este caso, la «normalidad» a la que se refiere Winnicott está ligada a aquellas situaciones en las que el sujeto mantiene el sentimiento de culpa como un regulador importante de su vida y de sus actos. Sus aportes, de los que nos ocupamos en este libro, estarían dedicados al segundo grupo, en el que las conductas antisociales ya no son *normales* y el sentimiento de culpa no juega ese papel fundamental de regulación.

Volviendo al trabajo de Freud y aplicando la misma línea de razonamiento, esta vez en referencia al universo infantil, escribe: «En ciertos niños puede observarse, sin más, que se vuelven “díscolos” para provocar un castigo y, cumplido éste, quedan calmos y satisfechos» (1916, p. 339). (Véase Freud, 1916a y b).

Es lícito pensar que a estos *mismos niños* se refiere Winnicott —en muchas ocasiones— cuando trata el tema de las conductas antisociales. La diferencia, evidentemente, aparece a la hora de interpretar qué significados tienen las conductas de estos *niños díscolos*.

Con Winnicott podemos preguntarnos si, a través de esa condición de díscolo, el niño ¿estaría buscando «enviar un S.O.S. en busca del control ejercido por personas fuertes, cariñosas y seguras» (1946, p. 124) (Véase Winnicott, 2007b), capaces de poner límites a su accionar y que incluyan la función de sostén dentro de un ambiente sólido y confiable? Creemos que la pregunta abre una hipótesis muy distinta de la de Freud y que habría que explorar.

Otra pregunta, también desde el modelo *relacional* de entender el psicoanálisis, sería —y esta vez con postulados fairbanianos— si ese niño al que se refiere Freud, ¿*deseaba* un castigo o *necesitaba* la cuota de *contacto* que está incluido en todo castigo?

La otra referencia al tema aparece de manera algo indirecta, pero no por ello resulta menos interesante. En su trabajo «Las excepciones», también de 1916, Freud (Véase Freud, 1916a) describe a un tipo de pacientes con ciertas características particulares. El objeto del artículo es situar un tipo de sujetos que se resisten —en nombre de las excepciones que los acompañan— a aceptar el principio de realidad, defendiendo así el mantenimiento del principio del placer. Esa aceptación sería una tarea que todo sujeto adulto debe llevar a cabo. Son sujetos que defienden que

no deben acatar las leyes que todos acatamos, se sienten una excepción y reclaman privilegios por encima los demás mortales. Sus investigaciones llevan a Freud a decir:

En los casos indagados por mí se logró revelar una peculiaridad común a esos pacientes en sus *más tempranos destinos de vida*: su neurosis se anudaba a una vivencia o a un sufrimiento que los había afectado en la primera infancia, de los que se sabían inocentes y pudieron estimar como un injusto perjuicio inferido a su persona [cursivas en el original] (1916) (Véase Freud, 1916 a, p. 320).

Freud, al hablar de *excepciones* —especialmente—, se refiere a *agravios* que la naturaleza pudo cometer con estos sujetos al dotarlos de algún defecto físico, una deformidad, o negándoles la belleza mínima deseada. Parafraseando a estos sujetos, escribe:

Creemos tener pleno fundamento para poner mala cara a la naturaleza y al destino a causa de daños congénitos y sufridos en la infancia; exigimos total resarcimiento por tempranas afrentas a nuestro narcisismo, a nuestro amor propio (1916, p. 322). (Véase Freud, 1916a).

Al analizar, en el artículo ya citado, un monólogo de una obra de Shakespeare —*Ricardo III*—, Freud *interpreta* que el personaje viene a decir lo siguiente:

La naturaleza ha cometido conmigo una grave injusticia negándome la bella figura que hace a los hombres ser amados. La vida me debe un resarcimiento, que yo me tomaré. Tengo derecho a ser una excepción, a pasar por encima de los reparos que detienen a otros. Y aún me es lícito ejercer la injusticia, pues conmigo se la ha cometido¹⁴⁴ (1916, pp. 321 y 322). (Véase Freud, 1916 a).

Luego comenta que cualquiera de nosotros podría hacer algún tipo de reivindicación parecida, y que el caso citado de *Ricardo III* sería una «magnificación gigantesca» de un aspecto que podemos descubrir en todos nosotros. Propone, por lo tanto, que los sujetos estudiados estarían utilizando algún hecho penoso y *excepcional* acaecido en sus años más tempranos para lograr lo que todos deseamos: no acatar el principio de la

¹⁴⁴ Lo cierto es que Freud no debe alejarse mucho del texto literal en la obra para llegar a esta interpretación. Sólo realiza algunos retoques.

realidad, tantas veces frustrante y sentirse así con derechos extraordinarios para instalarnos de lleno en el principio del placer. De esta forma, Freud minimiza los hechos acaecidos en la vida de ese sujeto en su más temprana infancia y señala que sólo serán usados como excusa para lograr otro fin. Aun cuando esos hechos pudiesen incluir algún valor traumático. No se detiene a evaluar —ni le interesa— qué consecuencias ha podido tener sobre el sujeto aquello ocurrido *realmente* en su vida. Lo descarta como variable explicativa, solamente la toma como coartada.

Sabemos que Winnicott, a diferencia de Freud, sí toma en cuenta las vivencias del bebé y del infante y propone pensar que, dependiendo de cómo hayan sido las primeras experiencias del pequeño y de su tramitación psíquica —especialmente si tuvieron lugar situaciones traumáticas—, así será el desarrollo emocional del sujeto. En este punto, las teorías de Freud y de Winnicott se alejan, se separan. Pero no es éste el espacio para desarrollar esta cuestión.

Tomemos, no obstante, algo que se enlaza con un elemento importante en la obra de Winnicott. Él no habla —a diferencia de Freud— de daños físicos ni cuestiones ligadas al grado de belleza del niño o del adulto. En su lugar, Winnicott propone que ha sido la *deprivación* —como equivalente de la *excepción*— la que ha generado algo muy parecido a lo que Freud describe magistralmente como la conducta del que se siente afrentado y reniega de las leyes sintiéndose con derecho a cometer injusticias. Cuando Freud comenta la reivindicación de derechos excepcionales que hace Ricardo III, nosotros creemos ver con claridad al niño —o al adolescente— que fastidia, no acata órdenes, comete injusticias, transgrede sistemáticamente las leyes y las normas establecidas sintiéndose con derechos excepcionales en nombre de algo doloroso acontecido en su infancia. Podemos pensar que el significado inconsciente de su conducta tiene rasgos comunes con las propuestas de Freud. La diferencia radica en que, para Winnicott, ese significado no tiene como objetivo el reinado del principio del placer ni la reivindicación es espuria o simplemente excusa para ese otro fin. En el caso del niño, el texto sería, más o menos: «Teniendo en cuenta que he sido *deprivado* de cuestiones fundamentales en etapas tempranas, ahora las reivindico de todas las maneras a mi alcance, las reclamo al ambiente como puedo, porque las merezco. El robo —entre otras injusticias— estaría entre las fórmulas que puedo utilizar para tal fin».

Ideas centrales en relación a la tendencia antisocial

Cuando Winnicott reflexiona sobre la tendencia antisocial, no piensa sólo en delincuentes, sino, especialmente, en situaciones —con más o menos visibilidad— que pueden ser observadas «en niños casi normales». Y cuando habla de *delincuentes* lo hace con la óptica que procura comprender «el delito como una enfermedad psicológica»¹⁴⁵ (1946, p. 121). (Véase Winnicott, 2007b).

En la gran mayoría de los artículos destinados a este tema se habla fundamentalmente de niños¹⁴⁶, aunque Winnicott aclara que dicha tendencia puede aparecer a cualquier edad. También nosotros, en este capítulo, nos centraremos en esa franja etaria.

De esta forma, los desarrollos sobre esta materia adquieren un valor que va mucho más allá de cuestiones tan particulares como los casos en los que la palabra *delincuente* es la única adecuada.

Creemos que en nuestro medio, hoy en día, existen muchos casos de niños conflictivos al estilo de los descritos por Winnicott entonces. Niños, por ejemplo, que son sistemáticamente expulsados de clase por muchos profesores y que van de despacho en despacho cuando se trata del ámbito educativo¹⁴⁷, que no hay quien pueda con ellos, que *la lían* permanentemente, que son violentos, que juegan de una manera tercamente agitada y hostil y con resultados muchas veces dolorosos para alguno de los que han intervenido en el *juego*. Son los llamados niños *difíciles* (Véase Winnicott, 2007l) (en el mejor de los casos) y niños *imposibles* en muchas ocasiones.

¹⁴⁵ En 1946 dirá: «La mayoría de los delincuentes son, en cierta medida, enfermos, y la palabra enfermedad se torna adecuada por el hecho de que, en muchos casos, el sentimiento de seguridad no se instaló suficientemente en los primeros años de vida como para que éste lo incorpore a sus creencias» (1946, p. 124). (Véase Winnicott, 2007b).

¹⁴⁶ En menor medida, también hablará —y hablaremos— de adolescentes.

¹⁴⁷ Pude observar directamente este tipo de situaciones cuando trabajé —durante algunos años— como orientador psicopedagógico en un instituto de Madrid. Una institución que, a pesar de ser privilegiada por la baja conflictividad que soportaba, incluía un muestrario generoso de casos como los que estamos refiriendo. Poder conocer esa rica realidad, alejada de la consulta privada, fue posible gracias a mi compadre José Ángel Romera Carrión. Por eso —¡y por tantas cosas!— van mi gratitud y mi cariño.

Winnicott observa que la sociedad suele sentirlos como «niños ingobernables». En muchos casos, han recorrido más de una consulta psicológica sin éxito y con el agotamiento y la frustración del profesional a cargo, del propio niño y de sus familiares, casi siempre en estado de alta preocupación y alerta. Los niños a los que Winnicott se refiere, no nos son desconocidos; los vemos y conocemos en la dimensión de nuestra vida cotidiana. No hace falta situarse en el ámbito profesional para tomar contacto con esta realidad.

Si bien, como veremos más adelante y con más detalle, Winnicott desaconseja el psicoanálisis como tratamiento para casos con conductas antisociales (salvo en algunas ocasiones), sin embargo —y esto lo consideramos muy importante—, la lectura que hace del problema —y de su abordaje terapéutico— nos resulta claramente psicoanalítica.

El pensamiento de Winnicott se mueve muchas veces en dos planos. Por un lado, está la reflexión teórica, diagnóstica y etiológica del asunto en cuestión orientada claramente desde los postulados psicoanalíticos. Nos referimos —y por citar sólo algunos de esos postulados— a las dinámicas inconscientes, a adjudicar valor simbólico a conductas y cogniciones, a reconocer desplazamientos de temporalidades y significados, a observar y trabajar con fenómenos transferenciales en varias direcciones, (también en relación a la sociedad, como ocurre en este tema), etc. Por otro lado, vemos cómo el universo de las indicaciones clínicas que propone podría ser —en muchas ocasiones y aparentemente— *tan poco analítico* que nadie diría que haya sido pensado por un psicoanalista. Nos encontramos con una gama muy amplia de intervenciones posibles, algunas muy originales, y si las comparamos con el rango de intervenciones más clásicas del psicoanálisis, entonces debemos rotular muchas propuestas de Winnicott como *muy revolucionarias*¹⁴⁸.

Creemos que incluir nuevos abordajes e intervenciones —y sobre todo cuando se alejan tanto de los más consensuados— es una actitud que incluye la tendencia que sentía Winnicott por intentar pensar por fuera de las escuelas e ideas más consolidadas, la fascinación que le generaba la creatividad y el valor que le otorgaba a esos gestos en tanto manifestaciones de la libertad individual y expresiones del sí mismo más propio (*verdadero self*). Dichas intervenciones también implican una

¹⁴⁸ Para los detractores de Winnicott, este tipo de ideas e intervenciones caerían —directamente— «fuera del psicoanálisis».

honestidad intelectual digna de mención y una forma de pensar poco corporativa, amplia, sin reduccionismos —o al menos intentando que así sea¹⁴⁹. También estaba convencido de que, de esta forma, el psicoanálisis podía avanzar y no morir.

Bien es cierto que él mismo vivía esta situación con algún grado de contradicción y, quizás, de conflicto. Muchas veces aclaraba que con ciertos niños *no podía hacerse psicoanálisis*, otras estaba seguro de que el tratamiento lo estaban haciendo «las paredes del albergue, el techo, el baño caliente y el cocinero y la regularidad con la que llegaba la comida a las mesas...» (1970, p. 229). (Véase Winnicott, 2007h).

De hecho, esta última cita está extraída de un artículo de 1970 (Véase Winnicott, 2007h) que lleva un título elocuente «La asistencia en el internado *como terapia*» [las cursivas son nuestras].

Volveremos, como ya hemos dicho, a la propuesta terapéutica más adelante, en un apartado específico.

Veamos los orígenes y las causas que dan lugar a esta tendencia. La primera relación fuerte que se establece es entre *deprivación en el niño y tendencia antisocial*¹⁵⁰ (Véase Winnicott, 2007k), tendencia que se hará manifiesta a través de alguna de las múltiples *conductas antisociales* conocidas. Señalaremos que el concepto de *deprivación* es esencial para comprender este planteamiento y lo podemos entender como la pérdida de «ciertas características esenciales de la vida hogareña» luego de haberlas tenido y disfrutado. Cuando Winnicott dice en tono coloquial *vida hogareña*, debemos pensar —en términos muy amplios— en esos aportes primordiales en la vida del bebé y del infante y entre los que debemos destacar todo lo relativo al *sostén*¹⁵¹.

¹⁴⁹ Creemos que, aun siendo gratificante en muchos sentidos, no debe de ser cómodo pensar de manera original y por fuera de los consensos consolidados. A lo conocido —y avalado por la mayoría de un gremio— le suponemos el placer y la comodidad que trasmite, casi siempre, *lo familiar*.

¹⁵⁰ Digamos, una vez más y así lo explicita el propio Winnicott, que Bowlby desarrollaba teorías semejantes al mismo tiempo que Winnicott se ocupaba de estos temas. Ya hemos mencionado el importante trabajo de investigación de Bowlby que Winnicott conocía y que había mencionado y reseñado. También escribe Winnicott, en 1941, «Reseña de The Cambridge evacuation survey: A wartime study in social welfare and education», un trabajo de varios autores en el que aparecen destacadas las teorías de Bowlby al servicio de la clasificación de niños con trastornos por separaciones y traumas tempranos (en *Deprivación y delincuencia* [D. Winnicott, *Obras Escogidas*, tomo III, 2007, p. 30]).

¹⁵¹ En el capítulo 2 de este libro nos hemos referido a esos aportes y hemos destacado el concepto de sostén, esencial en el pensamiento de Winnicott.

Winnicott diferencia el concepto *deprivación* del de *privación*¹⁵², y aclara que, en los casos que nos ocupan, donde el primer concepto ordena la situación, el niño «ha perdido algo bueno, que hasta una fecha determinada ejerció un efecto positivo sobre su experiencia y que le ha sido quitado; el despojo ha persistido por un lapso tan prolongado que el niño ya no puede mantener vivo el recuerdo de la experiencia vivida» (1956, p. 131) (Véase Winnicott, 2007k). Hay que señalar que la introducción de la *falla severa del ambiente* en la etiología de la tendencia antisocial advierte de la legalidad de pensar que será también el ambiente —esta vez en términos de provisión— el que deba estar presente a la hora de comandar la cura.

Una secuencia promedio, para Winnicott, podría ser ésta: el niño, a partir de sufrir la deprivación, manifiesta una conducta antisocial; si persiste esa conducta, puede ser considerado un inadaptado social y entonces requerirá un tratamiento en un albergue para menores con esa condición; si el albergue no logra reconducir esa conducta, estaremos ante *un delincuente* y será la justicia la que deba encargarse del caso. Si las cosas no logran enderezarse y el sujeto se vuelve un reincidente, entonces, nos encontraremos con que el joven ha derivado en conductas compatibles con la psicopatía¹⁵³ y que su destino será la cárcel o un correccional, dependiendo de su edad.

Tanto los albergues para menores inadaptados como las escuelas de readaptación¹⁵⁴ (previstas en Inglaterra a partir de la Ley de Menores de 1948) compartirán una condición muy específica: deben ofrecer al menor «cuidado y protección».

Otro elemento fundamental en esta forma de entender la cuestión que nos ocupa es que la tendencia antisocial «se caracteriza por contener un elemento que compele al ambiente a adquirir importancia» (1956, p. 130). (Véase Winnicott, 2007k).

¹⁵² Para más detalle terminológico, véase *supra* nota 3.

¹⁵³ En relación a la psicopatía y a la perversión, estamos más acostumbrados a pensar en las dificultades en la instauración de la figura del padre como representante de la ley o en un padre que ha transmitido valores perversos en relación al cumplimiento de dicha ley. Sin embargo, veremos que la propuesta de Winnicott cambia el punto de vista, remitiéndose al universo del infante con su madre y con la deprivación como protagonista de la situación patológica.

¹⁵⁴ Con otros nombres, cada sociedad con cierto grado de desarrollo ha tenido que generar recursos similares para abordar los casos de niños en esta situación; creemos que es vigente pensar en términos dinámicos y psicológicos lo que ocurre —o debería ocurrir— en esos centros más allá del nombre que reciban; los aportes de Winnicott al respecto ayudan en esa tarea reflexión.

¿En qué sentido el ambiente es llamado a intervenir? En el sentido de que alguien —el terapeuta, si hablamos de tratamiento psicológico, o la sociedad, si hablamos de abordajes institucionales— debe hacerse cargo de la gestión —o manejo— de una situación ante la cual no podemos limitarnos a hablar, aunque hablando tengamos acceso, por ejemplo, a la interpretación psicoanalítica.

La segunda relación que postulamos es que la tendencia antisocial implica una esperanza. «[...] A veces la conducta antisocial no es otra cosa que un S.O.S. en busca del control ejercido por personas fuertes, cariñosas y seguras» (1946, p. 124) (Véase Winnicott, 2007b). Debemos aclarar que, lamentablemente, no en todos los casos se puede sostener esa premisa, en muchos de ellos —por el contrario— la privación conllevará desesperanza. Refiriéndose a esta cuestión, Winnicott dirá:

Quando un niño está desesperanzado, su sintomatología no es muy molesta; en cambio, cuando abriga esperanzas, sus síntomas empiezan a incluir el robo, la violencia y reclamos fundamentales que sería irrazonable satisfacer, salvo cuando se refieran a la recuperación de lo perdido[...] o sea, el reclamo que hace a sus padres el niño de muy corta edad (1970, p. 234). (Véase Winnicott, 2007h).

Estamos ante una dinámica de ciclos y será importante tratar de comprender los significados de cada uno de ellos, tratar de registrar los que implican esperanza —paradójicamente serán los más conflictivos o caracterizados por más actuaciones¹⁵⁵— y ofrecerse para la gestión de la situación yendo «al encuentro de esa esperanza y estando a la altura».

La *tendencia antisocial* tiene dos vías privilegiadas de expresión: el *robo* y la *destrutividad*.

En el *acto de robar* existiría en el niño la intención de buscar *en otra parte* aquello que le fue sustraído a través de la privación sufrida. El significado inconsciente del robo radica en ese gesto —que incluye esperanza— de reencontrarse con lo perdido. En otras palabras,

¹⁵⁵ «Actuaciones», como vamos viendo, no tiene aquí el valor peyorativo o patológico que suele tener en nuestro ámbito.

podemos postular que el robo implica un gesto caracterizado por *la búsqueda del objeto*¹⁵⁶.

La búsqueda que late en el robo sería entonces, y ante todo, un desencuentro: un acto que, en el sitio equivocado, consigue al objeto que no es el que realmente se está buscando, «el niño que roba no busca el objeto robado, sino a la madre, sobre la que tiene ciertos derechos» (1956). (Véase Winnicott, 2007k).

Vemos que es mucha, e importante en sus consecuencias, la diferencia que existe entre la mirada más extendida del robo sólo como algo ilegal, y por lo tanto merecedor de castigo —una mirada consensuada—, y este otro punto de vista en el que el robo nos hablaría de un acto con intención restitutiva que nace de una temprana carencia fundamental.

Hemos visto que Winnicott se refiere a *ciertos derechos que el niño cree tener sobre la madre*. Consideramos necesario, para una mejor comprensión de esta idea, remitirnos a la primera paradoja winnicottiana¹⁵⁷, que postula que el bebé sentirá que es él quien *crea* a la madre en los primeros encuentros. Y así ocurrirá, *si todo va bien*, ya que la madre, actuando gracias a su *preocupación maternal primaria*, *estaba ahí para ser creada/encontrada*. (Alusión a los artículos 1965m, 1999h, 1999g).

En otras palabras: *gracias a la creatividad primaria del bebé, la madre fue creada por él*, y desde el punto de vista del bebé —desde el cual la madre es registrada como un *objeto subjetivo*—, se puede entender mejor que *sienta* poseer esos derechos sobre la figura de la madre, derechos que estarían detrás —y sustentando— el acto de robar.

Asumiendo el riesgo de ser reiterativos, veamos, a través de una clara cita de Winnicott, varios de los conceptos volcados hasta aquí:

Cuando un niño roba azúcar, está buscando a una madre buena, la propia, de la que tiene derecho a tomar toda la dulzura que pueda contener. De hecho, esa dulzura le pertenece, pues él inventó a la madre y a su dulzura a partir de su propia capacidad de amar, de su propia capacidad creativa primaria, cualquiera

¹⁵⁶ Esta idea, «la libido busca al objeto», coincide de manera casi literal con el postulado tan conocido de Fairbairn: «La libido no busca la descarga, sino al objeto». Para más detalles consultar el libro de Carlos Rodríguez Sutil, *Introducción a la obra de Ronald Fairbairn. Los orígenes del Psicoanálisis Relacional*. (Véase Rodríguez, 2010).

¹⁵⁷ Para examinar esta idea con más detalle, véase el capítulo 2 de este volumen.

que sea ésta. También busca a su padre¹⁵⁸, que protegerá a la madre de sus ataques contra ella, ataques efectuados en el ejercicio del amor primitivo (1946, p. 123). (Véase Winnicott, 2007b).

La segunda variante de esta tendencia, *la destructividad*, representa la esperanza del niño de encontrar «un grado de estabilidad ambiental capaz de resistir la tensión provocada por su conducta impulsiva; busca un suministro ambiental perdido, una *actitud humana en la que el individuo pueda confiar* y que, por ende, lo deje en libertad para *moverse, actuar y entusiasmarse*» [la cursiva es nuestra] (1956, p. 132) (Véase Winnicott, 2007k). Es poco frecuente encontrar en los textos psicoanalíticos, y por eso queremos destacarlo, un concepto como *entusiasmo*, como poco frecuente es encontrar un objetivo —cara a los objetivos terapéuticos con nuestros pacientes— como el de estimular su *capacidad de entusiasmarse*.

Creemos que la idea por la cual el niño busca un determinado «grado de estabilidad ambiental capaz de resistir la tensión provocada por su conducta impulsiva» está recogida en el comentario habitual «este niño está pidiendo —o necesitando— límites». Desde este punto de vista, entendemos mejor que los límites pueden significar también cuidados, sobre todo cuando —en la terminología de Winnicott— implican *sostén*. Cuando postula cómo se organiza ese sostén para comprender por qué los albergues —o el sistema carcelario— deben jugar un papel en determinados casos, apela a la siguiente idea: existe un despliegue telescópico en expansión que va del sostén que brinda el cuerpo de la madre durante el embarazo, luego el cuerpo completo de la madre, más tarde los brazos, las relaciones parentales (momento en el que entra la figura del padre), el hogar, la familia, la escuela, la localidad, la sociedad, el país incluyendo sus leyes y todas las instituciones que de tantas maneras cumplen con esas funciones de contener, de *sostener*.

Volviendo a las dos manifestaciones más evidentes de la tendencia antisocial, podemos decir que, mientras que el robo está constituido por

¹⁵⁸ Teniendo en cuenta las reiteradas críticas que recibe la obra de Winnicott en el sentido de haber *olvidado* a la figura del padre, conviene destacar la claridad con la que aparece mencionado tantas veces, como sucede en esta ocasión. A continuación de la cita escogida, sigue un desarrollo interesante de la figura del padre, sus variantes, consecuencias y vicisitudes de la configuración triangular propia del Edipo que hemos decidido no transcribir aquí por cuestiones de espacio y de temática.

mociones libidinales —*en tanto búsqueda del objeto*—, la destructividad nos lleva a pensar en *mociones agresivas*. Cuando ambas mociones coinciden en el niño, estamos ante un intento de autocuración, un proceso que procura re-fusionarlas. Mociones que en un momento del desarrollo encontraron obstáculos para unirse —o perdieron la incipiente unidad conseguida—, alejándose así de lo que conocemos como el *destino normal o saludable* de las pulsiones. Un destino en el que, gracias a la fusión de ambas —y a través de un grado de integración suficiente—, el sujeto accede a la ambivalencia, seña de identidad y logro de todo vínculo humano, integración, que en la terminología kleiniana, remite a los logros alcanzados en la posición depresiva.

El momento en el que Winnicott sitúa la deprivación —entre el primer y el segundo año de vida¹⁵⁹— es en el que ya se ha accedido a un grado de fusión entre lo libidinal y lo *agresivo*¹⁶⁰. El infante se relacionaría con la madre a través de un repertorio de gestos mixtos. Son esas delicadas pautas relacionales, a veces desconcertantes, que incluyen algo de su amor y algo de su *agresividad primaria*.

Es relevante, en términos de consecuencias psíquicas, esta idea: la falla ambiental que produce la deprivación, que, a su vez, generará las conductas antisociales, tiene lugar en un momento evolutivo en el que el desarrollo del niño permite reconocer ciertas características de esta falla, «*el bebé ha adquirido la capacidad de percibir que la causa del desastre radica en una falla ambiental; ésta es, sin duda, una característica fundamental de la tendencia antisocial*» [cursivas en el original] (1956, p. 136) (Véase Winnicott, 2007k). Y es este punto, el reconocimiento por parte del infante del origen de la falla, el que permite que, en lugar de un cuadro *psicótico* —dirá Winnicott— o *una patología grave* —añadimos nosotros—, aparezcan conductas antisociales. En palabras de sus compiladores:

¹⁵⁹ J. Bowlby propone que habría un *periodo crítico* en el que, si existe pérdida o traumatismo, podrán desarrollarse situaciones patológicas; sería el que va del primer año de vida al segundo, del momento en el que «la criatura deja de ser un bebé y empieza a dar sus primeros pasos». De todas formas, preferimos pensar —como sugiere Winnicott en otros muchos textos— que el tema de la precisión temporal de fenómenos psíquicos es muy laxa, no pudiéndose establecer temporalidades exactas. Tampoco cambia mucho las cosas no contar con ellas; sería conveniente estar más atentos a los procesos que a los calendarios.

¹⁶⁰ Sabemos que Winnicott prefiere referirse a «lo agresivo» con otros términos —que remiten a otras conceptualizaciones— que apuntan a quitar así el sentido peyorativo o culpabilizador que el término *agresivo* pueda sugerir.

[...] Es precisamente en este periodo de desarrollo de la capacidad de preocuparse¹⁶¹ (digamos de los seis meses a los dos años de edad¹⁶²) cuando la privación o la pérdida pueden acarrear consecuencias particularmente devastadoras: tal vez entrañen la supresión u obstrucción del incipiente proceso de socialización [paréntesis en el original] (Clare Winnicott et al., 1954). (Véase Clare Winnicott, 2007f).

Lo expresado hasta aquí no implica que no existan conductas antisociales que puedan tener otra etiología —o explicaciones— y que por lo tanto requieran diferentes hipótesis explicativas y otros abordajes terapéuticos. Hemos querido recortar una cuestión concreta del vasto tema de la tendencia antisocial y sus conductas manifiestas. Sólo como ejemplo de otras líneas posibles para enfocar cuestiones con puntos en común al tema que venimos tratando, veremos algunas breves citas del caso de un niño que presenta conductas conflictivas, algunas equiparables a las que nos ocupamos en este capítulo, y para las cuales, sin embargo, se propone una explicación muy diferente a la que tiene a la privación como variable fundamental.

Winnicott nos dice:

Por ejemplo, un niño cuyos padres se pelean en su presencia [...] se las arregla solamente metiendo toda la experiencia dentro de sí a fin de dominarla [...].

En ciertos momentos, esta mala relación interiorizada se hace con el control, y entonces el niño se comporta como si estuviera poseído por los padres que se pelean. Le vemos *compulsivamente agresivo*, antipático, irrazonable y desilusionado. Alternativamente, el niño con unos padres introyectados que se pelean *provoca periódicamente peleas entre quienes le rodean*, utilizando entonces la maldad externa a modo de proyección de lo malo que hay dentro.

Clínicamente puede aparecer una dramatización de la expulsión (pasaje del mundo interno a lo externo) de la maldad: *patadas, evacuación del flato, escupitajos*, etc.

¹⁶¹ Se refieren a la «la capacidad de preocupación por el otro», tema tratado por Winnicott en un artículo de título casi idéntico: «El desarrollo de la capacidad de preocuparse por el otro», publicado en 1963 (Véase Winnicott, 2007c).

¹⁶² Como puede observarse, varían los periodos críticos antes citados —un ejemplo más de por qué no merece la pena esforzarse en fijar coordenadas temporales y sí atender a los procesos y logros.

Alternativamente, el niño se muestra *propenso a los accidentes* [las cursivas son nuestras] (1950-1955, pp. 281 y 282). (Véase Winnicott, 1999c).

Expresiones tempranas de la tendencia antisocial

Una de las manifestaciones más tempranas de esta tendencia es la capacidad del bebé de causar *fastidio* en su entorno de forma excesiva o intolerable. Para muchos son conocidas las tremendas consecuencias que sobre los adultos puede tener un bebé que, estando fastidiado, transmite ese fastidio al entorno de manera sostenida. Quizás pocas cosas son más difíciles de sobrellevar en el proceso de crianza. *Causar (excesivo) fastidio* será una seña de identidad de muchas conductas antisociales; en el bebé será a través de sus rudimentarios —pero eficaces— recursos, mientras que en los jóvenes puede ser a través del robo (fastidia mucho que a uno le roben la bicicleta, dirá Winnicott) o de las infinitas formas —y algunas muy creativas, por cierto— que adquieren las conductas *barulleras*. En el ámbito educativo es muy clara, en algunos niños, la capacidad de generar fastidio en los docentes y muchas veces en sus propios compañeros. En algunos casos, el fastidio se hace oír en toda la institución educativa llegando al hogar del protagonista a través de las conocidas —y temidas— citaciones a los padres.

Es una capacidad explotada por el niño para conseguir sus objetivos —remediar la deprivación vivida—, en parte de manera inconsciente y en parte de forma claramente consciente.

En la terminología que venimos empleando se trata de una conducta ligada a la destructividad; el bebé —o el niño luego— siente, transmite y contagia agresividad a través del fastidio.

Tal y como Winnicott nos tiene acostumbrados, también en esta cuestión propone una lectura optimista y esperanzadora de los hechos que consiste en pensar que ese fastidio llevaría a la figura de sostén a ofrecerle al bebé un acercamiento, en el mejor de los casos. Ese acercamiento no tiene pautas predeterminadas; podrá ser cualquier gesto que se haga desde la moción contraria a la manifestada por el niño, es decir, un contacto que implique sostén, empatía y deseo de acercamiento en la relación —un gesto cariñoso, en términos más coloquiales—,

intentando así formar el ciclo que le permite al bebé unificar lo agresivo con lo libidinal¹⁶³.

Desde la idea de este gesto que el adulto propone y siguiendo los textos, las enseñanzas y la experiencia de Winnicott, nos parece razonable postular que no estaría justificado limitar los abrazos al bebé o al niño¹⁶⁴, como gestos paradigmáticos de sostén y de contacto afectivo. Especialmente contraindicada estaría esa restricción cuando —en apariencia— el bebé «menos lo merece»¹⁶⁵ por estar *fastidiado y fastidiando*.

Debemos hacer una aclaración terminológica: como hemos dicho, hablamos a lo largo del texto exclusivamente «del bebé y del niño» sólo por la naturaleza de la reflexión que nos trajo hasta aquí, aunque creemos que estas ideas pueden ampliarse a todos los que queremos.

De acuerdo con lo que venimos planteando, en aquellos casos en los que nos encontramos con una excesiva capacidad¹⁶⁶ y eficacia a la hora

¹⁶³ Héctor Abad Faciolince (Véase Abad, 2007), novelista colombiano, refleja, en su libro *El olvido que seremos* (2007), la idea que deseamos transmitir con la libertad del acto creativo que implica la literatura, cuando, evocando a su padre, escribe: «Mi papá siempre pensó, y yo le creo y le imito, que mimar a los hijos es el mejor sistema educativo [...] (Mi papá) escribió lo siguiente: “Si quieres que tu hijo sea bueno, hazlo feliz, si quieres que sea mejor, hazlo más feliz. Los hacemos felices para que sean buenos y para que luego su bondad aumente su felicidad» (p. 24). Y las razones para tal afirmación las encontramos un poco más adelante: «Ahora pienso que la única receta para poder soportar lo dura que es la vida al cabo de los años, es haber recibido en la infancia mucho amor de los padres» (p. 25). Finalmente y adelantándonos a la posible pregunta sobre si existiría en todo este alegato algo de exceso o la duda sobre si a este niño no se le estaría malcriando, leemos: «Mi abuelo, a veces, comentaba sobre mí: “A este niño le falta mano dura”. Pero mi papá le respondía: “Si le hace falta, para eso está la vida, que acaba dándonos duro a todos; para sufrir, la vida es más que suficiente, y yo no le voy a ayudar”» (p. 35).

Creemos que, en nuestra disciplina, obtener el conocimiento que nos ayuda en nuestro trabajo diario no debería estar limitado a las producciones de los psicoanalistas. Apelamos a nutrirnos de todas las fuentes que hayan tomado la vida humana como objeto de estudio y de reflexión, por ello nos parece pertinente citar a este autor en este sitio.

¹⁶⁴ Son restricciones que se suelen defender bajo la idea de prevenir el acostumbamiento del bebé a los brazos o la mala crianza.

¹⁶⁵ El lema al respecto podría ser una cita que escuché, no recuerdo cuándo ni a quién, pero que agradezco; reza así: «Si me quieres bien, quíereme más cuando menos lo merezca, que será cuando más lo necesites». Nos parece especialmente apta para algunos adolescentes y para los bebés cuando están fastidiados y fastidiosos.

¹⁶⁶ Nos consta que no es fácil determinar de manera más precisa a qué nos referimos cuando decimos «excesiva capacidad». No contamos —ni contaremos— con baremos universales. Podemos pensar que dentro de la subjetividad en la que estamos navegando el límite vendrá dado por la capacidad de los padres para tramitar el fastidio del bebé; será dentro de cada relación concreta bebé-padres donde se puede cuantificar la situación y pensarla de manera más nítida, otorgándole un significado más claro.

generar fastidio por parte del bebé —ya sabemos que cierta cuota es compatible con el desarrollo normal—, debemos pensar que estamos ante una de las manifestaciones más tempranas de la deprivación.

También sabemos qué fácil es entrar en un circuito muy doloroso que se retroalimenta cuando los padres no pueden tramitar de manera saludable el fastidio que sienten *de, hacia —y con—* su bebé. En aquellos casos en los que no pueden mitigarlo, contenerlo, transformarlo, los padres responden con el mismo fastidio —mensaje que el bebé recibe y descifra—, respondiendo a su vez con más fastidio todavía, etc., etc.

La otra expresión temprana de la tendencia antisocial la encontramos en la *voracidad* del bebé. Winnicott lo dice de manera clara: «[...] Si un bebé se muestra voraz es porque experimenta cierto grado de deprivación y cierta compulsión a *buscar una terapia por medio del ambiente*» [las cursivas son nuestras] (1956) (Véase Winnicott, 2007k). Queda apuntado en la cita, a través de las cursivas, algo importante, que ya señalamos y que desarrollaremos más tarde como algunas de las claves del abordaje terapéutico requerido.

Esta voracidad debemos relacionarla con lo que en el futuro podrá ser una conducta de robo, como si la primera fuese precursora de la segunda, ya que habría también en el robo —especialmente cuando se realiza de forma compulsiva— una avidez ilimitada, no susceptible de poder satisfacerse, entre otras cosas porque, como ya mencionamos, se estaría buscando *lo que no es en el sitio equivocado*.

Una acción que entra en la serie del robo reiterado —más sofisticada, elaborada y dentro del marco legal— sería la conducta de comprar compulsivamente, comprar de forma, justamente, *voraz*. Hoy en día es muy evidente este fenómeno alentado por otras muchas variables socio-económicas. Ya es un lugar común que para combatir un *tono depresivo* ir de compras puede aparecer como una *terapia* posible para muchas personas. Lo podemos entender sin esfuerzo. La ecuación sería que ante un sentimiento de vacío, de algo que falta, se pasa al acto de comprar como compensación, como el sustituto simbólico de una ingesta nutricia, que satisfaga el anhelo de recibir del mundo *algo bonito que me falta y que merezco*. El problema (re)aparece, como sabemos, cuando al final de las múltiples adquisiciones seguimos sintiendo la misma desazón del principio (y tenemos algo menos de dinero). Sería la prueba de que no hemos podido hacer el desplazamiento requerido para que esos objetos adquieran el valor simbólico de lo perdido, anhelado y buscado.

Las otras manifestaciones tempranas serían todas aquellas acciones del infante que llamen mucho la atención del entorno, que logren ser disruptivas para ese entorno, que impidan drásticamente que las cosas sigan por el cauce que los adultos se habían propuesto e instalando así algún grado de violencia en su ambiente.

Algo de todo esto está presente en la vida cotidiana, cuando decimos «que el niño está llamando la atención», comentario que tantas veces es seguido por «no le hagas caso». A pesar de constituir una posición muy extendida, no parece estar claro por qué no habría que hacerle caso a un niño —o a un bebé— que lo está requiriendo. Aunque entendamos fácilmente que en el plano más evidente se trata de implementar *una terapia* espontánea de corte *conductista* que logre extinguir la conducta de reclamo del bebé por lo *fastidiosa* que suele ser para el entorno. Para renunciar a la ingenuidad que se nos podría adjudicar cuando decimos que no comprendemos —o que algo «no está claro»—, debemos decir que entendemos muy bien que no hacerle caso al bebé y extinguir la conducta de fastidio tiene todo el sentido desde el punto de vista del adulto, en sus intereses más individuales. Pero es una posición que lo aleja del bebé, es el resultado de una relación que —por los motivos que sean— ha dejado de ser empática y contenedora con las necesidades del pequeño y que no puede aportar el sostén requerido.

Más adelante será la enuresis una manifestación de dicha tendencia junto con los problemas de conducta en la guardería, en el colegio o en el instituto.

En su trabajo «La capacidad para estar solo» (1958) (Véase Winnicott, 1965j), Winnicott toca este tema y plantea que hay un tipo de juego en el que predominan la excitación corporal y el dominio pulsional, y que ese tipo de juegos es más frecuente en niños deprivados. Se trata de un juego más propio de situaciones conflictivas, en las que existe algún grado de anomalía en el desarrollo¹⁶⁷. De hecho, es frecuente ver el *fastidio* de los padres y adultos en general cuando les toca presenciar ese tipo de interacciones. Observamos que son múltiples e ineficaces —la mayoría de las veces— las advertencias al respecto y los pedidos de que

¹⁶⁷ Esa reflexión aparece dentro de un tema más amplio: las diferencias entre las áreas dominadas por las relaciones del Yo, que arrojarían un juego calmo, placentero, no estridente, en el que *no se oye al niño*, y otra área que sería toda la ligada a lo pulsional y que presentaría el tipo de juegos arriba resumido, entre otras producciones. Queda la pregunta de si a esta segunda modalidad de interacción también la podemos llamar *juego*.

cese ese juego porque *va acabar mal*, que, por cierto, es como generalmente acaba.

Abordajes clínicos de la tendencia antisocial

Queremos señalar dos ideas generales:

1. Winnicott postula, como ya lo adelantamos, que la tendencia antisocial tiene como una de sus señas de identidad la inmensa capacidad de convocar al ambiente a intervenir. Y lo logra —en la mayoría de los casos— de manera eficaz y a través de formas diferentes.
2. Los principios generales que desarrollaremos aquí serían válidos tanto para los abordajes institucionales como para las psicoterapias individuales, a pesar de las diferencias que presenten ambos dispositivos clínicos.

El tratamiento individual

Las primeras ideas referidas a la terapia individual para casos en los que ha habido deprivación las encontramos en las muy tempranas etapas del vínculo bebé-madre, de la mano del concepto winnicottiano *madre-terapeuta*. En estas primeras concepciones están incluidas una buena parte de las ideas centrales que deben asumir, si seguimos a Winnicott, todas las propuestas terapéuticas.

Para entender mejor esas *primeras acciones terapéuticas* volvamos al tema de la voracidad del bebé. En muchas ocasiones, encontramos a una madre dispuesta a satisfacer —especialmente en términos de alimentación— las *demandas voraces* de su bebé. Situación que, con frecuencia, se confunde con una madre indulgente en exceso y que no pone límites a su bebé; una madre que suele recibir críticas del entorno, un entorno muchas veces presto a restringir las atenciones al bebé bajo la creencia de que mucho cariño o mucho contacto *pueden malcriar al recién nacido*. Por el contrario, Winnicott propone pensar que estamos ante una madre atenta a su bebé, que recibe el mensaje emitido por el pequeño a través de la voracidad (o del fastidio), mensaje que se hace portavoz y

representante de algún grado de privación y que acude a ofrecer lo requerido por su bebé, intentando así *compensarlo*. Esta función de la madre sería la parte complementaria de lo que Winnicott supone que ocurre en el bebé: «La voracidad del niño forma parte de la búsqueda compulsiva de una cura que provenga de la misma persona (la madre) que causó la privación» [paréntesis en el original] (1956, p. 134) (Véase Winnicott, 1999g, 2007k). Cuando esto ocurre, estaríamos ante una sincronización entre la madre y su bebé, en los intentos de resolver una situación que ambos registran y padecen desde la específica relación que los une. Una privación que, en la terminología winnicottiana, representaría una falla significativa por parte del entorno —y por lo tanto con efectos severos— en relación a las *necesidades joicas* del bebé. Si la madre acude a esa llamada estamos frente a una situación paradójica: la *madre-terapeuta* coincide con la *madre privadora*.

Winnicott postula que, si bien esta *terapia materna* puede —en algunos casos— curar al bebé, no debemos pensarla como parte del *amor maternal primario*. Por el contrario, ha sido una falla en ese amor materno la que ha desencadenado la situación de privación. Si *las cosas hubiesen ido bien*, no hubiese sido necesaria la presencia de la *madre-terapeuta*. Es más, Winnicott llamará a este acto, diferenciándolo del amor materno, *adaptación terapéutica de la madre*.

Hay que decir que Winnicott, en términos generales, desaconseja el psicoanálisis individual como método terapéutico para estos casos. Y en concreto lo desaconseja cuando se constituye como único abordaje. Especialmente contraindicado estaría para los casos en los que la tendencia antisocial ha hecho su aparición hace ya tiempo y se manifiesta a través de conductas claramente conflictivas y consolidadas. Recomienda el tratamiento analítico como ulterior al primer abordaje. Y para primer abordaje indica un tratamiento con marco institucional y con claros aportes ambientales. En todo caso, reserva al tratamiento psicoanalítico el lugar de complemento a ese otro abordaje más recomendable.

Respecto al tratamiento psicoanalítico individual, Winnicott confía solamente en él para aquellos casos en los que las manifestaciones antisociales son de muy reciente aparición, cuando no se han afianzado los beneficios secundarios ni se han desarrollado las habilidades delictivas y cuando el entorno del niño es rico y tiene voluntad y recursos con los que intervenir.

Cuando es posible la psicoterapia individual, propone que el trabajo se va a realizar «en una delgada capa situada en un nivel intermedio entre lo inconsciente profundamente enterrado, por un lado, y la vida consciente y el sistema de la memoria del paciente, por otro» (1961, p. 248) (Véase Winnicott, 2007m). Es interesante observar que esa zona del psiquismo a la que Winnicott se refiere coincide con lo que en otros textos suyos aparece comprometida con los fenómenos transicionales. De hecho, algo más adelante de la idea antes citada comenta que en los sujetos *normales* es en esa misma zona en la que tienen que lugar las experiencias culturales. De lo que se deduce que la vida cultural —en sentido amplio— del delincuente es pobre y escasa, no pudiendo disfrutarla ni hacer uso de ella. El sujeto al que nos referimos no logra conectarse al placer de ninguna de las alternativas que desde la zona transicional emergen para el resto de los individuos: el juego —en alguna de sus infinitas manifestaciones—, el arte o cualquier producción que tenga la característica de enriquecer la vida de una persona. Su alienación lo lleva al cumplimiento de la compulsión de la conducta antisocial y lo aleja de la vida cultural. También es fácil pensar que todo aporte en el desarrollo de actividades culturales que pueda conseguirse —en un sentido muy amplio— será una herramienta fundamental a favor del proceso terapéutico, tarea que observamos en multitud de equipos multiprofesionales que trabajan en instituciones¹⁶⁸.

Para los casos más graves, Winnicott no descarta que el paciente —siempre y cuando haya registrado un clima de confianza suficiente en el tratamiento— pase por momentos de alta dependencia. No olvidemos que estamos ante casos que se encuadran en la serie de la falta, de lo *que podría haber sido y no fue*, de la carencia o déficit. Si esa dependencia aparece en el vínculo terapéutico, nos encontraremos ante un tratamiento que incluirá algún grado de *regresión a la dependencia* por parte del paciente. A partir de ahí, el tratamiento cursará como otros casos que requieren transitar esa particular forma de la regresión¹⁶⁹.

Si recordamos lo que más arriba llamamos la ecuación *robo-búsqueda de la madre* como una idea rectora central, entenderemos mejor la siguiente viñeta y su valor clínico. Comprenderemos también a qué casos nos referimos como susceptibles de ser atendidos a través del

¹⁶⁸ Tarea que también puede —y debe— asumirse en muchos tratamientos individuales, según nuestro punto de vista.

¹⁶⁹ El lector encontrará un capítulo dedicado a este tema en este mismo volumen.

psicoanálisis individual y veremos cómo opera la idea de esa ecuación en una intervención concreta. Winnicott se reúne con una señora amiga suya en un restaurante —vemos, una vez más, cómo un marco tan poco ortodoxo no le impide escuchar ni pensar en clave psicoanalítica— que desea comentarle, con honda preocupación, que su hijo —el mayor de cuatro— robaba de manera compulsiva tanto en casa como en comercios. Ante la imposibilidad de tratar al niño, por motivos que no vienen al caso, él le sugiere que hable con su hijo: «Dígale que usted sabe que él no roba porque desee o necesite lo que roba, sino porque busca algo a lo que tiene derecho: está formulando una demanda a su madre y su padre, pues se siente deprivado de su amor». (1956, p. 129) (Véase Winnicott, 2007k). Poco tiempo después, la madre le comenta a Winnicott que los robos han cesado.

El abordaje institucional. La función de los albergues

Comencemos con un tema que nos interesa sobremanera: el abordaje institucional propuesto por Winnicott, que incluye claros aportes ambientales, no debería pensarse por fuera del ámbito del psicoanálisis, ya que nace de —y se sostiene en— premisas que son propias del marco psicoanalítico. Al menos lo son dentro de *su* forma de entender el psicoanálisis, especialmente en aquellos casos ligados a las vicisitudes del desarrollo temprano. Y lo proponemos a pesar de que, a veces, es el propio Winnicott quien lo piensa por fuera del marco analítico. En lo que queda de capítulo el lector encontrará citas e ideas suyas que refuerzan esta idea de compatibilidad entre psicoanálisis y abordaje institucional. Uno de los ejemplos de la compatibilidad que sostenemos consiste en ver con detalle toda la riqueza que implica la experiencia en un albergue, en virtud de las categorías que Winnicott ofrece para pensar en las consecuencias psíquicas que ese albergue —y su personal— puede tener en el desarrollo del niño. Hay que decir que el albergue del que hablamos es acondicionado —y su personal entrenado— según ideas que provienen de las teorías psicoanalíticas de Winnicott, para que ciertos fenómenos —favorecedores del cambio buscado— puedan tener lugar. No hablamos, entonces, de cualquier albergue ni de todos ellos.

Hay muchas formas de pensar —y programar— el paso de un niño por un albergue: como simple depósito, como acto punitivo y como

antesala de lo que será luego el universo carcelario, como alejamiento de la sociedad, como forma de evitar que *fastidie* a los demás, etc.

Por otro lado, y muy lejos de las que acabamos de citar, está la forma que incluye un marco conceptual en el que ese ambiente puede ser fundamental en el desarrollo emocional del niño y en la resolución de la conflictiva antisocial.

Entre las primeras formas de entender la estancia en un albergue y esta segunda media todo el trabajo que Winnicott —entre otras muchas personas— ha hecho para conseguir que esos *albergues* fuesen herramientas terapéuticas muy valiosas. Cuando decimos *albergue*, en este contexto, nos referimos a un conjunto de personas, acciones, climas e intervenciones con significados —y buscando unos objetivos— muy determinados.

Recordemos también que en la dinámica de la tendencia antisocial manejamos un supuesto que nos permite ser optimistas en los resultados de las terapias que apliquemos. Winnicott dice: «El niño ha llegado a tener en su desarrollo temprano experiencias buenas con su entorno, suficientes experiencias de sostén, y luego las ha perdido» (1956) (Véase Winnicott, 2007k). Con este presupuesto también debemos decir que no en todos los casos nuestro optimismo estará justificado, porque si «ese buen comienzo nunca se dio, el albergue no tiene ninguna posibilidad de crearlo, *ab initio*». Pero Winnicott suaviza (para nuestra alegría) el enfoque dicotómico —tuvo / no tuvo— cuando afirma: «A menudo la respuesta a este serio problema es una cuestión de grados¹⁷⁰, a pesar de lo cual vale la pena buscarla» (1947, p. 62) (Véase Winnicott, 2007l). Será por ello que vislumbraba dos posibles resultados para los niños que pasaban por los albergues: «[...] Los fracasos eventualmente llegan a los tribunales, pero los éxitos se convierten en ciudadanos» (1946, p. 125) (Véase Winnicott 2007b).

Pensemos en un niño que se encuentra en lo que más arriba llamamos *un momento de esperanza*, en el que se puede intervenir leyendo las conductas antisociales como gestos que buscan curación desde una conexión con la esperanza de que las cosas puedan ser de otra manera. El modelo teórico propuesto para esos casos —y que subyace a cualquier

¹⁷⁰ También será una cuestión de «grados» y de momentos evolutivos en los que aparezca la falla ambiental severa lo que *decida* si el trastorno futuro estará más escorado hacia patologías graves —*border*— o hacia la conducta antisocial.

abordaje clínico— incluye una secuencia que sería, más o menos, la que sigue:

1. El niño percibe un nuevo ambiente dotado de elementos confiables. Estamos hablando de alguna institución (en los casos de Winnicott, albergues para niños inadaptados).
2. Experimenta un impulso de *búsqueda de objeto*.
3. Siente que la falta de compasión hacia él puede instalarse como definitiva, que la privación puede mantenerse.
4. Agita el ambiente que le rodea. Hace lío, llama la atención, se mete en problemas, intervienen los adultos. Es su búsqueda presentando reclamos sobre objetos sustitutos. De esta forma, el niño alerta al entorno frente al peligro que él percibe y le insta a organizarse para soportar el fastidio que él mismo genera — como portador de un conflicto que le excede— para encontrar así un interlocutor y establecer con él una *nueva relación*.
5. El ambiente, representado en sus cuidadores y personal a cargo, *sobrevive*¹⁷¹.
6. La situación persiste con su valor terapéutico, toda vez que el entorno puede ir resolviendo la tarea que el niño le presenta.

Una pregunta central sería: ¿cómo resuelve el ambiente los embates del niño? Pues soportando la agresión sin responder de forma retaliativa o vengativa, intentando reparar lo dañado, entendiendo que esas acciones nos hablan más de una *relación* que de un acto puramente individual, intentando otorgar un significado —alternativo al manifiesto— a la conducta del niño, reconociendo de esta forma el valor positivo que esa conducta antisocial puede representar y «suministrándole y preservando al objeto que ha de ser buscado y encontrado».

Cuidado y protección, dijimos más arriba, he ahí la clave.

Pero también es *ahí* donde anida uno de los malentendidos más fuertes que existen con la obra de Winnicott. Se ha criticado que una terapia con estos presupuestos es *muy maternal* y que se excede en lo

¹⁷¹ Con este término en cursiva nos referimos a todo lo desarrollado en el capítulo dedicado a «El uso de un objeto». (Véase Winnicott, 1991a y b, 1992)

afectivo¹⁷² o que sobrestima las cuestiones del vínculo y hace hincapié en asuntos de la relación sin entrar en *el fondo del conflicto psíquico*.

Recordemos que Winnicott rechazaba de manera enérgica todo lo relacionado con el *sentimentalismo*¹⁷³ y lo ha dejado dicho de una manera categórica, porque él fue testigo del malentendido al que nos referimos, y que trató de aclarar siempre que le fue posible.

La idea central de Winnicott es que el cuidado y la protección a la que nos referimos *arman* psiquismo, construyen las bases primarias —y fundamentales— para que sobre ellas se asienten más tarde todas las sofisticadas y complejas tramas del desarrollo psíquico. No se ofrece cuidado y protección sólo por el valor que puedan tener en sí mismos, por lo que representan en el aquí y ahora, sino bajo la premisa de que son experiencias que deberían haber tenido lugar al principio de la vida del sujeto —con consecuencias saludables muy hondas—, algo que no ocurrió.

El fondo del conflicto psíquico es ése: que faltaron relaciones tempranas que representen el andamiaje necesario para la construcción del psiquismo. No hay otro conflicto mayor que el que viene marcado por la ausencia. Estamos hablando de lo que conocemos como *patologías por déficit* (diferenciadas de las definidas por el conflicto. Hay mucha bibliografía al respecto y no es éste el lugar para ampliar la cuestión).

Esa experiencia relacional es indispensable. Y no basta con hablar de ella en innumerables sesiones, ayudados por la interpretación; eso no sería suficiente. Hay que ir al encuentro de la experiencia relacional, vivirla, y así tejer las bases psíquicas en las que, entre otras cosas, anidarán más tarde las experiencias pulsionales del sujeto. Todo este

¹⁷² Un poco en broma —y con tono descalificador, claro—, en algunos ámbitos, la crítica incluye la acusación de hacer «palmoterapia», una terapia basada en la *palmadita* en la espalda. La descalificación es doble. Por un lado, presenta a un terapeuta muy ingenuo y con muy poca formación, y por otro, a un paciente inocente —por usar una palabra suave—, que pagaría por recibir lo que es evidente que debe recibir —suponiendo que lo desee— en otros ámbitos.

¹⁷³ Véase el apartado dedicado a la figura de la madre en la obra de Winnicott en el capítulo 2 de este volumen.

universo es el que debería estar presente, y de manera cotidiana, en los albergues de los que hablamos¹⁷⁴.

Como podemos observar, Winnicott recurre a los procesos que fallaron en el desarrollo del bebé para, desde ahí, armar un escenario que incluya y represente una *segunda oportunidad* para el infante. Y así poder conseguir que el objeto-madre, o alguno de sus posibles sustitutos, sea presentado de forma tal que el sujeto sienta que ha encontrado *alguien a quien amar y de quien recibir sostén*. La tarea no será fácil. Winnicott asume las dificultades de este movimiento:

Un niño que no ha experimentado cuidados en términos de sostén y manipulación —de confiabilidad humana— es un niño deprivado. Lo único que por lógica puede hacerse por él es prodigarle amor: amor en términos de sostén y manipulación. Hacerlo en un periodo posterior de su vida es difícil, pero siempre podemos intentarlo.

[...] Si ustedes comienzan a amar a un niño que no fue amado en sentido preverbal, pueden verse en un embrollo. El niño robará, romperá vidrios, torturará al gato y hará toda clase de tropelías. Tendrán que sobrevivir a todo eso, el niño los amará porque fueron capaces de sobrevivir (1968, pp. 170 y 171). (Véase Winnicott, 1990a, 1994).

Winnicott pensaba, en línea con la tesis que defendemos, que si el personal de la institución que interviene —celadores y personal especializado— puede suministrar los *cuidados y protección* mencionados, entonces «*hacen una terapia sin duda comparable al trabajo analítico*»¹⁷⁵ (1956, p. 137) (Véase Winnicott, 1999g, 2007k). De manera coherente con los postulados planteados, a Winnicott le interesaba —y le preocupaba mucho— la selección y formación del personal de los albergues en general y de los cuidadores¹⁷⁶ de los niños en particular. Buscaba que el

¹⁷⁴ No todos los albergues —ni las cárceles, en el caso de los mayores de edad— siguen estos planteamientos. Es evidente —y lamentable— que muchas instituciones tienden a repetir las condiciones patógenas que llevaron al sujeto a la situación problemática. Son casos en los que la institución cumple el objetivo opuesto al esperado, es iatrogénica y produce más conflicto en el sujeto y en el entorno, a pesar de que en el ideario oficial de todas estas instituciones figuran los mismo objetivos que Winnicott defendía; véase, como ejemplo paradigmático, el tema de la reinserción de la población carcelaria como un objetivo primordial.

¹⁷⁵ Otra idea clara de cómo pueden pensarse y organizarse los abordajes institucionales dentro de un pensamiento psicoanalítico y relacional.

¹⁷⁶ En la traducción utilizada su usa «custodios». Nosotros optamos por «cuidadores» o «celadores».

bienestar de estos cuidadores fuese el mayor de todos los posibles, que desearan su trabajo todo lo que se podía desear, que permanecieran en la institución¹⁷⁷, que no estuviesen pensando en marcharse a otro trabajo mejor. Él sabía que para reproducir —en la medida de lo posible— el ambiente óptimo para el desarrollo de los niños no alcanzaría con trabajadores burocráticos (como no alcanza ese rasgo tampoco para gestionar un proceso terapéutico individual), necesitaba generar algún grado de *entusiasmo* en el equipo. Propuso que estos cuidadores —y todo el personal asistencial— estuviesen *cuidados* por el personal de psiquiatría y, a su vez, él se reunía con todo el equipo para ofrecer sus cuidados, su contención y coordinar dicho equipo. Una idea recogida en una pregunta fundamental en muchos ámbitos: ¿quién cuida a los cuidadores? Winnicott y Clare Britton dirán en un trabajo escrito conjuntamente:

En estos albergues los custodios se encuentran en una posición tan difícil que necesitan indispensablemente la comprensión y el apoyo de alguien. En el proyecto que describimos, el equipo psiquiátrico era el encargado de proporcionar ese apoyo (1947, p. 75). (Véase Winnicott y Britton, 2007l).

Lo que queremos destacar, en esencia, es la naturaleza del proceso, la materia prima que constituía el clima que era necesario para que se produjesen los cambios en los niños residentes. Desde este planteamiento es fácil entender que no hubiese capacitación posible para estos celadores, como no la hay para las madres primerizas: «Lo esencial, pues, era la creación de estabilidad, y sobre todo de estabilidad emocional, en el personal del albergue, aunque desde luego, ello nunca podía lograrse completamente» (1947, p. 75). (Véase Winnicott y Britton, 2007l).

En octubre de 1970, Winnicott pronuncia la que será su última intervención en público —fallece en enero de 1971. Está destinada a la Asociación de Profesionales para la Atención de Menores Inadaptados. Dicha conferencia lleva el nombre de uno de los maestros más reconocido que Winnicott tuvo en el tema objeto de este capítulo, David

¹⁷⁷ En «Manejo residencial como tratamiento para niños difíciles» (Véase Winnicott y Britton, 2007l). (leemos: «Las personas brillantes que organizan muy bien un albergue y pasan a otro para hacer allí lo mismo constituyen una desventaja en lo que a los niños respecta. Lo que torna valioso el hogar es su naturaleza permanente y no la eficacia con que está organizado», en *Deprivación y delincuencia* [D. Winnicott, *Obras escogidas*, tomo III, 2007, p. 77].

Wills¹⁷⁸. En ella rememora su trabajo —décadas atrás— en los albergues para menores conflictivos. En un momento, refiriéndose a la terapia, comenta:

Aprendí bastante pronto que en aquel albergue ya se hacía terapia. La practicaban sus muros y techos; los vidrios del invernadero, que servían de blanco a los ladrillazos; los baños absurdamente grandes, en los que debía quemarse una cantidad enorme de carbón —tan escaso y costoso en tiempos de guerra— para que los chicos pudiesen chapotear y nadar en las bañeras con agua caliente hasta el ombligo (1970, pp. 229 y 230). (Véase Winnicott, 2007h).

En el mismo trabajo explica que la terapia la practicaban desde el cocinero —haciendo llegar de forma puntual la comida caliente a la mesa— hasta las mantas que protegían del frío, pasando por los esfuerzos de David Wills por intentar que todo funcionase a pesar de todas las limitaciones que se pueden imaginar en un albergue de este tipo en tiempos de guerra.

Vemos, entonces, que había provisiones tan concretas como la comida y también lo que podemos denominar el acto psíquico y afectivo —basado en el cariño y la empatía— de un equipo que se proponía *sostener* a aquellos niños de la forma que se pudiese con los recursos disponibles. No es arriesgado señalar las similitudes que existen entre este dispositivo y el mundo que rodea a la dupla madre-bebé.

Alejándonos de una lectura ingenua o superficial, debemos decir que la oferta de sostén concreta no lo es todo. Por el contrario, lo que se busca —lejos de la oferta sistemática y asistencialista de sostén— es la internalización de ese suministro ambiental y la creación de un ambiente interno —el niño deprivado carecería justamente de él— que *sostenga* desde dentro, que *autosostenga*, y que genere la esperanza y la ilusión desde las que relacionarse con el mundo externo en mejores condiciones.

El albergue —o aquello que represente al ambiente— debe mostrarse confiable, estable y algo más: conseguir que así sea percibido por el niño.

¹⁷⁸ Dirá de él: «[Entre otras cosas, me hizo] comprender la existencia de la psicoterapia que no se puede describir en términos de hacer la interpretación correcta en el momento adecuado» (1970). (Véase Winnicott, 2007h).

La otra recomendación para el personal a cargo de estos niños en la que Winnicott insistía es la de que no esperen gratitud explícita por parte de los niños. «La gratitud es algo muy refinado» (1970, p. 235) (Véase Winnicott, 2007h). Y en esa misma conferencia cita a San Vicente de Paúl que le dice a sus discípulos: «Rogad a Dios que los pobres los perdonen por ayudarlos» (ibídem). Y adaptando esta premisa a su realidad, Winnicott comenta: «Cabría esperar que nosotros diéramos las gracias a los niños por estar necesitados de asistencia, aunque al usar la terapia que les suministramos puedan *fastidiarnos* y agotarnos» (ibídem).

¿Acaso los bebés y los niños pequeños agradecen al entorno lo que reciben? Pasa mucho tiempo para que el niño, a instancias de los adultos que se lo exigen —«di gracias»—, pueda incorporar la idea del otro como alguien separado de él y con necesidades propias.

Queremos terminar este capítulo con el párrafo final de la última conferencia de Winnicott, ya citada, que recoge un ramillete de cuestiones importantes —verá el lector que su extensión queda justificada por su riqueza— y agrega una nueva y valiosa idea en lo que al abordaje se refiere. Nos referimos a uno de los temas que más interesaron a Winnicott en sus últimos años, «El uso de un objeto» (Véase Winnicott, 1991a y b, 1992), al que le hemos dedicado un capítulo en este libro. Leemos:

Espero haber puesto en claro que, desde mi punto de vista, la asistencia en internados puede ser un acto de terapia muy deliberado, hecho por profesionales en un medio profesional. Puede ser una manera de manifestar cariño, pero a menudo debe parecer una forma de odio, y la palabra clave no es «tratamiento» o «cura», sino más bien «supervivencia». Si ustedes sobreviven, el niño tiene una posibilidad de crecer y transformarse en algo parecido a la persona que habría sido si el derrumbe no hubiese acarreado el desastre (1970, p. 236). (Véase Winnicott, 2007h).



LAS CUESTIONES TÉCNICAS

Por Ariel Liberman

8.1 INTRODUCCION

La psicoterapia no consiste en hacer interpretaciones inteligentes y adecuadas; en general, es un devolver al paciente, a largo plazo, lo que éste trae. Es un derivado complejo del rostro que refleja lo que está ahí para ser visto.

Winnicott

Queremos, en esta breve introducción, dar un contexto que oriente sobre el lugar en este libro de estas «cuestiones técnicas». No tienen la intención de organizar de forma sistemática la forma de trabajar de Winnicott ni sus propuestas en el campo de lo que conocemos como «teoría de la técnica». Tampoco sabemos si tal empresa podría llevarse a cabo y, ni siquiera, si tendría algún sentido.

No creemos que haya, ni nos resulta interesante pensarlo, una «técnica» winnicottiana. Winnicott no creó escuela en un sentido

fuerte¹⁷⁹, aunque, indudablemente, nos cuesta mucho pensar hoy en psicoanálisis sin sus contribuciones. En Winnicott encontramos propuestas y reformulaciones tanto en la teoría como en los conceptos vinculados a nuestra práctica clínica.

La obra de Winnicott ha tenido sobre muchos de nosotros un efecto-impacto fuertemente liberador. No era, por supuesto, un «todo vale» lo que proponía, sino un «todo puede ser pensado» y usted, como persona, no puede quedar afuera en dicha reflexión. Como dijo hace un tiempo Simón Grolnick, Winnicott fue un «terapeuta de terapeutas» (1990) (Véase Grolnick, 1990), alguien que, a pesar de lo arduo que a veces resulta su lectura, no dejó de transmitirnos un pensamiento y una clínica vivas y, por ello, inevitablemente personal. Lo que estamos planteando no excluye en absoluto el rigor intelectual, del que Winnicott daba muestras una y otra vez en su propio estilo, pero sí excluye la rigidez o, lo que viene a ser parecido, las pretensiones escolásticas.

Hemos seleccionado una serie de temas que nos parecen que forman parte de sus intereses centrales y recurrentes y que abrieron y abren, para nosotros, nuevas miradas sobre la práctica clínica del psicoanálisis o de la psicoterapia psicoanalítica. Nos referimos a temas de gran calado que, por supuesto, no se agotan en nuestra propuesta aunque sí hemos querido recoger lo fundamental de dichos asuntos, tales como el jugar, la regresión a la dependencia —con la inclusión clínica del *holding*—, o sus consideraciones sobre la interpretación y el acto de interpretar.

Debemos partir, como en toda lectura de un autor que no es literalmente nuestro contemporáneo, de tener siempre presente que conlleva inevitablemente, al menos, un triple contexto de significación: *el contexto histórico* que dio lugar al desarrollo de sus ideas —características de la época, interlocutores, teorías y prácticas dominantes, dinámicas institucionales, etc.—; *el contexto actual* en estos mismos parámetros de quien lee «hoy» su obra; y, finalmente, *el contexto personal*, es decir, cómo nos impacta (o nos ha impactado) a cada uno de nosotros su pensamiento en nuestros recorridos personales. Este triple contexto de

¹⁷⁹ Nos gustaría aquí retomar la cita de J-B. Pontalis que usa Rubén Zukerfeld en su trabajo «Influencias winnicottianas» (2008) (Véase Zukerfeld, 2008). Con ocasión del fallecimiento de Winnicott, Pontalis escribió: «Es posible que Donald Winnicott no tenga ningún sucesor, nadie que pueda invocarlo como su maestro. Y está muy bien así. Con maestros, el psicoanálisis puede sobrevivir un tiempo. Sin amos ni maestros, tiene la posibilidad de vivir indefinidamente». (Véase Pontalis, 1975).

lectura plantea claramente que no pretendemos presentar la obra de Winnicott «en sí misma», sino también nuestra recreación —aunque no sólo— a partir de nuestras propias necesidades y condiciones de época y personales. Igualmente, al ser una introducción a su obra, hemos tratado de estar lo más cerca que podemos de sus ideas permitiéndonos, de forma esporádica —aunque inevitablemente también en la selección misma— introducir ciertos vértices de lectura que sentimos más afín.

Winnicott fue de los analistas que colaboraron de manera sobresaliente en la apertura de fronteras en el campo que habitualmente llamamos «teoría de la técnica». Dicha apertura no consistió solamente en incursionar en áreas psicopatológicas en las que el psicoanálisis clásico no incursionaba, sino en hacerlo dando cabida a ser afectado por los nuevos contextos e «inventar» nuevos modos de transitar y explorar esos nuevos territorios modificando ciertas concepciones tanto teóricas como de práctica analítica. Estas modificaciones tendrán, con el tiempo, un «efecto de retorno»¹⁸⁰ —por decirlo así— sobre la práctica psicoanalítica corriente, y estamos con ellas, por ello, aún en deuda.

Algunos autores han hablado de estas modificaciones, tanto teóricas como prácticas, en términos de «una revolución tranquila» (cit Ogden, 2001) o una «ruptura epistemológica invisible» (cit Roussillon, 2008). Otros, como Stephen Mitchell, han reconocido que «Winnicott ha tenido más influencia que ningún otro desde Freud en cómo los clínicos americanos comprenden la situación analítica, y de un modo muy beneficioso» (cit Mitchell, 1999, p. 130).

Pensamos que, ante todo, hay un modo de estar de Winnicott en la clínica, que ha quedado reflejado en su idea de creatividad, es decir, en ese modo personal de afrontar nuestra tarea que combina y mantiene en

¹⁸⁰ Nos gusta la expresión francesa *effet de retour* y no se nos ocurre una mejor traducción al español que transmita su significado. Con ella queremos enfatizar un proceso que vemos una y otra vez en la historia del pensamiento psicoanalítico: cómo, a partir de las exploraciones o incursiones en nuevos ámbitos de prácticas —trabajo con niños, trabajo con pacientes de «cierta clasificación psicopatológica», como dice Winnicott, como psicosis, borderlines, patologías del actuar, etc., o en nuevos dispositivos de atención—, el psicoanálisis se fue ampliando no sólo en extensión sino también en consistencia. Las nuevas reflexiones e ideas que surgían de dichas prácticas retornan sobre la práctica habitual del psicoanálisis individual con adultos modificando formas de escucha y trabajo. Un ejemplo paradigmático siempre nos ha parecido la comprensión de la asociación libre en los niños por parte de M. Klein en términos de «teoría del juego», en el que las escenas del jugar de los niños iban desplegando. Pensamos que esto llevó, con ese lado siempre novedoso, aunque a veces por su exceso igualmente limitante, a comprender la asociación libre de los adultos también fuertemente en términos de escenas y secuencias de escenas, lo que tendrá un enorme valor. Con Winnicott hemos tratado de sugerir en estos capítulos algo del mismo orden.

tensión el saber acumulado y lo personal de su apropiación. Siempre nos ha gustado cómo piensa Winnicott la relación del analista con la teoría, sea esta una teoría en sentido general o lo que se llama «teoría de la técnica». Usa como analogía (1980) (Véase Winnicott, 1980) la relación que un chelista tiene con el necesario ejercicio técnico de su instrumento. Establece en esta analogía la diferencia, que nos parece crucial, entre saber técnico y «hacer música». Si bien no deja de reconocer la obvia necesidad de haber trabajado el «saber técnico», tiene claro, al mismo tiempo, que eso no es igual a hacer música. Un profesor de tango decía, no sin cierta malicia, «están los que saben bailar y lo que saben hacer pasos». Sólo la técnica encarnada hace a un psicoterapeuta, y encarnarla supone un movimiento de apropiación subjetiva que inevitablemente coloreará —metáfora usada por Winnicott para hablar de creatividad— su quehacer de una forma única y singular. Winnicott fue, en este sentido, un gran modelo de apropiación y singularidad y sería un completo contrasentido tomarlo literalmente como modelo, es decir, identificarnos más con sus enunciados que con su enunciación. Su propuesta fue siempre que cada uno recree a su manera y descubra lo que forma parte de la experiencia y del saber acumulado en eso que solemos llamar «teoría de la técnica». Técnica y creatividad se requieren mutuamente: no hay creatividad de la nada ni técnica que pueda usarse sin haberla hecha propia. En un epígrafe que usamos en estos capítulos, y que entendemos como una dialéctica propia de diferentes áreas de experiencia, Winnicott afirma: sólo hay originalidad (novedad) sobre la base de la tradición. Ésta es otra de las paradojas que nos propone su pensamiento y que es aplicable sin duda también a la clínica. El conocimiento de la teoría de la técnica —y de la teoría psicoanalítica en general— es condición necesaria pero no suficiente del ejercicio clínico, ya que no se puede eludir la persona que encarna dicho ejercicio ni la situación en la que la encarna.

Hay un acuerdo general entre diferentes autores que dialogan frecuentemente con sus aportes (Phillips, Roussillon, Aron, Pizer, Green), al cual nosotros adherimos, que consiste en afirmar que su pensamiento ha desplazado el centro de gravedad de la escena analítica de la escena de sueño a la escena del juego. Desplazamiento no implica anulación sino reformulación desde dicho vértice. Se suele plantear en términos de la oposición entre modelo del sueño frente a modelo del juego. Roussillon plantea que: «Con Winnicott podemos decir que el juego es el modelo mismo del trabajo terapéutico, del trabajo psíquico que la situación analítica busca restablecer o promover» (cit Roussillon,

2008). Esta idea macro o general está como trasfondo de muchas de las ideas que desarrollaremos en los apartados siguientes.

En el apartado 2 del presente capítulo hacemos un recorrido por el concepto de regresión a la dependencia, muy cerca de los trabajos de Winnicott sobre este asunto. Este concepto ha sido central, por un lado, desde una perspectiva histórica. Como señala A. Green:

Me parece que la función esencial de todas las variantes del análisis clásico, tan denostadas, no tienen otra meta, poniendo en juego la elasticidad de marco analítico, que buscar y preservar las condiciones mínimas de simbolización (1990). (Véase Green, 1990b).

Pero también nos parece que es un concepto importante a la hora de evaluar lo que hemos denominado el «efecto de retorno» de la práctica clínica con pacientes graves en la práctica clínica corriente.

En el apartado 3, hemos querido, a través de una tal vez osada dramatización de la carta que Winnicott escribiera a Melanie Klein, evocar una serie de ideas que atraviesan su pensamiento y que están vinculadas tanto al clima como al lugar de la interpretación y del acto de interpretar en un proceso analítico.

Por último, en el apartado 4, hemos puesto en relación la comprensión de Winnicott del desarrollo del jugar con el proceso psicoterapéutico mismo, con la idea de acercarnos a su definición de la psicoterapia como un proceso que «[...] *tiene lugar* [take place] *en la superposición de dos áreas de juego* [o del jugar]: *la del paciente y la del terapeuta*» [cursiva en el original] (Véase Winnicott, 1971b).

Como conclusión de este apartado introductorio nos gustaría señalar cómo el pensamiento de Winnicott sigue influenciando a psicoanalistas actuales de latitudes, horizontes y orientaciones diversas. Desde Joyce Slochower (Véase Slochower, 2008) quien hace años trata de articular algunas propuestas de Winnicott con el pensamiento relacional, o René Roussillon (Véase Roussillon, 2008), que inserta el pensamiento de Winnicott en la tradición psicoanalítica francesa, pasando por Alfredo Paineira que sigue señalando el interés de repensar el psicoanálisis (Véase Paineira, 2007) desde la perspectiva de la persona, todos estos esfuerzos, más muchos otros que no podríamos enumerar, muestran que el pensamiento de Winnicott sigue vivo y dando sus frutos, aunque afortunadamente no formen parte de estos últimos las escuelas.

8.2 LA REGRESIÓN A LA DEPENDENCIA

Ferenczi (1931) contribuyó significativamente considerando los análisis fallidos de pacientes con trastornos del carácter no como un simple fallo en la selección sino como una deficiencia de la técnica analítica. La idea implícita aquí era que el psicoanálisis podía aprender adaptando su técnica a las perturbaciones del carácter [...].

Winnicott

D. W. Winnicott es específicamente el analista de los casos-límites.

A. Green

Proceso analítico y cambio del tipo de consulta

El asunto de la regresión a la dependencia fue uno de los ejes centrales en torno al cual, a lo largo de su obra, Winnicott fue reflexionando acerca del proceso analítico. Si bien estas reflexiones comenzaron alrededor de las patologías severas (psicosis, borderlines y esquizoides), muchos de los descubrimientos con este tipo de pacientes fueron extendidos, por el propio Winnicott, a momentos o fases de otros procesos analíticos. Winnicott llegó a sostener que atravesar una fase de regresión a la dependencia forma parte del proceso analítico mismo. Así, afirma ya en 1948:

Creo que en el análisis de los psicóticos, así como en las últimas fases del análisis, incluso de una persona normal, el analista debe hallarse en condiciones comparables a las de la madre de un niño recién nacido. Cuando su regresión es profunda, *el paciente no puede identificarse con el analista ni apreciar su punto de vista* más de lo que el feto o el recién nacido pueden simpatizar con la madre [la cursiva es nuestra] (p. 202). (Véase Winnicott, 2007a)

En otros momentos aludirá a ello sin circunscribirlo a las últimas fases del mismo, como cuando dice, en una carta a Money-Kyrle de noviembre de 1952:

Fairbairn tiene razón en esto cuando puntualiza que el sentimiento de futilidad, por el cual yo quiero significar la incapacidad de sentir las experiencias como reales¹⁸¹, predomina en la sintomatología del paciente analítico medio, en especial cuando uno ha comenzado a profundizar (Rodman, 1990).

También enfatiza que no es algo que ocurra de entrada en un proceso terapéutico sino que es requisito indispensable que el paciente haya probado la confiabilidad del marco analítico, haya realizado «una puesta a prueba minuciosa» (Winnicott, en Rodman, 1990, p. 124), para aventurarse, con el riesgo que ello implica, a ceder en esta tarea de protección que tiene el falso *self*. 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 desarrollo¹⁸². Iremos viendo estos diferentes momentos a lo largo de este capítulo.

Nos interesará, pues, como primera aproximación al tema, realizar un pequeño recorrido histórico para, luego, meternos más con la revisión que este concepto propone del proceso analítico para cierto tipo de pacientes o condiciones y, también, en lo que supone en términos de comprensión de la situación analítica y del lugar del ambiente en ella.

A pesar de que, según el propio Winnicott, el concepto de regresión como preocupación clínica llama su atención a comienzos de los años cuarenta¹⁸³, su formulación explícita se gesta hacia finales de la misma década y tiene un punto culminante en 1954. El 17 de marzo de ese año, D. W. Winnicott lee ante la Sociedad Psicoanalítica Británica (BPS) uno de los textos que forman parte, hace ya tiempo, de los grandes trabajos de la literatura psicoanalítica: «Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico» («Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytical Set-up»)

¹⁸¹ Véase capítulo 6.

¹⁸² Véase el trabajo de Alejandro Ávila Espada sobre «La segunda oportunidad para el desarrollo, metáfora del proceso terapéutico en Winnicott» (2008). (Véase Ávila 2008)

¹⁸³ En 1954 dice: «Hace una docena de años» (p. 278). No olvidemos que en ese momento el contexto eran lo que han sido llamadas *Controversial Discussions* (véase capítulo 1). (Véase Winnicott, 1958b)

(Véase Winnicott, 1958b) que fue publicado en el *International Journal of Psychoanalysis* en 1955. Este texto ha sido considerado, por ejemplo por André Green (1974) (Véase Green, 1990b), como pionero en el reconocimiento de la mayor prevalencia en nuestro trabajo cotidiano de toda una serie de problemáticas clínicas que van más allá de las neurosis clásicas. Recordemos el tan citado párrafo de este mismo texto en el que Winnicott plantea:

Dicho de otro modo, sería agradable poder aceptar en análisis solamente aquellos pacientes cuyas madres, al comienzo y durante los primeros meses, hubiesen sido capaces de aportar condiciones suficientemente buenas. Pero esta era del psicoanálisis se está acercando irremisiblemente a su fin (1954). (Véase Winnicott, 1958b)

Unos meses antes, el 27 de noviembre de 1953, le había escrito a Hannah Ries: «[...] El asunto [de la regresión a la dependencia] tiene gran importancia práctica, pues entre los casos que vienen a análisis cada vez son menos los neuróticos, psiquiátricamente hablando» (Véase Rodman, 1990, p. 116).

Hay cierto consenso entre quienes conocen en profundidad la obra de Winnicott de que podríamos ubicar en su texto de 1945, «El desarrollo emocional primitivo» (Véase Winnicott, 1999h), un punto de partida para lo que podríamos considerar sus aportes más propios y originales. Ogden, por ejemplo, habla de este trabajo como «su primera gran contribución al psicoanálisis» (Véase Ogden, 2001). En este texto delimitará un área de indagación que recorrerá de muchas maneras y que llamará en artículos posteriores, con una mínima diferencia con el título del mencionado trabajo, «El desarrollo emocional temprano» (véase capítulo 2). Este texto de 1945, un año posterior al «pacto de caballeros» que dio lugar al cierre de las denominadas *Controversial Discussions* (1942-44) (véase capítulo 1), no puede dejar de estar vinculado a éstas. En un trabajo posterior, «La angustia asociada con la inseguridad» (Véase Winnicott 1999d), que a su vez será un punto de inflexión sin retorno en

la relación de Winnicott con Melanie Klein —según su biógrafo Rodman (Véase Rodman, 2003)¹⁸⁴—, Winnicott sostiene:

¿Qué es entonces lo que precede a la primera relación de objeto? Por lo que a mí se refiere, he sostenido una prolongada lucha con este problema. Empezó cuando (hace unos diez años)¹⁸⁵ me encontré a mí mismo diciendo ante esta Sociedad, con cierta excitación y acaloramiento, lo siguiente: «*No existe nada que pueda ser denominado “bebé”*».¹⁸⁶ Me sentí alarmado al oírme pronunciar estas palabras y traté de justificarme señalando que, si me muestran ustedes un bebé, ciertamente me mostrarán también a alguien que cuida del mismo o, cuando menos, un cochecito de niños que acapara la vista y los oídos de alguien. Lo que vemos es una «pareja de crianza», por decirlo así. [...]. Hoy, de manera menos extrema, diría que con anterioridad a las relaciones objetales el estado de cosas es como sigue: la unidad no la constituye el individuo sino la *organización ambiente-individuo* [las cursivas finales son nuestras] (1952, p. 99). (Véase Winnicott, 1999d)

Estas ideas se encuentran en el centro del pensamiento de Winnicott, como hemos visto en capítulos anteriores, y serán la base tanto para su teoría del desarrollo como de su teoría de la regresión a la dependencia.

El concepto de regresión a la dependencia va tomando forma hacia finales de los años cuarenta y estas reflexiones aisladas culminan en el texto del 54 (Véase Winnicott, 1958b) que supone un giro en su teoría y un aporte central al pensamiento psicoanalítico acerca del proceso.

Antecedentes del texto de 1954

¹⁸⁴ Tras la presentación de este trabajo en la BPS, Winnicott escribe la famosa carta a Melanie Klein del 17 de noviembre de 1952 (Véase Rodman, 1990), en donde expresa amargamente su decepción al ver que ella no había sido capaz de ir al encuentro del gesto creativo de Winnicott que suponía dicha presentación, ya que, como señala en esa misma carta: «La enunciación inicial se hace habitualmente con un gran costo, y luego, durante un tiempo, el hombre o la mujer que ha hecho esta obra se encuentra en un estado sensible, ya que está personalmente involucrado» (p. 91 de la correspondencia). Esta carta será trabajada en el apartado 3 del presente capítulo. Véase también sobre este desencuentro Rodman, 2003, p. 179.

¹⁸⁵ O sea, en 1942, en las *Controversial Discussions*.

¹⁸⁶ «There is no such thing as a baby».

Comencemos citando algunos antecedentes del texto de 1954 (Véase Winnicott, 1958b) para resaltar los temas que estaban en debate. En relación a cuestiones de técnica, encontramos en estos años algunas referencias en las que la cuestión de la regresión es, muchas veces, más aludida o esquivada que tratada. Por ejemplo, en el trabajo de 1945 (Véase Winnicott, 1999h) antes citado, Winnicott va «delimitando» ámbitos de desarrollo teórico-técnicos en donde intenta insertar el lugar de su propia contribución. En este caso, como el énfasis del texto se encuentra en su teoría del desarrollo temprano, Winnicott adopta¹⁸⁷ una posición en extremo conservadora en cuanto a la técnica, que desaparecerá parcialmente en su artículo de 1954. Enumera lo que se ha ido logrando tanto con los aportes de Freud y de Klein, y luego sostiene:

Esta labor [se refiere a las contribuciones de Klein] constituyó una progresión natural en el psicoanálisis; trajo consigo una nueva comprensión pero *no una nueva técnica* [...]. He dicho que no hizo falta ninguna modificación de *la técnica freudiana* para llevar a cabo la extensión del análisis con vistas a enfrentarse a la depresión y a la hipocondría [aportes centrales de Klein, según Winnicott]. No es menos cierto, según mi experiencia, que la misma técnica nos puede llevar a elementos aún más primitivos, siempre y cuando, por supuesto, tengamos en cuenta los *cambios en la situación de la transferencia* inherentes a tal trabajo [la cursiva y los corchetes son nuestros] (1945). (Véase Winnicott, 1999h)

Winnicott sostiene aquí, como vemos, que si bien con sus aportes amplía la comprensión de lo que se pone en juego en la transferencia no por ello modifica la técnica freudiana, con lo que alude centralmente al trabajo interpretativo. Nos resulta interesante citar este párrafo porque el problema de la interpretación será uno de los asuntos más controvertidos y cuestionados que propone una teoría del proceso en términos de regresión a la dependencia.

¹⁸⁷ No pretendemos decir que Winnicott adoptase esta posición de modo intencional. Imagino que alguna duda ya tendría sobre la eficacia de la interpretación en las situaciones clínicas que él comienza a describir, pero que aún no se ha gestado con claridad en él su teoría de proceso en estos tipos de transferencias. Pensamos, sí, que Winnicott fue, sobre todo en sus primeros textos de *personal statement* (p. 137 del *IJP* de 1945), muy cuidadoso en sus planteamientos, en donde se nota que se esforzó por adoptar una actitud «políticamente correcta». Esto resulta evidente para nosotros en este texto de 1945 (Véase Winnicott, 1999h) en el que, antes de ir al núcleo del mismo y de su contribución, realiza varios planteamientos preliminares: «*First I must prepare...*», «*Before embarking directly...*», «*I have more preparatory remarks...*» —ya llevamos algunas páginas—, observaciones que hoy, por supuesto, no dejan de ser interesantes en la medida en que nos permiten imaginar los interlocutores que Winnicott tenía.

Pocos años después, en «El odio en la contratransferencia» (Véase Winnicott, 1999b), Winnicott sostiene:

Existe una inmensa diferencia entre los pacientes que han vivido experiencias satisfactorias en la primera infancia, experiencias que puedan descubrirse en la transferencia, y aquellos otros pacientes cuyas experiencias han sido tan deficientes o deformadas *que el analista tiene que ser la primera persona en la vida del paciente que aporte ciertos puntos esenciales de tipo ambiental*.

En el tratamiento de un paciente de este segundo tipo, todo se vuelve importante y vital en la técnica analítica, incluso aquello que puede darse por sentado¹⁸⁸ cuando el tratamiento va destinado a un paciente del tipo citado en primer lugar [se refiere al paciente neurótico] [la cursiva y los corchetes son nuestros] (1948, p. 273). (Véase Winnicott, 1999b)

Un año después, en «Recuerdo del nacimiento, trauma del nacimiento y angustia» (Véase Winnicott, 1958a), sostiene que toda buena técnica analítica contiene, como uno de sus principios, que el marco-encuadre [*setting*] es provisto para que el paciente tenga la posibilidad de enfrentar una cosa cada vez (en cada momento):

No hay nada más importante en nuestro trabajo analítico que tratar de ver qué es *esa* cosa que el paciente está trayendo para interpretar o para revivir en cada hora analítica particular. Es una mala práctica interpretar cualquier cosa que uno siente [cree] haber comprendido, actuando de acuerdo a nuestras propias necesidades y, así, arrebatar al paciente la posibilidad de enfrentar una cosa por vez. Parece que esto es aún más cierto cuanto más atrás [en el desarrollo] uno vaya [los corchetes son nuestros] (1949, p. 192). (Véase Winnicott, 1958a)

Todo esto lo podemos ver mejor, asegura Winnicott, «[... si] somos capaces de seguir al paciente tan atrás como necesite ir en el desarrollo emocional, por medio de la regresión a la dependencia, con el fin de alcanzar el periodo en el que las intrusiones (*impingements*) fueron múltiples e inmanejables» (1949, p. 193). (Véase Winnicott, 1958a)

¹⁸⁸ Pensamos que aquí Winnicott se está refiriendo al «encuadre». También sabemos que, en general, Winnicott utiliza dos estrategias que nos indican cómo él circunscribe y/o delimita el lugar de su reflexión, de su contribución: una es la enumeración de lo que el psicoanálisis ha logrado hasta el momento en que está escribiendo, y otra, la más frecuente a nuestro parecer, viene señalada por aquellos momentos en los que Winnicott sostiene que el psicoanálisis ha «dado por sentado» [*take for granted...*] la formulación que sea. En este párrafo usa esta segunda estrategia.

En «La mente y su relación con el psiquesoma» (1949) (Véase Winnicott, 1999f), entre otras cosas, Winnicott relata el material clínico de una mujer a la que se referirá en 1954 como la paciente que más le enseñó sobre la regresión (p. 279). Allí dice:

La falsedad de estos patrones de expresión de la personalidad, sin embargo, se hace evidente en la práctica. Se cierne la *amenaza del derrumbe* —tal vez llegue a producirse—, porque lo que en todo momento necesita el individuo es *encontrar a otra persona que haga real este concepto del «buen medio»*, de manera que el individuo puede volver al psiquesoma dependiente que constituye el único lugar desde el que vivir [la cursiva es nuestra] (1949, p. 336). (Véase Winnicott, 1999f)

Por último, en este pequeño recorrido, nos gustaría citar lo que Winnicott afirma en «Ideas y definiciones» (Véase Winnicott, 1993c), en donde se esfuerza por distinguir muy esquemáticamente la regresión a la dependencia del concepto más común de regresión en términos del desarrollo psicosexual:

En este empleo del término, *indirectamente se introduce el ambiente*, ya que la dependencia exige un ambiente que atienda a ella. En cambio, en el otro uso del término «regresión» no hay referencia implícita a un ambiente. El término «regresión» también se usa para describir el *proceso* que puede observarse *en un tratamiento*, una *gradual entrega del falso self o self cuidador* [esta expresión viene de una paciente suya] hasta aproximarse a una *nueva relación* en la que el *self cuidador* se deposita en el analista [la cursiva y los corchetes son nuestros] (1950, p. 61). (Véase Winnicott, 1993c)

Lo que hemos querido mostrar, con algunas citas de textos previos a 1954 (Véase Winnicott, 1958b), es cómo Winnicott comienza a plantear el asunto de la regresión a la dependencia a finales de los años cuarenta y qué tipo de problemas le preocupaban. Por ahora podemos situar muy esquemáticamente algunos de ellos:

- El lugar de la interpretación en estos momentos clínicos.
- El tipo de transferencia que se establece, diferente de las que se habían descrito hasta entonces.
- El aporte por parte del analista de ciertos elementos de «tipo ambiental» o, dicho de otra manera, la «necesidad de que [el analista] haga real» un medio suficientemente bueno.

- La transformación vía nueva relación.
- La tolerancia que es necesaria que el analista tenga para afrontar la falta de discriminación y de reconocimiento por parte de los pacientes en esos momentos.
- La articulación entre problemáticas de falso *self*, su concepto de derrumbe y la regresión a la dependencia.
- Lo que se experimenta por primera vez en la regresión a la dependencia.
- La insistencia en la atención que es necesario prestar a lo que el paciente nos va aportando de modo único y en una dupla única.
- La idea de «entrega [o rendición] del falso *self*» como un momento crucial del proceso que describirá.
- Como común denominador: la centralidad del ambiente en el concepto de regresión a la dependencia.

En torno al texto de 1954

Ahora nos centraremos en algunas ideas del texto de 1954, «Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico» (Véase Winnicott, 1958b), sabiendo la complejidad que tiene este trabajo, su densidad conceptual y clínica y, por lo tanto, la imposibilidad de abarcarlo en su totalidad.

Winnicott comienza defendiendo la necesidad de no dejar el tema de la regresión librado al aspecto intuitivo del analista, o a su «arte», dentro de la práctica psicoanalítica. Esto ha sido leído de muchas maneras. Para nosotros sostiene, fundamentalmente, que muchos aspectos del proceso analítico en esa época —como en la nuestra— se delimitan como marginales y no se les presta excesiva atención ya que se «sabe» (o se supone saber) qué es lo que opera en un tratamiento: la interpretación.

«El análisis no es sólo un ejercicio técnico»¹⁸⁹ (Véase Winnicott, 1958b), (p. 278). Éste es uno de los enunciados con los que continúa este trabajo. Una vez adquirida una técnica básica, absolutamente necesaria,

¹⁸⁹ Recordemos la metáfora musical que hemos usado en la introducción de este capítulo.

piensa Winnicott, se trata de ir más allá de ella. La meta es ser capaces de cooperar con el paciente en seguir «el proceso», proceso que en cada persona tiene su propio ritmo. Para Winnicott, «los rasgos más importantes del proceso derivan del paciente y no de nosotros como analistas» (p. 278) (Véase Winnicott, 1958b). Podemos tomar esta frase como una en la que Winnicott no hace más que decir lo obvio o preguntarnos qué interlocutor tiene él en mente y qué teoría del proceso. Una de las situaciones-modelo a la que Winnicott se refiere constantemente, además del modelo de crianza, es al modelo del parto: el obstetra tiene por función facilitar, en la medida de sus posibilidades, lo que se despliega naturalmente en él (el parto). Sabemos, además, siguiendo ya el modelo de la crianza, la insistencia de Winnicott en la necesidad por parte de los padres de adaptarse a los ritmos y características de cada uno de sus hijos, dejando de lado o poniendo entre paréntesis el «saber» que se produjo en el/los otros procesos de crianza, para no aplastar con ese saber la singularidad que allí acontece. Por otro lado, somos conscientes de que sus interlocutores, si bien sostendrían sin problemas también el enunciado aislado antes citado, lo cuestionarían si se afirma, como hace Winnicott, que la interpretación es, muchas veces —y sobre todo en la situación de regresión que estamos tratando de delimitar—, un modo de intervención que altera dicha especificidad o singularidad y, por lo tanto, que en ciertos momentos del desarrollo de la cura, la interpretación —o el acto de interpretar— puede ser iatrogénica. O sea, «los rasgos más importantes del proceso», no los únicos, «derivan del paciente».

El caso de la paciente a la que Winnicott le agradece haberle permitido comprender aspectos centrales de la regresión fue expuesto en su texto «La mente y su relación con el psiquesoma» (1949) (Véase Winnicott, 1999f), trabajo leído en la sección médica de la Sociedad Psicológica Británica y revisado en octubre de 1953 para su publicación¹⁹⁰. Allí sostiene que «lo que estoy argumentando es gran parte de lo que ocurre en nuestra práctica diaria con pacientes» (Véase

¹⁹⁰ Este último dato es relevante, ya que fueron años muy productivos, y en la revisión de 1953 probablemente introduce conceptos que no estuvieron presentes en su exposición original (ej. falso *self*).

Winnicott, 1999f), (p. 248). Y añade: «Ella¹⁹¹ había tenido un así llamado “análisis clásico” durante muchos años, aun así el núcleo de su enfermedad había permanecido inmodificado» (Véase Winnicott, 1999f), (p. 249). O sea que Winnicott observa la mayor prevalencia clínica de este tipo de pacientes así como el hecho de que un «análisis clásico» —es decir, para él, centrado únicamente en la interpretación— no alcanza lo nuclear de la fuente de sufrimientos de dichos pacientes.

Winnicott diferencia de manera clara el diagnóstico psiquiátrico del psicoanalítico a lo largo de su obra. Si bien la cuestión del diagnóstico le parece absolutamente necesaria, es la consideración psicodinámica del paciente la que nos ayuda a la hora de trabajar con él. Dice, por ejemplo, de esta paciente:

[...] Aunque el diagnóstico de psicosis nunca hubiera sido hecho por un psiquiatra, un diagnóstico analítico necesita ser realizado para tener en cuenta el desarrollo muy temprano de un falso *self*. El tratamiento para ser efectivo requiere una regresión en busca del verdadero *self* (1954, p. 280). (Véase Winnicott, 1958b)

Éste es un ejemplo claro de a qué fines le sirve a Winnicott la diferencia entre diagnósticos psiquiátricos-descriptivos y «diagnóstico analítico», refiriéndonos con este último término a la consideración dinámica de los fenómenos observables. En esta cita se puede constatar que, en general, Winnicott usa la idea de «psicosis» no sólo para aludir a las psicosis clínicas —aquellas que poseen una clara semiología-sintomatología psicótica—, sino a aquellas formas caracterológicas que tienen, para él, un núcleo psicótico en términos de tipos de angustias, tipos de defensas, etc. Por ello, el uso que Winnicott realiza de ciertas nociones provenientes de la psiquiatría hay que reenmarcarlas en su forma de pensar la clínica y en el tipo de diagnóstico que tiene en mente. Por ejemplo, en *Estructuras y estados fronterizos en niños, adolescentes y adultos*, Carlos Paz (Véase Paz, 1976) ha señalado, pensamos que con acierto, que el uso que Winnicott realiza de la categoría de «fronterizo» «no es

¹⁹¹ Esta paciente es mencionada en diferentes trabajos. Hay una enorme coincidencia con muchas cuestiones que aparecen en el trabajo de Winnicott con Margaret Little. Pero Winnicott sostiene en un momento que hubo una ventaja con esta paciente al ser «capaz de gestionar [conducir] toda la regresión yo solo» (Véase Little, 1995) (Véase Winnicott, 1958b) (p. 280). Él pudo conducir (*to manage*) el conjunto de la regresión, sin necesidad de dispositivos auxiliares (por ejemplo, internación hospitalaria) —algo que no sucedió en el caso con Margaret Little.

demasiado preciso a pesar de usar la denominación en varios trabajos [...] Pero al utilizar muchas veces como sinónimo “esquizoide y fronterizo” hace difícil apreciar el alcance que otorgaba a estos últimos» (Véase Paz, 1976) (1976, p. 88)¹⁹². Veamos pues cómo, en su conferencia de 1968, realizada en la New York Psychoanalytic Society, publicada en 1969, define las problemáticas borderline de la siguiente manera:

[...] Por caso borderline entiendo el tipo de caso en que el núcleo de la perturbación es psicótico pero el paciente tiene suficiente organización psiconeurótica para presentar siempre desórdenes psiconeuróticos o psicosomáticos cuando la angustia central amenaza con irrumpir crudamente. En estos casos el psicoanálisis puede aliarse secretamente [*collude*, coludir] con la necesidad del paciente de ser psiconeurótico (como opuesto a loco) y tratarlo como a un psiconeurótico (Winnicott, 1971, p. 87).

Por núcleo psicótico Winnicott entiende aquí lo que ha denominado «angustias impensables» vinculadas al desarrollo temprano y al fracaso del *holding* en el mismo. Estos análisis, según Winnicott, son interminables prácticamente —no en el sentido freudiano¹⁹³—, ya que no alcanzan la problemática clínica de base y, por tanto, no permiten realizar una de las esperanzas que como terapeutas tenemos con nuestros pacientes: que «terminen con nosotros y nos olviden» (Winnicott, 1971, p. 87). Este proyecto básico y que enmarca nuestra tarea, que nuestros pacientes devengan «ex pacientes» (Luis Hornstein), fracasa cuando nuestras consideraciones psicopatológicas y técnicas se ven limitadas a las psiconeurosis y a la interpretación como único recurso. Es en este texto, y en relación a cierto tipo de pacientes que para Winnicott requieren atravesar una fase de regresión a la dependencia, cuando afirma: «Esto me lleva a pensar cuántos cambios profundos he impedido o demorado *en una cierta categoría de clasificación* de los pacientes por mi

¹⁹² Nos gustaría aquí hacer un pequeño homenaje a Carlos Paz, recientemente fallecido, quien trabajó sobre estos temas profundamente. En su libro pionero, que acabamos de citar, aprendí, en mi época de residente, a comprender los dos tipos de conceptualizaciones que históricamente habían trabajado las problemáticas fronterizas: aquellos que las pensaban, sobre todo, como tipos clínicos con un núcleo psicótico —diversamente conceptualizado dicho núcleo— y aquellos otros que las comprendían como estructuras independientes o diferentes de psicosis y neurosis.

¹⁹³ Recordemos que para Freud el análisis era teóricamente interminable —en la medida en que su sucesor natural era el autoanálisis— y prácticamente —como tratamiento— terminable.

necesidad personal de interpretar» [cursiva en el original] (Winnicott, 1971, p. 86).

Retomemos el texto de 1954 (Véase Winnicott, 1958b). La paciente a la cual Winnicott se siente agradecido lo llevó tanto a su idea de la regresión a la dependencia como a una revisión de la técnica para este tipo de pacientes o situaciones clínicas: se tratará, fundamentalmente, de «gestionar» o «conducir» el proceso y no de interpretarlo. Por otro lado, se dio cuenta de que muchas «fases de resistencia» tenían su origen en la contratransferencia del analista, o sea, tal como lo entiende Winnicott aquí, en la dificultad del analista de tolerar la situación clínica de indiscriminación-fusión que este tipo de problemáticas clínicas presenta:

He tenido que aprender a examinar mi propia técnica cuando surgían dificultades, y siempre, en la docena de fases de resistencia que tuvieron lugar, resultó que la causa estaba en un fenómeno de contratransferencia que necesitaba más autoanálisis en el analista (1954, p. 280). (Véase Winnicott, 1958b).

O sea que en muchas de estas situaciones es la intolerancia del analista —su incapacidad funcional o crónica— lo que está en el origen de ciertas resistencias. Cuando Winnicott habla de la incapacidad de ciertos analistas de llevar adelante este tipo de procesos, su juicio no pretende ser valorativo ya que piensa que el analista está en su derecho de no querer embarcarse en este tipo de situaciones. El problema para él es atreverse a hacerlo sin la disponibilidad y sin la paleta de recursos —o *equipo técnico*— que permitan orientarse clínicamente. Más adelante, en el texto dirá: «Esta tensión del analista es considerable, especialmente si el cuadro se ve complicado por la falta de comprensión unida a una contratransferencia negativa e inconsciente» (1954, p. 290). (Véase Winnicott, 1958b).

Regresión-progresión

Podemos pensar, una lectura entre otras, que para Winnicott si hay regresión no hubo estrictamente progresión (con integración), sino falsa progresión: la regresión es un retorno al momento de falla ambiental, de falla en la adaptación por parte de los cuidadores primarios que implicó

el desarrollo de una «existencia falsa». Recordemos que el falso *self* (véase capítulo 6) supone una defensa molar del individuo que le permite congelar la situación de fracaso ambiental, disociarla, con el siguiente supuesto inconsciente, sostiene Winnicott, «[...] que una oportunidad ocurrirá, más adelante, para una nueva experiencia en la que la situación fallida (fracasada) sea capaz de ser descongelada y revivenciada, con el individuo en un estado regresivo, en un ambiente que realice una adaptación adecuada» (1954, p. 281). (Véase Winnicott, 1958b)

Esta idea es fundamental: la regresión forma parte necesaria del proceso curativo en la medida en que éste se adapta y crea las condiciones de una nueva puesta en juego, en la experiencia del tratamiento, de lo que había sido congelado-disociado, dando lugar a revivenciar el fracaso ambiental, como dice Winnicott en la cita, pero también, al mismo tiempo, a una nueva vivencia y/o experiencia fundadora, vivencia —reapropiación de lo acontecido— que en su momento no tuvo lugar por diferentes razones que constituyeron justamente el fracaso de esos encuentros fundacionales. Carlos Nemirovsky (Véase Nemirovsky, 2007) (pp. 119) desarrolla muy bien esta diferencia cuando habla de «edición» para referirse a esta nueva experiencia de integración-creación y la distingue de la idea de «reedición», en su sentido clásico, entendida como pura repetición de lo ya acontecido-vivenciado¹⁹⁴.

Pensamos que, como lo hace Jan Abram (Véase Abram, 2007)(pp. 277), es importante diferenciar en la obra de Winnicott dos tipos de memorias o de registros mnémicos. Por un lado, tenemos las «memorias que son pensables», como este autor las denomina, son registros de experiencias que se constituyen en la medida en que el *infans* disponga de determinados recursos y no esté sujeto a intrusiones traumáticas del medio. Por otro lado, tenemos las «memorias que son impensables» o de lo impensable (o impensado). Estos registros mnémicos se han visto afectados por la intrusión traumática del medio ambiente, intrusión (*impingement*) que es traumática cuando el *infans*, por las razones que sea —fracaso ambiental, exceso del impacto del mundo exterior, momento

¹⁹⁴ La edición, como veremos, será la posibilidad de experimentar lo que no ha podido ser experimentado en el desarrollo temprano, mientras que la reedición, como repetición, supone algo que ya ha sido experimentado y que retorna, la idea freudiana de clisé. Es cierto que la edición tiene también una cara de repetición, es decir, de repetición en la escena analítica, por medio de las fallas de adaptación del analista, de las fallas tempranas de adaptación, pero, a diferencia de la repetición como clisé, traerá junto con ella vivencias-experiencias que en su momento no tuvieron lugar.

del desarrollo—, no es capaz de procesar lo ocurrido y se ve forzado a reaccionar a esas intrusiones. Son estas memorias «impensables» las que son congeladas y quedan a la espera de una nueva oportunidad. El marco analítico, por medio de la regresión a la dependencia, ofrece esa oportunidad para experimentar-vivenciar el trauma no experimentado que tuvo lugar en las fallas tempranas del desarrollo. Es por ello que Winnicott enfatiza en diferentes momentos que «por primera vez» el paciente puede sentir, por ejemplo, odio-ira frente a las fallas ambientales que se actualizan en la transferencia, al mismo tiempo que ésta ofrece la experiencia de un ambiente de *holding* «suficientemente bueno».

Estas «memorias que son impensables» nos sitúan, pues, frente a registros de experiencia que no han sido «vivenciadas», frente a marcas no subjetivadas. Ch. Bollas ha trabajado algunas de estas cuestiones con su concepto de lo «sabido no pensado» (Véase Bollas, 1987).

Sigamos recorriendo las características del concepto de regresión a la dependencia. Es condición de la regresión a la dependencia en el tratamiento, como sostiene Winnicott, la esperanza en una «corrección» posible de la falla ambiental o la esperanza en una nueva oportunidad para el desarrollo. Es importante aclarar que no hay que confundir esta «corrección» posible con la idea de que el analista pretenda, como se ha dicho, que este «tipo de provisión compensará aquello que faltó en la infancia» (Gabbard y Lester, 1995) (Véase Gabbard, 1996). Lo que faltó, lo que no hubo, forma parte inalienable de la historia que el paciente nos trae y toda pretensión de «compensar» o «borrar» esa historia no tiene lugar ni posible ni esperable (deseable) en el pensamiento de Winnicott. Otra cosa es recuperar la posibilidad de experimentar, procesar e integrar lo que en su momento quedó en estado congelado y/o disociado. Pienso que plantear el problema, como se hace a veces, en términos de una oposición entre «dar» lo que no se dio en la infancia o «no darlo» es perder de vista las bondades clínicas del concepto de paradoja, ya que pensamos que en un proceso terapéutico se da y no se da al mismo tiempo, porque se es y no se es ese/esos objetos primarios, porque la infancia no es algo que pertenezca únicamente al pasado, sino que en ciertos momentos privilegiados forma parte de la experiencia misma del proceso analítico. Por ello, Winnicott se refiere a la regresión a la dependencia en el tratamiento como conteniendo momentos de «extrema dependencia» (1960, p. 151) (Véase Winnicott, 1965m). Afirma:

Una de las características de la transferencia en esta fase es el modo en el que debemos permitir que el pasado del paciente *sea* el presente. [...]. Mientras que en la neurosis de transferencia el pasado viene a la consulta, en este trabajo es más adecuado decir que el presente vuelve al pasado, y *es* el pasado. Así, el analista se encuentra a sí mismo enfrentado a los procesos primarios del paciente en el marco en el que tuvieron su validez originaria (Winnicott, 1955-56, p. 298; véase 1999i).

Es conveniente aquí hacer una aclaración terminológica ya que ciertos términos pueden generar confusión: Winnicott usó, sobre todo al comienzo, la expresión «procesos primarios» para referirse a lo que posteriormente denominó «desarrollo temprano» (Véase Winnicott, 1999h)¹⁹⁵. En este párrafo queda claro que la cualidad de experiencia que Winnicott propone en estas fases o momentos de un tratamiento va más allá de lo que se suele llamar el «como si» de la transferencia en el campo de la neurosis o, lo que es lo mismo, la idea de que estamos trabajando en un nivel en el que representamos para el paciente tal o cual figura de su historia. No consideramos de interés tomar como sinónimos, en la obra de Winnicott, la regresión a la dependencia con el concepto de psicosis de transferencia —por oposición simple a «neurosis de transferencia». Se suele hablar de psicosis de transferencia cuando se alude a que la transferencia pierde la cualidad «como si» que la caracteriza, es decir, pierde su organización a partir del principio de realidad. La expresión «psicosis de transferencia» tiene su pertinencia y difiere de la idea de regresión a la dependencia. Debe quedar claro que los autores que hablan de psicosis de transferencia diferencian a esta última de la transferencia psicótica. La psicosis de transferencia, en general vinculada a patologías borderline, es para ellos la alteración del principio de realidad en la situación de tratamiento. Por nuestra parte, pensamos que Winnicott aquí va más allá de este concepto, porque ve en esta cualidad

¹⁹⁵ En el trabajo de 1945, (Véase Winnicott, 1999h) en su publicación en el *IJP*, su primer apartado llevaba por título «Primary Processes» (procesos primarios), mientras que cuando lo incluye en su recopilación de 1958 cambia la expresión por «Early developmental processes» (Procesos de desarrollo temprano). (Véase Winnicott, 1999h)

de la experiencia la actualización de la situación originaria con su potencial transformador y no meramente repetidor¹⁹⁶.

Es necesario, también, diferenciar aquí lo que Winnicott propone del concepto de Franz Alexander de «experiencia emocional correctiva» (1946) (Véase Alexander, 1956), o sea, diferenciar el concepto de Alexander de la idea de que la «experiencia emocional» forma parte ineludible de los procesos de cambio en el transcurrir de un análisis. El mismo Winnicott hace una alusión a este asunto en 1963¹⁹⁷ (Véase Winnicott, 1965c y 1965e). Alexander se planteó tempranamente la insuficiencia del *insight* para dar cuenta de los procesos de cambio. En un clima en el que se buscaba acortar los procesos de tratamiento propuso su idea, dicha muy brevemente, de que el analista debía de forma deliberada actuar las contra-actitudes de las figuras originarias para generar una experiencia emocional que corrija aquellas experiencias que se encontraban en el origen del sufrimiento del paciente. Coincidimos con Mitchell (1997) (Véase Mitchell, 1997) cuando sostiene que, si bien descriptivamente, la idea de Alexander tenía su interés en la medida en que abría otro eje para pensar el cambio en el proceso analítico, prescriptivamente pecaba de la racionalidad técnica propia de la época, con el énfasis puesto en el analista como técnico, como alguien que puede controlar y planificar dicha experiencia. La técnica —entendida como un sistema de comportamientos o de actitudes *a priori* que, como tal, de implementarlos, debían tener un efecto benéfico— no es hoy, en absoluto, sostenible. Por ello, y volviendo a Winnicott, no se trata de que el analista promueva deliberadamente la regresión del paciente (aunque es cierto que a veces ciertas expresiones de Winnicott pecan de la misma racionalidad técnica), sino que, como fruto de las condiciones del tratamiento y de la actitud del analista, generando un marco de confiabilidad, el paciente encontrará la situación humana propicia para

¹⁹⁶ Como escribimos en la introducción al libro *Winnicott hoy*, recurriendo a autores contemporáneos, entendemos la dependencia real como «una experiencia emocional efectiva que no consiste sólo en una evocación del pasado, sino, como sostuvo Hugo Bleichmar, que activa “las condiciones que estructuran el psiquismo del sujeto, sobre todo la influencia del otro externo pulsional-afectivo y discursivo, que estuvieron presentes en la infancia”» (Véase Liberman y Abello, 2008). También aquí podríamos articular desarrollos posteriores, como los de J. Laplanche cuando entiende que la situación analítica, en su especificidad misma y en su capacidad transformadora, actualiza la «situación originaria» de la relación al otro.

¹⁹⁷ Dice, en ese mismo trabajo, lo siguiente: «Esto está muy lejos de la teoría simple de la cura por medio de una experiencia correctiva. De este modo, la regresión puede estar al servicio del ego si el analista ha salido a su encuentro y transformado en un nueva dependencia en la que el paciente trae el factor externo malo [...]» (Véase Winnicott, 1965c y 1965e).

poner en juego, arriesgando —como veremos— su falso *self*, es decir, entregándolo o rindiéndolo en la búsqueda de otro tipo de experiencia que, como ya mencionamos, Winnicott define como verdadero *self*.

En otro lugar, Winnicott manifiesta:

Una adaptación suficientemente buena del analista produce el resultado que se buscaba, a saber, un cambio en el paciente del centro de operaciones del falso al verdadero self. Por primera vez en la vida del paciente hay ahora una oportunidad para el desarrollo del yo, para su integración partiendo de los núcleos del yo, para su establecimiento como yo corporal y también para repudiar el medio ambiente externo con el inicio de la relaciones de objeto. Por primera vez el yo puede experimentar sus impulsos y puede sentirse real haciéndolo así como descansando de experimentar. Y a partir de aquí puede hacerse por fin un análisis ordinario de las defensas del yo contra la angustia [cursiva en el original] (1955-56, p. 298; véase 1999i).

Volvamos al trabajo sobre «Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico» (1954)(Véase Winnicott, 1958b). Encontramos allí muchas expresiones que aluden a la idea del tratamiento como segunda oportunidad del desarrollo: «nueva oportunidad [*change*]» Véase Winnicott, 1958b (p. 281), «la esperanza de una nueva oportunidad, Véase Winnicott, 1958b (p. 283), una «oportunidad para el ambiente» Véase Winnicott, 1958b (p. 283). O sea, una nueva oportunidad para que el ambiente responda a *las necesidades del yo* [*ego-needs*] que se despliegan en la situación de regresión a la dependencia, como hemos visto en la cita arriba mencionada —integración, personalización y relación de objeto—, y que formarán parte del proceso de integración que caracteriza a la cura analítica. Integración vía experiencia en estos casos, en primer lugar. En estos momentos la interpretación queda suspendida (en suspenso) frente a la «conducción» o «gestión» de la cura. La función de la interpretación es posterior, en estas situaciones, al vivenciar, ya que, como sostuvo M. Khan (1974) (Véase Khan, 1976), la consolidación del estado de existir-vivenciar debe preceder o formar parte de las condiciones necesarias para que una interpretación promueva el saber y el cambio.

Otra diferencia clínica en la que Winnicott insiste es la que se encuentra entre regresión y repliegue. Es la esperanza que vehiculiza la regresión lo que la diferencia del repliegue, aunque clínicamente muchas veces puede pasar inadvertida dicha diferencia: en la regresión se pone en

juego la dependencia mientras que en el repliegue nos encontramos con una «independencia patológica» (1965)¹⁹⁸. (Véase Winnicott, 1993h)

El encuadre como proceso

Hasta Winnicott no hay teoría del encuadre.

A. Green

A continuación, nos detendremos en la parte, muy citada, en la que Winnicott diferencia en su lectura de la obra de Freud, en sus contribuciones técnicas, dos aspectos: por un lado el trabajo interpretativo, al que suele referirse como la «técnica freudiana»; por el otro, lo que se suele denominar encuadre o marco [*setting*]. Él es consciente de que esta distinción es algo artificial, pero le resulta útil para explicitar su lectura e hipótesis sobre las contribuciones técnicas de Freud. Para Winnicott, el concepto freudiano de encuadre o marco —decimos freudiano no sólo para aludir a Freud sino también a sus seguidores, contemporáneos de Winnicott— ha sido poco pensado en términos de qué efecto produce en la realización de un tratamiento, es decir, qué es lo que allí se juega. Según Winnicott, Freud, más allá de sus intenciones, proveyó con su idea de marco o encuadre un ambiente suficientemente bueno y no fue para él algo relevante, motivo de reflexión en términos de procesos —psicológicos y terapéuticos—, porque su trabajo giró, fundamentalmente, en torno a las problemáticas neuróticas en las que se pueden dar por sentadas unas condiciones suficientemente buenas en la infancia. Lo expresa de la siguiente forma en una nota al pie de página:

El punto que quiero señalar aquí es que *afortunadamente* Freud estaba interesado al comienzo no en los pacientes que necesitaban una regresión en el análisis, sino en lo que ocurría en la situación analítica cuando la regresión *no* era necesaria y cuando era posible dar por sentado el trabajo realizado por la madre

¹⁹⁸ Más adelante declarará: «[...] En el caso de esta paciente es extremadamente importante que yo comprenda la diferencia entre regresión y repliegue. Desde el punto de vista clínico, los dos estados son prácticamente iguales; se verá, no obstante, que hay una enorme diferencia entre ellos. En la regresión hay dependencia, y en el repliegue, una independencia patológica» (1965). (Véase Winnicott, 1993h)

y por la temprana adaptación ambiental en la historia individual del paciente [cursiva en el original] (1954, p. 284). (Véase Winnicott, 1958b)

Winnicott sintetiza en doce puntos lo que para él provee el marco freudiano en el tratamiento. Retomaremos sucintamente los puntos centrales (Winnicott, 1954, p. 285) (Véase Winnicott, 1958b):

- El analista se pone al servicio del paciente, a una hora arreglada previamente, varias veces a la semana; cuando el paciente llega, el analista está allí «a horario, vivo y respirando», elementos que para Winnicott van construyendo la confiabilidad del marco.
- En el tiempo acordado de las sesiones el analista se ocupa del paciente y de ninguna otra cosa (ej. llamadas, etc.).
- La ambivalencia también está presente en el encuadre y no es negada (desmentida): el analista expresa su amor en el interés que pone al escuchar y trabajar con el paciente y expresa su odio al mantenerse estricto en el comienzo y la finalización de la sesión así como en los honorarios.
- La meta del tratamiento es entrar en contacto con los procesos del paciente, entenderlos a través del material que aparece y comunicar esta comprensión por medio de palabras.
- Todo este trabajo debe realizarse en un lugar tranquilo y que no esté sujeto a imprevistos, aunque Winnicott aclara que un espacio tranquilo no significa un espacio muerto, sin vida.
- El lugar debe ser cómodo.
- El analista se abstiene de todo juicio moral, no introduce información acerca de los detalles de su vida y de sus ideas y, enfatiza Winnicott, no desea tomar partido en los sistemas persecutorios de las situaciones compartidas socialmente con el paciente aunque está enterado de los grandes acontecimientos sociales que involucran a ambos.
- «En la situación analítica el analista es mucho más digno de confianza que la gente en su vida cotidiana»: es puntual, está libre de arrebatos, de enamoramientos, etc.; gracias a la clara distinción que hay en el análisis entre hecho y fantasía, el analista no se siente dañado por las expresiones de agresión del paciente.

- Se da por descontado la ausencia de las reacciones retaliativas.
- «El analista sobrevive».

Según Winnicott, si Freud «no se hubiese comportado bien», no hubiese podido construir todo el edificio teórico y técnico (interpretativo) que construyó. Y cada detalle de ese «comportarse bien», de ese encuadre, cobra para Winnicott gran relevancia con los pacientes graves o que atraviesan fases regresivas.

Tomaremos una serie de afirmaciones de Winnicott en donde esboza las grandes líneas del proceso analítico en estos momentos:

El encuadre del análisis reproduce la temprana y la más temprana técnica de maternalización [*mothering*]. Invita a la regresión por su confiabilidad [...]. El paciente y el encuadre [*setting*] se fusionan [...en] la situación de narcisismo primario [...] Un progreso desde el narcisismo primario vuelve a comenzar con el verdadero *self* siendo capaz de ir al encuentro de la falla ambiental sin la organización de la defensa que implica el falso *self* protegiendo al verdadero *self* (1954, p. 286). (Véase Winnicott, 1958b)

Vemos que, para Winnicott, el encuadre se comprende como la puesta en juego del narcisismo primario o, lo que es lo mismo, de las condiciones del desarrollo temprano, del *holding* (sostén). Queda, por tanto, privilegiada la confiabilidad que el encuadre debe aportar. En un ambiente suficientemente bueno los niños tienen la experiencia, sostiene Winnicott, «de nunca haber sido dejados caer en forma significativa» Esto les permite «creer en sí mismos y en el mundo —construyen una estructura sobre la base de la acumulación de la confiabilidad introyectada», mientras que cuando el ambiente no es suficientemente bueno se produce la «angustia impensable y un déficit en la esfera de la confianza introyectada» (1967) (Véase Winnicott, 1993b). Los fallos en la confiabilidad del objeto producen en las etapas tempranas rupturas en la continuidad del *self*, y el *infans* se ve obligado a reaccionar frente a lo impredecible (problemáticas vinculadas a los borderlines) o a la uniforme desconexión (problemáticas vinculadas a lo esquizoide). Es en este tipo de patología donde el encuadre cobra relevancia por sus efectos. En estas situaciones *el encuadre es proceso*, es decir, está en el origen de ciertas posibilidades de cambio. Su mantenimiento, su «monotonía» (rutina) y todas las características que hemos mencionado antes lo transforman,

para muchos pacientes *de cierta clasificación* —y también para otros— en una experiencia absolutamente única y que facilita el conjunto del procesos que estamos describiendo.

Destaquemos otro elemento que hemos evocado al comienzo y que nos parece central en la idea de regresión a la dependencia: no se trata de algo que viene desde el inicio en el tratamiento, en un proceso analítico, sino de una ardua conquista que supone, para el paciente, un «sentimiento de riesgo» (1954, p. 287) (Véase Winnicott, 1958b), ya que la regresión a la dependencia supone la entrega del falso *self*, la cesión del «*self* cuidador» al analista con el consiguiente riesgo de retraumatización. Hemos de advertir que las reiteradas fallas ambientales entran para Winnicott en la categoría de trauma, como ya hemos señalado en el capítulo 6 (M. Khan (1963)(Véase Khan 1963) posteriormente las definió como «trauma acumulativo», y Painceira (1997)(Véase Painceira, 1997) las interpreta y define como «micro-experiencias repetidas de desencuentros»). En 1955-56, en «Las variedades clínicas de la transferencia», sostiene:

A la larga, el falso *self* se entrega al analista. Éste es un momento de gran dependencia y de verdadero riesgo, y el paciente, como es natural, se halla en un profundo estado de regresión (1955, p. 298; véase 1999i).

Regresión, por tanto, al desarrollo temprano. Este estado Winnicott lo describe como un momento de alta sensibilidad por parte del paciente y, al mismo tiempo, doloroso, ya que el paciente, a diferencia de lo que ocurrió en la tempana infancia —en el fracaso temprano— es hoy consciente del riesgo que esta entrega conlleva.

De cómo se tiene éxito fallando

Antes de Winnicott, como afirma Grolnick (1990) (Véase Grolnick, 1990) con cierta ironía, las terapias eran exitosas o fallidas, o a veces quedaban a medio camino. Winnicott nos propone una tercera opción y una nueva paradoja: «Tenemos éxito fallando» (1967)(Véase Winnicott, 1993b). En el mejor de los casos, afirma, las fallas óptimas del analista y su uso por parte del paciente, en ciertos momentos del tratamiento, estarán al servicio del crecimiento personal. Una vez consolidado el

vínculo y establecida la confiabilidad, que, como hemos visto, no es de un día para otro, en la falla del analista y en su gestión se pondrá en juego gran parte del trabajo en estas fases del tratamiento.

Es importante aclarar, por otro lado, que Winnicott no habla de fallas planeadas o planificadas, sino de las inevitables fallas técnicas o empáticas que todo analista será llevado a cometer dentro del curso natural de un tratamiento. La planificación de las mismas sólo construiría un campo artificial y, como hemos señalado antes, es una de las críticas centrales que realiza Winnicott al enfoque de Alexander de la experiencia emocional correctiva: no podemos prescribir la falla sino sólo recogerla y tratar, junto con el paciente, una vez que ha pasado, de «conversar» sobre ella lo que, para Winnicott, no significa interpretar (1964, p. 125; véase también el ejemplo que aparece en dicho trabajo). (Véase Winnicott, 1964, 1986a)

Esta falla produce «ira», declara Winnicott:

La ira pertenece a la situación de fracaso ambiental original. Esta *ira* tal vez se experimenta *por primera vez*, y puede que el analista deba tomar parte dejándose utilizar con respecto a esta falla más que con respecto a sus éxitos [la cursiva es nuestra] (1955-56, p. 298; véase 1999i).

Winnicott sabe que esta comprensión del progreso en la cura a través de la falla del analista desconcierta, ya que dichos progresos fueron el resultado, en los momentos de regresión a la dependencia, de la capacidad del analista de adaptarse a las necesidades del paciente, y lo que viene ahora a resaltar es que gran parte de los avances se deben a los errores. Ese desconcierto es para Winnicott nuestra falta de comprensión de lo que se pone en juego en esos momentos.

Winnicott nos lleva así a otro modo de la paradoja en la situación analítica: si el proceso analítico marcha bien, el analista permitirá el crecimiento gracias a sus fallas, es decir, allí donde está presente como un «analista suficientemente bueno» y no como un analista ideal o, dicho de otra manera, donde también está presente como «analista suficientemente malo» —en este caso, como campo analítico en el que el paciente ha podido poner en juego «el factor externo malo» (1963) (Véase Winnicott, 1965c, e) lo traumático del desarrollo temprano. Nuestros errores y fallas se convierten, pues, en nuevos traumas, pero son, al mismo tiempo, la oportunidad de experimentar la falla y de

expresar la rabia por primera vez en la medida en que se es consciente de la misma [la falla]. Jugando con la expresión de Masud Khan de «trauma acumulativo», Winnicott plantea que el tratamiento opera, en parte, gracias a «experiencias acumulativas de rabia» (1967). (Véase Winnicott, 1993b)

Por otro lado, en una carta a Money-Kyrle de noviembre de 1952, Winnicott sostiene:

Dicho en otras palabras, cuando fallamos con nuestro paciente, debemos considerar nuestra propia contratransferencia inconsciente o nuestras inhibiciones o compulsiones, y ser tan autocríticos como queramos, *pero con el paciente* debemos ser capaces de ver la falla como algo que el paciente *nos ha permitido hacer* de un modo particular, de modo de traer al presente la falla ambiental originaria [las cursivas son nuestras] (Véase Rodman, 1990).

Reformulación de la resistencia

En «Las variedades clínicas de la transferencia», Winnicott reformula la teoría de la resistencia en momentos de regresión a la dependencia — lo que repercutirá en una reformulación más general de este concepto. Sostiene que lo que se denominaría resistencia con pacientes neuróticos aquí debe «[...] indicar que el analista ha realizado un error o que en cierto detalle se ha comportado mal; de hecho, la resistencia permanece hasta que el analista haya descubierto el error e intentado dar cuenta de él y lo ha usado. *Si el analista se defiende, el paciente pierde la oportunidad de sentir ira frente a una falla del pasado* allí donde la ira [anger] había devenido posible por primera vez» [la cursiva es nuestra] (1955-56, p. 298; véase 1999i).

Este concepto se seguirá desarrollando en la obra de Winnicott hasta el momento de su muerte, en 1971. Aun así, el texto de 1954 (Véase Winnicott, 1958b), como hemos tratado de mostrar, quedará como un momento decisivo de su formulación tanto en su obra como en el pensamiento psicoanalítico en su totalidad.

8.3. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL ACTO TERAPÉUTICO Y LA INTERPRETACIÓN A PARTIR DE LA OBRA DE WINNICOTT

Alrededor de Pichon Rivière, en Buenos Aires, se movía toda una corriente de pensamiento psicoanalítico, sin desmedro de otras corrientes, igualmente activas y creativas. Muchas personas estudiábamos en constante interacción con él: Jorge Mom, David Liberman, José Bleger, Edgardo Rolla (que citar apenas unos pocos no sea olvidar a todos los demás). En este ambiente muy efervescente, cada uno aporta lo que piensa y esto puede ser reminiscencia de alguna idea sembrada por Pichon Rivière, o algún aporte nuevo. Sería imposible decir —pero al final no tiene mayor importancia saberlo— quién produjo y quién recibió tal o cual idea, con tal de que tengamos en cuenta que Pichon Rivière nos dio a cada uno mucho más de lo que él podía recibir de nosotros

Willy Baranger¹⁹⁹

A propósito de la carta de Winnicott a Melanie Klein: una lectura

Me gustaría tomar la carta que Winnicott le escribió a Melanie Klein el 17 de noviembre de 1952 (Véase Rodman, 1990) como un texto que nos habla, y que de alguna manera ilustra, cómo Winnicott pensaba la acción terapéutica, el proceso analítico y la interpretación. Sabemos muy bien, cabe recordar, que esa carta *no es un proceso analítico* ni forma parte, por tanto, de ningún intercambio extra-analítico. Melanie Klein nunca fue la analista de Winnicott. Aun así, y sabiendo lo delicado del asunto, me gustaría hacer con esta carta una ficción: tomaré lo que allí se dice *como si fuese* el diálogo de un paciente con su terapeuta. El paciente, obviamente, será Winnicott y la terapeuta será no tanto Melanie Klein como algún representante de lo que Winnicott llamará el «grupo

¹⁹⁹ Sirva este texto como homenaje a a otras latitudes y épocas. (Véase Baranger, 1994)

kleiniano». Paciente muy despierto y con el coraje de expresar todo aquello que ha vivido como no-terapéutico o anti-terapéutico con quien en este juego que propongo llamaré la doctora K., su terapeuta. En lo que Winnicott va escribiendo encontramos, como rectificación del modelo implícito de su analista, un modelo alternativo del acto terapéutico. Nuestro objetivo, como habrán imaginado, no es en absoluto discutir las tesis kleinianas sobre la cura, ni hacer ninguna referencia a Klein ni a su forma de trabajar en un sentido literal. Lo que nos interesa es tomar esta carta, y el conjunto de observaciones que hace Winnicott en ella, como una forma de ilustrar —muchas veces por contraejemplo— lo que él entiende que debería ser un encuentro terapéutico.

El contexto general de la carta son las ambivalentes relaciones que mantuvieron Winnicott y Melanie Klein y su grupo desde que éste (Winnicott) se fue alejando de las propuestas kleinianas, ya de modo evidente con posterioridad a las *Controversial Discussions* (1942-1944)²⁰⁰ No nos extenderemos sobre esto, ya que no es el tema central que nos ocupa. *El contexto inmediato* de esta carta, o mejor aún, a lo que esta carta responde, es a la mala recepción que tuvo la presentación por parte de Winnicott, en la Sociedad Británica de Psicoanálisis (British Psycho-Analytical Society, BPS), el 5 de noviembre de 1952, de un trabajo cuyo título es: «La angustia asociada con la inseguridad» (Véase Winnicott, 1999d). Texto relativamente corto en el que Winnicott retoma ideas que ya venía pensando en diferentes trabajos anteriores.

Desarrollaremos sólo algunos momentos de la carta, junto con diversos comentarios dentro de este juego-dramatización que proponemos. Para que el texto sea más llevadero, intercalaremos ciertos comentarios de Winnicott con algunas reflexiones nuestras.

Trataremos de seguir la carta en sus movimientos, aunque, por su extensión, resaltaremos lo que me parece más relevante para transmitir las ideas sobre la «técnica» que pensamos aparecen en ella.

Comienza la carta evocando la reunión científica del viernes anterior de la BPS en la que presentó el trabajo y cómo él, Winnicott, tratará en esta carta de transformar lo que fue un claro desencuentro en algo constructivo²⁰¹. Lo primero que señala es que es consciente de que le

²⁰⁰ Véase capítulo 1.

²⁰¹ Esta idea es también clínicamente interesante: transformar un desencuentro en algo constructivo, poner a trabajar qué es lo que allí ha ocurrido.

resulta molesto a la doctora K. el hecho de que Winnicott desee expresar sus ideas, aquello que surge en él como fruto de su propio crecimiento, en su «propio lenguaje»²⁰². Winnicott registra lo que podríamos llamar un malestar contratransferencial en su analista frente a lo que él entiende es un movimiento de crecimiento personal, es decir, en este caso, de diferenciación por medio de ideas y construcción de su propio pensamiento.

A continuación, Winnicott hace un esfuerzo por comprender por qué la doctora K. se siente tan molesta, y trata de explicar parte de esta molestia por la pertenencia de ambos a una sociedad científica (o a una comunidad de trabajo en el seno de una terapia) que trata de buscar un lenguaje común. Pero, no sin desconocer este elemento y su importancia, Winnicott enfatiza otro aspecto que le parece aún más central en una comunidad científica o de trabajo: que mantenga su vitalidad. Por ello se pregunta: ¿cómo mantener vivo un lenguaje, cómo mantener vivo un pensamiento? O sea, que si bien entiende que hay algo común entre ellos, un trabajo compartido, y que él ha tomado muchas ideas/interpretaciones que la doctora K. le ha enseñado y/o interpretado, aun así piensa que la vitalidad de ese encuentro, la única forma de mantener vivo un lenguaje o un pensamiento, es expresando lo que se desarrolla en él (paciente en esta ocasión), a partir del contacto con su analista, en su «propio lenguaje». La expresión «lenguaje propio» resulta, en sí misma, curiosa: si, por un lado, el lenguaje, o mejor, la lengua no puede ser más que común —socialmente instituida—, ¿qué es eso que adjetiva como «propio»? Un habla singular. Lo primero que pensamos es que es la reivindicación de un más allá de la recepción literal de la interpretación, por parte del paciente-Winnicott, un más allá de lo leído/escuchado. Es decir, un sujeto o una persona aparece allí donde una diferencia se instala. O, lo que viene a ser casi lo mismo, un nombre propio. Movimiento de apropiación que genera una diferencia y, como venimos viendo, la búsqueda de que esa diferencia sea reconocida y/o acogida (o recogida) por quien hasta ese entonces lo había considerado como un buen paciente aunque un poco excéntrico. En otras palabras, que sea reconocida por un terapeuta que pueda recibir lo que el paciente le ofrece como propio después de haber recreado, a su manera, lo que el analista le había ofrecido. Winnicott ha sostenido que «el analista ofrece

²⁰² «[...] Algo se desarrolla en mí por mi propio crecimiento y mi experiencia analítica».

un objeto», un *objet*²⁰³, como veremos más tarde, para que sea usado por el paciente.

A continuación, en la carta, Winnicott divide a la Sociedad entre aquellas personas creativas con ideas personales y originales y aquellos que se limitan a repetir ecolóicamente el pensamiento de otro o a alienarse en «la creatividad» de algún otro (Véase Winnicott, 1993h), lo que Kierkegaard llamaba «locura recitante» (Véase Kierkegaard, 1949), es decir, una locura que es tal porque elimina al sujeto pensante. Por supuesto esta organización-clasificación de los miembros de la institución es un modo de Winnicott de acercarse a la doctora K., ya que le viene a decir: usted y yo estamos del mismo lado, del lado de las personas que piensan, creativas. Es más, continúa, la Sociedad recibe bien y se alegra con gente como nosotros, y en mi caso, incluso, cuando a veces no les guste «mi método». Este método lo caracteriza él mismo de la siguiente manera:

No pienso comenzar dando un resumen histórico para mostrarles el desarrollo de mis ideas a partir de las teorías ajenas, ya que no es ésa la modalidad de mi pensamiento. Lo que sucede es que voy recogiendo cosas, aquí y allá, me enfrento a mi experiencia clínica, me formo mis propias teorías y luego, al final de todo, pongo interés en ver cuáles son las ideas que he robado [*I stole*] de otros. Puede que este método sea tan bueno como otro cualquiera (1945)²⁰⁴. (Véase Winnicott, 1999h)

Este método pasa, pues, por tomar-recoger ideas y experiencias diferentes —por supuesto, también las que le ofrece su analista—, usarlas sin preocuparse mucho de dónde vienen o a quién pertenecen, y luego, si hay interés —o si es interesante hacerlo (y si se puede)— ver

²⁰³ Tanto Pierre Fedida como René Roussillon (Véase Roussillon, 2008) han tomado esta expresión del poeta francés Francis Ponge para diversos propósitos. Este término condensa las palabras *objet* (objeto) y *jeu* (juego). Nosotros, más cerca de Roussillon, pensamos que sintetiza muy bien la idea winnicottiana en relación al tipo de «objetos» que el analista ofrece o que se intercambian en un análisis en el que el paradigma del proceso se ha desplazado hacia el modelo del juego. El poema de Francis Ponge de donde ha sido extraída esta expresión es el siguiente: «L'objet? C'est celui où l'objet de notre émotion, placé d'abord en abîme, l'épaisseur vertigineuse et l'absurdité du langage, considérées seules, sont manipulées de telle façon que, par la multiplication intérieure des rapports, les liaisons formées au niveau des racines et les significations bouclées à double tour, soit créé ce fonctionnement qui, seul, peut rendre compte de la profondeur substantielle, de la variété et de la rigoureuse harmonie du monde».

²⁰⁴ Lo define en su primer trabajo, que llama de *personal statement*.

qué ideas ha tomado de otros —y también, por supuesto, de su analista. Primero genera un espacio de pensamiento en el que no importa mucho de dónde o de quién tomó tal o cual idea, en el que no está preocupado por si lo que está pensando viene de su analista, la doctora K., o de otras experiencias que atraviesan su vida profesional. Entiende que la analista no se sienta reconocida y, por lo tanto, se encuentre incómoda y molesta con esta búsqueda suya, pero, ¿qué es lo que ella le propone en última instancia? ¿acaso no forma parte de las metas de un tratamiento el que éste esté al servicio de su crecimiento personal, es decir, que le permita ir apropiándose o reapropiándose de partes de su vida y de su experiencia, integrar lo que hasta entonces estaba excluido o separado de esta —sea por represión o disociación—, que hagan que sintamos la vida cada vez más real?

Winnicott vuelve a reconocer, en la carta, que efectivamente él desea decir las cosas a su modo, pero que piensa que también en este malestar que se ha generado se pone en juego algo de la doctora K., de su analista: su «necesidad, dice, de que todo lo nuevo²⁰⁵ sea reformulado en sus propios términos», en este caso, los de la analista. O sea, Winnicott le señala a su analista su necesidad de verse reflejada y reconocida constantemente en todo lo que aparezca de nuevo en ese encuentro —casi podríamos decir que «le interpreta» su contratransferencia—; le sugiere que lo que la doctora K. busca no es un paciente que piense, sino uno que sea sumiso y acate; o también, un paciente que sea sensible a la psicología de su analista y que, gracias a una identificación con lo que el analista espera de él, no despierte las iras ni ofenda (identificación con el agresor en el sentido de Ferenczi). Dicho de otro modo: que se establezca un *análisis-falso self* en el que el paciente vuelva a escindir (disociar) aquello que no puede ser integrado, sin un precio alto, en la situación analítica.

A continuación, viene un párrafo clave, que será complementado en el transcurrir de la carta, y que contiene elementos centrales de lo que Winnicott entiende por acto terapéutico:

Lo que yo quería el viernes era sin duda que hubiera habido algún movimiento de su parte en dirección al gesto que hago en ese trabajo. Es un gesto creativo y no puedo establecer ninguna relación a través de este gesto si no hay alguien que salga a su encuentro. Pienso que yo quería algo que no tengo ningún derecho a esperar de su grupo y que realmente tiene la naturaleza de un

²⁰⁵ La edición española no ha traducido la palabra «nuevo» (Véase Rodman, 2003).

acto terapéutico, algo que no pude obtener en ninguno de mis dos largos análisis, aunque obtuve tantas otras cosas. (Véase Winnicott, 1999h)

En este párrafo, Winnicott saca parte del arsenal teórico propio que le permite, y nos permite también a nosotros, ir comprendiendo mejor cuál es su reclamo a la doctora K. El concepto que aparece y sobre el que gira su argumentación es el de «gesto espontáneo»²⁰⁶. Aquí lo vamos a entender, fundamentalmente, como el movimiento centrífugo del existir, como hemos dicho el capítulo 6 [sobre el verdadero *self*], que va teniendo a lo largo de la vida diferentes niveles de complejidad, pero que constituye siempre un movimiento que va de dentro hacia fuera y que sólo se realiza —o se completa— si hay alguien que es capaz de recibirlo, que sale a su encuentro —como dice Winnicott. Y era esto último lo que el Winnicott/paciente esperaba de su analista: que «fuera al encuentro» de ese gesto, que lo recibiera-acogiera para que una relación se establezca y para que su desarrollo personal no sufra «intrusiones» o no quede invisibilizado, para que el gesto espontáneo no sea reemplazado por el gesto del otro —madre/analista— obligando a un falso desarrollo, a un falso *self* analítico, no menos falso por haber surgido en el seno de un trabajo «terapéutico». Winnicott llama «acto terapéutico» a esta recepción por parte del analista del gesto espontáneo del paciente, gesto que en muchos de nuestros pacientes lleva la marca recreada de nuestro trabajo juntos.

La carta (o el análisis) continúa aludiendo a cómo sus dos largos análisis, el de Strachey y el de Rivière, fallaron justamente en esto. Hoy sabemos, gracias a la información de la que disponemos, que los diez años de análisis con Strachey fueron de dudosa consistencia y que la relación analítica con Rivière fue bastante turbulenta.

La carta continúa y nuestra ficción de análisis prosigue.

Winnicott intenta convencer a su analista de que el mejor destino de sus interpretaciones, la única manera de que permanezcan vivas, es que sean «re-enunciadas por personas que hagan los descubrimientos a su manera». Es decir, que lo mejor que les puede ocurrir es que sean redescubiertas, para lo cual han de ser, primero, destruidas en su

²⁰⁶ Título con el que decidieron agrupar una selección de su correspondencia (Véase Rodman, 1990). Los franceses titularon la recopilación de cartas como *Lettres vives* —lo que enfatiza otro aspecto del asunto.

literalidad, tanto textual como de procedencia. Esta idea de Winnicott está presente en gran parte de su obra: hay un movimiento de destrucción-construcción que es propio del movimiento de apropiación subjetiva —forma también de referirnos a la creatividad. Y ésta, por supuesto, no puede estar fuera de la consulta. Alentar la creatividad en nuestros pacientes, y también permitirnosla nosotros, no es «hacer cualquier cosa» —como a veces se suele referir para descalificarla— sino generar un espacio, que Winnicott llama potencial, en el que la dialéctica entre lo interno y lo externo no entre en cortocircuito, no quede bloqueada en uno de sus polos. Estos cortocircuitos tienen varios rostros, entre ellos, como dice Winnicott, «la interpretación autoritaria que es la vecina del adoctrinamiento» (Véase Winnicott, 1971).

Y continúa afirmando: «Le sorprendería saber los suspiros y gemidos que acompañan toda enunciación de los clisés sobre los objetos internos por parte de quienes voy a llamar kleinianos» (Véase Winnicott, 1971). Con los suspiros alude aquí Winnicott a su idea de que el pensamiento sin pensador existente, para usar los términos de Kierkegaard, provoca «aburrimiento» casi como elemento diagnóstico. Como dice Kahn, «lo que aburre es en esencia inauténtico»²⁰⁷.

Hablando de un seguidor de Klein, que sería por excelencia la analista de nuestra ficción (seguidor de Klein o seguidor de cualquier otro, como la doctora K.), un seguidor que se dedica más a ser kleiniano que a «apreciar los procesos personales del paciente», comenta lo siguiente:

Uno sentía que si él hubiera plantado un narciso, imaginaría que era él mismo el que estaba fabricando [haciendo] el narciso a partir del bulbo, en lugar de permitirle al bulbo desarrollarse hasta ser un narciso mediante un alimento suficientemente bueno.

A pesar de que en inglés la planta «narciso» no se llama así —Winnicott escribió *daffodil*—, nos aprovechamos de la traducción puesto que nos permite un juego entre dos tipos de narcisismo que nos parecen pertinentes y están referidos en este párrafo: por un lado, como ya decía Freud, el narcisismo del analista que toma al paciente como si fuese su

²⁰⁷ Véase el análisis del aburrimiento que hace Kahn (1992) en la introducción al libro *Sostén e interpretación*, de Winnicott. (Véase Khan, 1992)

obra, es decir, identificado con el mismo Dios²⁰⁸, y, por otro lado, el narcisismo naciente del paciente en un contexto terapéutico apropiado que le permita y le facilite un desarrollo saludable, una segunda oportunidad para el desarrollo. Esta segunda parte de la metáfora representa la esencia de lo que Winnicott entiende por situación analítica, es decir, un medio facilitador del crecimiento personal.

Winnicott trata, nuevamente, de comprender a su analista: es necesario, en algunos momentos, rodearse de gente que piensa como uno para «sentirse como en casa» y lograr cierto descanso. Pero advierte que, por muy cómodo y necesario que sea por momentos alcanzar el sentimiento de pertenencia, éste puede perjudicar nuestra tarea como analistas cuando no se mantiene la tensión entre pertenencia y diálogo, entre búsqueda de seguridad y riesgo, entre mismidad y alteridad. Este desequilibrio puede perjudicar gravemente nuestra tarea como terapeutas cuando ese descanso en el polo identidad-pertenencia-seguridad se convierte en «sistema» de creencias, es decir, en adhesión incondicional a una determinada teoría que está más allá de toda confrontación clínica. Así, como le pasaba probablemente a este buen analista kleiniano que citamos antes, y a la doctora K, el paciente ha quedado en el camino, ya que, como dice Kierkegaard, «hay algo que no se puede convertir en sistema: la existencia»²⁰⁹.

Winnicott le pide a su analista que no adhiera a sus seguidores, o que no siga adherida ciegamente a sus propias interpretaciones (que podríamos considerarlo como una forma de no apertura, de cierre, a lo que sigue aconteciendo), que se distancie ya que este tipo de actitudes de «defensa de una posición ganada» no hace más que incitar al ataque a todo aquel que no quiera quedar encerrado y ahogado en dicho sistema, a «personas que no son necesariamente enemigas de sus ideas, pero sí enemigas de los sistemas». Que abra el diálogo, un diálogo franco en el que se pueda mantener la tensión entre la adhesión a las propias convicciones y la apertura a las argumentaciones del otro, muestra de la

²⁰⁸ Véase Freud, «Nuevos caminos de la psicoterapia psicoanalítica» (Véase Freud, 1918 [1919]): «Nos negamos de manera terminante a hacer del paciente que se pone en nuestras manos en busca de auxilio un patrimonio personal, a plasmar en él su destino, a imponerle nuestros ideales y, con *la arrogancia del creador*, a complacernos en nuestra obra luego de haberlo formado a nuestra imagen y semejanza. Todavía sigo manteniéndome en esa negativa...» [la cursiva es nuestra].

²⁰⁹ Citado por Alfredo Paineira, cap III, 1997. (Véase Paineira, 1997)

sabiduría contemporánea según Rorty²¹⁰ (Véase Rorty, 2002). Todo nuevo conocimiento, le recuerda Winnicott a su analista, permite que se perciba «una gama más amplia de lo desconocido». Y vuelve a recordarle en qué consiste un gesto espontáneo:

[...] Cualquiera que tenga una idea original es bienvenido, y yo creo que siempre seremos capaces de tolerar una enunciación inicial en términos personales. La enunciación inicial se hace habitualmente con un gran costo, y luego, durante un tiempo, el hombre o la mujer que ha hecho esta obra se encuentra en estado sensible, ya que está personalmente involucrado.

El gesto espontáneo, como enunciación inicial y de exposición personal, nos deja en un estado sensible, abiertos a su recepción, siempre expuestos a su expropiación y a su aplastamiento o hurto. No se trata de verdad o error, sino de creación, de construcción de un mundo propio con otro. Otro que no aliene, que no desmienta, que no imponga, que no sature las potencialidades significativas de lo que va emergiendo. «Pienso que alguno de los pacientes que acuden a los “entusiastas kleinianos” para ser analizados no se les permite realmente crecer o crear en el análisis [...]». Crecer o crear, dos caras de la misma moneda: el proceso terapéutico.

Winnicott finaliza la carta reconociendo su gran admiración por su analista: «Usted es la mejor analista, así como la más creativa en el movimiento analítico». El paciente Winnicott no deja de valorar lo que ha recibido de ella aunque probablemente este juicio también esté atravesado, inevitablemente, por las defensas frente a los temores persecutorios y depresivos que supone esta confrontación, es decir, como lo enseñó la misma Klein, por la idealización. Pero, aun así, nuestro Winnicott paciente no cuestiona su capacidad analítica y creatividad, sino su no poder hacer un libre uso de las mismas, puesto que ella también queda atrapada en el mismo sistema que fomenta, en una especie de lealtad consigo misma que no deja de ser, para Winnicott, su propia perdición.

²¹⁰ Rorty define a la sabiduría contemporánea, en su trabajo «Spinoza, el pragmatismo y el amor a la sabiduría», de la siguiente manera: «Podemos usar este término para aludir al equilibrio adecuado entre estas dos virtudes: la virtud de escuchar a los demás con la esperanza de que puedan tener ideas mejores que las propias y la virtud de mantenerse firme hasta que a uno lo convenzan sin lugar a dudas de que los propios criterios han sido desbancados» (2002). (Véase Rorty, 2002).

Termina su carta-alegato en defensa de la libertad de pensamiento tanto en la Sociedad Británica como en la sociedad analítica de cada pareja analítica con cierto toque de desesperanza:

Le escribo todo esto para mostrarle por qué tengo verdadera dificultad en redactar un capítulo para su libro, aunque tengo tantas ganas de hacerlo. Esta cuestión que estoy comentándole toca la raíz misma de mi dificultad personal, así que lo que usted ve puede ser desechado siempre como la enfermedad de Winnicott, pero si la desecha, de este modo puede perderse algo que a la postre sea una contribución positiva.

El Winnicott paciente no deja de expresar su deseo de participar y de continuar con el análisis junto con su sospecha de que no será escuchado y que, fácilmente, podrá ser descalificado, desechado, como un discurso que es expresión de sus propias dificultades y que, con tal origen espurio, queda fuera de circulación, sin impacto. Pero no escuchándolo se pierde algo, y ese algo no es Winnicott como persona, sino el pensamiento analítico mismo o, más generalmente, la capacidad de pensar a partir del otro.

Algunas consideraciones sobre la interpretación

Sólo dentro del campo de juego co-creado intersubjetivamente que Winnicott llama «espacio potencial» las exploraciones juiciosas del aquí y ahora de la relación analítica permiten que las interpretaciones y las reconstrucciones históricas se integren en una nueva estructura del self en lugar de llevar a una introyección global de las interpretaciones «correctas» del analista.

Philip Bromberg

Se asocia raramente el nombre de Winnicott a la idea de interpretación. Sin embargo, este autor ha realizado una serie de observaciones sobre el acto de interpretar que nos parecen de gran valor y que nos gustaría comentar en esta parte del capítulo.

Para comprender sus comentarios es necesario tener siempre presente el contexto en el que se encuentra y los interlocutores que tiene

en mente. El «grupo kleiniano», como él lo llama, es, por supuesto, el interlocutor central, ya que la interpretación sistemática de la transferencia era en aquel entonces una práctica que comenzaba a ser habitual. Hoy, por supuesto, las coordenadas han cambiado. A pesar de todo, mucho de lo que Winnicott formula puede aplicarse a un «espíritu del interpretar» o del «acto de interpretar», si nos permiten la expresión, que muchas veces está fuera de las consideraciones que se suelen hacer sobre el tema. Volvemos a acentuar lo de «acto» de interpretar porque pienso que parte de los aportes de Winnicott está en considerar esta dimensión de la interpretación como acción, más allá de los contenidos, aunque, por supuesto, sin desconocerlos ni subestimarlos. Pero la dimensión acción de la interpretación le agrega algo muy especial y considera variables que el acento en el contenido de lo interpretado suele descuidar.

Hemos tratado de exponer o de mostrar en nuestro comentario-dramatización de la carta de Winnicott a Melanie Klein una suerte de principio de la interpretación o del acto de interpretar que vemos constantemente presente en su obra. Esta idea está centrada en la necesidad de que el paciente recree siempre de modo personal lo que va surgiendo en un análisis. Nos parece que el neologismo francés *objeu*, acuñado por el poeta Francis Ponge²¹¹, sintetiza de manera ejemplar el tipo de objetos que es deseable que circulen en un proceso analítico. El analista ofrece un *objeu*, objeto-juego, es decir, algo que necesita ineludiblemente ser recreado, al modo en el que en el juego se reorganizan los elementos que forman parte de él, para que pueda ser usado por el analizando. Esta dimensión de la interpretación como un espacio de construcción conjunta entre analizando y analista está marcada por todos los desarrollos de Winnicott sobre la transicionalidad y el espacio potencial. Espacio que, como ya hemos señalado, está sostenido por la paradoja que articula lo objetivo y lo subjetivo, el descubrir y el crear.

Recorreremos algunas de las referencias de Winnicott sólo para asomarnos a algunas de sus reflexiones sobre este asunto enormemente amplio y complejo. Por supuesto, no son más que pinceladas. Nos centraremos, fundamentalmente, en lo que consideramos sus aportes centrales en este tema: ¿cuál es el destino de la interpretación? ¿qué

²¹¹ Véase *supra* nota 24.

vehiculiza la interpretación como espacio? ¿qué es lo que se meta-comunica en el acto de interpretar?

Este espíritu winnicottiano del interpretar queda muchas veces reflejado en lo que llama «la actitud subyacente a la interpretación» (1968, p. 127) (Véase Winnicott, 1993e). Esta actitud, sostiene, «se manifiesta en los matices [del habla], en la elección de la oportunidad y en miles de formas comparables a la infinita variedad de poesía» (1968, p. 127) (Véase Winnicott, 1993e). Winnicott afirma que lo que él hace la mayor parte del tiempo cuando trabaja e interpreta es verbalizar lo que el paciente le ofrece ese día, en cada sesión: «En la forma más sencilla, el analista devuelve al paciente lo que éste le ha comunicado» (1968, p. 251) Véase Winnicott, 1993e). Este «devolver» que realiza el analista es, como dice en la definición de psicoterapia que hemos usado en la introducción, «un derivado complejo del rostro que refleja» (Véase Winnicott, 1971, p. 117), del rostro vivo de la madre. Se interroga sobre el sentido de esta acción, que a primera vista podría parecer fútil. Y, como de costumbre en esta cuestión, Winnicott cambia de nivel comunicativo y responde que la finalidad del analista puede muy bien ser «hacerle saber al paciente que ha oído lo que él dijo y que trata de captar correctamente su significado» (1968, p. 252) Véase Winnicott, 1993e)... O sea, que más allá de lo que el analista diga literalmente —que Winnicott no minimiza en absoluto, pero que su punto fuerte está, para nosotros, en otro lado— meta-comunica que ha escuchado y que se esfuerza por entender. Está presente y se hace presente por medio del interpretar su esfuerzo por comprender y, por qué no, como veremos, sus limitaciones de comprensión. Es más relevante, en este matiz, la voluntad de entender que aquello que se ha comprendido. Winnicott piensa que, cuando un analista ofrece una interpretación a un paciente, le da «la oportunidad de que le corrija lo que malentiende» (1968, p. 252) Véase Winnicott, 1993e).... De este modo, y con este criterio en mente, diferencia a aquellos analistas que aceptan tales correcciones y generan el espacio de construcción conjunta de la interpretación de aquellos otros que «asumen, en su papel interpretativo, una posición casi inexpugnable, de manera tal que si el paciente pretende hacerle una corrección, el analista tiende a pensar en la resistencia del paciente» (1968, p. 252) Véase Winnicott, 1993e).... Estos analistas no se plantean, en ningún caso, escuchar esa observación del paciente con «presunción de inocencia», o lo que es lo mismo, contemplando la posibilidad de que la interpretación haya sido errónea o inadecuada, o que, aún más sutilmente, al modo de Ferenczi, las asociaciones del paciente sobre la interpretación permitan

que el analista escuche y se interroge sobre su contratransferencia, es decir, no sólo sobre el lugar desde el que esa interpretación ha sido escuchada, sino también sobre el lugar desde el que esa interpretación ha sido hecha. De ahí la observación enigmática de Ferenczi, y a la que Winnicott probablemente no se opondría, que considera al paciente como supervisor del analista²¹² [Véase Ferenczi, 1988: *Diario Clínico* (1932)]. Volviendo al texto de Winnicott, de nuevo tenemos que fijarnos, como hemos señalado en otros capítulos, en la crítica que él realiza a ciertos usos de la idea de resistencia, en este caso como argumento último para la infalibilidad del analista.

En su trabajo sobre «Las metas del tratamiento analítico» (1962) (Véase Winnicott, 1965i), unos años antes, nos comenta que interpreta por diversas razones que van más allá del contenido. En primer lugar, para que «el paciente no tenga la impresión de que he comprendido todo» (p. 167). Esto puede transmitirse por medio de reconocer no acertar con la interpretación o, directamente, por considerarla errónea²¹³ y retirarla —como dice Winnicott y nosotros retomamos en otro capítulo (véase apartado 4 del presente capítulo). Un analista, al escuchar esta posición de Winnicott, se sorprendió frente a lo que entiende como la imposibilidad de retirar algo que se ha dicho, es decir, que el acto de retirar, decía, no anula lo que ha acontecido. Frente a eso, este analista proponía, con criterio, explorar cómo había sido escuchada la interpretación —lo que los kleinianos, y Racker (1966) (Véase Racker, 1966) en primer lugar, llamaron interpretar la relación del paciente con interpretación. Aun siendo de gran interés lo que proponen, creemos que Winnicott va un poco más allá: no sólo retira la interpretación, sino que esa acción se piensa más como un agregado que como una anulación. Retirar la interpretación puede tener un impacto en la configuración relacional que probablemente se haya puesto en escena que no estaba contemplado ni en la interpretación primera ni en la interpretación de la relación del paciente con la interpretación. Cambia la escena. Hay que hacer hincapié en que venimos diciendo que Winnicott enfatiza lo que meta-comunica la interpretación o el acto de interpretar, a saber, una

²¹² Obviamente, somos nosotros los que no nos oponemos y suponemos que Winnicott tampoco lo haría. Debe quedar claro que este enunciado, en el mismo Ferenczi, no tiene nada que ver con la práctica tan controvertida del análisis mutuo. Sólo nos conmina a escuchar aquello que el paciente, en sus asociaciones, puede estar diciendo —«considerando»— sobre la contratransferencia inconsciente del analista —a lo que, sin gran forzamiento, podríamos llamar también interpretación.

²¹³ Es lo que Ch. Bollas llama dialéctica de la diferencia (1989). (Véase Bollas, 1989)

zona de no-comprensión, de no-dicho, que le permite guardar, como él sugiere, tanto una «cualidad externa» como también la posibilidad de la apertura de un espacio en el que el analizando pueda participar y ser protagonista de dicha experiencia, de la construcción de su significado. En segundo lugar, para Winnicott una interpretación acertada «moviliza las fuerzas intelectuales» (1968) (Véase Winnicott, 1993e). Esta movilización tendrá como característica la integración de las fuerzas intelectuales en el psiquesoma, lo que significa que son ideas-afectos o afectos-ideas los que irán surgiendo a partir de la interpretación que gana su fuerza de la movilización e integración que produce. Por el contrario, este tipo de movilización, sugiere Winnicott, es algo indeseable cuando existe una «severa disociación del ser psicossomático» (p. 167). (Véase Winnicott, 1993e).

Unos años después, en 1971, dirá lo mismo con otras aristas. Comenta que su dilatada experiencia analítica en estas lides analíticas — habla de cincuenta años— le fue enseñando la importancia de esperar, de no precipitarse en interpretar para no aplastar la creatividad del paciente y, sobre todo, de no interferir en la evolución natural de la confianza progresiva del paciente en el método y en la técnica analítica. En este contexto, afirma:

Si podemos esperar, el paciente llega creativamente a las comprensiones y con una inmensa alegría, y hoy disfruto esa alegría más de lo que antes disfrutaba por haberme sentido inteligente. Pienso que interpreto, fundamentalmente, para que el paciente sepa los límites de mi comprensión. El principio es que es el paciente y sólo el paciente el que tiene las respuestas (Véase Winnicott, 1971, p. 86).

Cualidad socrática del analista en el pensamiento winnicottiano que fue resaltada por Alfredo Paineira (2007) (Véase Paineira, 2007) y que está presente en la idea de Winnicott de «colaboración inconsciente» del paciente. Cualidad del diálogo analítico que pensamos que hoy podemos mantener, aun cuando maticemos ciertos «principios» como el que aparece en la cita. Matizar implica revisar la idea de que el paciente tiene todas «las respuestas» y la idea de «respuesta» misma como algo ya totalmente pre-configurado en la mente del paciente. Creemos que podemos realizar estos matices sin cuestionar, en esa revisión, la necesidad de que el paciente sea la guía central del proceso. Por ello, nos resulta más interesante cómo esta misma cuestión-idea aparece planteada

por Winnicott unos años antes: al hablar del momento del paso del estado de fusión primaria a la progresiva separación de la madre y considerar los modos de comunicación y comprensión que son propios de cada uno de estos momentos. El *infans* pasa de lo podríamos aparear como comunicación silenciosa-comprensión empática²¹⁴ a lo que sería la comunicación por medio de signos-comprensión que necesita indicadores. Más que pasar, podríamos decir que oscila, va y viene en este tránsito y requiere una adaptación flexible por parte de la madre. Y allí nos dice:

Encontramos que aparece esta sutileza claramente en la transferencia en nuestro trabajo analítico. Es muy importante, excepto en momentos de fusión, que el analista no conozca las respuestas a menos que el paciente le dé las claves [indicios]. El analista recoge los indicios y hace una interpretación, y a menudo ocurre que el paciente falla en dar los indicios haciendo que el analista no pueda hacer nada. *Esta limitación del poder del analista es importante para el paciente*, al igual que es importante su poder, representada por la interpretación [... basada] en los indicadores y en la cooperación inconsciente del paciente que está aportando el material sobre el que se construye y justifica la interpretación [la cursiva es nuestra] (1960, p. 51). (Véase Winnicott, 1965m)

Winnicott retoma cuestiones que no consideraremos en este breve recorrido —como su idea de interpretación correcta y colaboración inconsciente (véase Pinceira, 1997)— para centrarnos, una vez más, en lo que piensa que el acto de interpretar comunica y abre. ¿Por qué la limitación del poder del analista es importante para el paciente?, como dice en el texto antes citado. Justamente, pensamos, porque esta limitación abre el espacio para la reapropiación por parte del paciente de la interpretación, porque en esa limitación de la comprensión el analista meta-comunica que más que su saber lo que le interesa es el «saber» o la «narrativa» que producirá el paciente en la recreación que hace de la interpretación. Estas «respuestas» construidas conjuntamente en este diálogo comenzarán a formar parte de las narrativas o rehistorizaciones basadas en la recuperación de los indicios y en el respeto, nuevamente, del ritmo —singularidad— del paciente.

²¹⁴ En Winnicott encontramos fundamentalmente la noción de empatía vinculada a esta especie de comprensión «inmediata» por parte de la madre y por parte del analista en los momentos de regresión a la dependencia. (Véase Winnicott, 1999g, 1958b)

Otra fórmula de Winnicott que nos lleva por algunos caminos diferentes es la siguiente: «El analista, interpretando, muestra cuánto y cuán poco de la comunicación del paciente es capaz de recibir» (1966, p. 207) (Véase Winnicott, 1990b). El acento aquí está puesto en lo que el analista es capaz de recibir y no tanto, como se suele hacer y decir, en lo que el analista es capaz de dar. Este «recibir» está relacionado con la capacidad de cada analista de adaptarse más o menos a cada paciente de la misma forma que cada paciente necesita, mínimamente, adaptarse a su analista. En muchos de sus textos, Winnicott enfatiza esta dimensión de «pareja analítica» que está presente como condición necesaria en todo proceso. Recurre también, para pensar esta «pareja», al modelo de la de crianza. Todo analizando, como todo hijo, tiene en parte como tarea llegar a saber «[...] cómo es su analista y qué espera [...]» (1968, p. 252) (Véase Winnicott, 1990a, 1991d, 1993e). Esta adaptación, necesaria, está al servicio de saber qué analista tiene y qué uso puede hacer de éste —si se puede hacer alguno.

Es tarea del analista, como sabemos, facilitar el proceso. Pero, se pregunta Winnicott, ¿qué diferencia entonces el análisis del autoanálisis? La diferencia, sostiene, está relacionada con la «capacidad del paciente para ubicar al analista fuera del área de los fenómenos subjetivos. Lo que está supuesto es la capacidad del paciente de usar al analista [...]» (1971, p. 87) (Véase Winnicott, 1971). Que el analista caiga como objeto subjetivo es condición, como hemos visto, de que pueda ser usado (véase capítulo 5). Esta capacidad suele darse por sentada, y Winnicott nos hace prestar atención a su establecimiento y a su desarrollo, ya que, para él, esta capacidad también es un logro y no algo con lo que se viene. Nos advierte que con pacientes severamente perturbados, que requieren una regresión a la dependencia (véase apartado 2 del presente capítulo), nos podemos llegar a pasar muchos años interpretando en «colusión»²¹⁵ (1971) (Véase Winnicott, 1971), como lo llama Winnicott, con la necesidad del paciente de ser tratado como un neurótico y, de este modo, hacer un *análisis falso-self* interminable. Por ello, en general, las observaciones de Winnicott sobre este tema no están dirigidas a los momentos de regresión a la dependencia, momentos en los que considera que la interpretación no es la herramienta principal que lleva al cambio.

²¹⁵ La RAE define colusión como «pacto ilícito en daño de tercero». En el uso analítico del término, el tercero es tanto la parte del paciente que busca el cambio como el proceso analítico mismo.

Pensamos que hay varios modelos winnicottianos que nos permiten, usados como metáforas, acercarnos a lo que Winnicott entiende como interpretación. Tomaremos básicamente dos: la idea del objeto transicional y los intercambios de garabatos [*Squiggle game*].

Tanto Lewis Aron (2007) (Véase Aron, 1992) como Adam Phillips (1988) (Véase Phillips, 1988) enfatizaron la idea de tomar el modelo del objeto transicional como metáfora de la forma de comprensión que Winnicott tenía de la interpretación. Con las interpretaciones sucede lo mismo que con los objetos transicionales, que *no pueden ser preseleccionados* por las figuras parentales, sino que tienen que ser descubiertos-creados por el *infans*. El analista no puede saber *a priori* el destino de la interpretación, cuál de ellas será aceptada o resonará en el paciente de modo tal que éste pueda, así, «elegirla», es decir, hacerla suya por medio de su recreación, usarla para la elaboración de un significado personal. En un texto de 1954-55 (Véase Winnicott, 1958c), Winnicott se pregunta: ¿qué queremos que hagan los pacientes con nosotros? Y responde: «Queremos ser comidos y no mágicamente introyectados. No hay ningún masoquismo en ello» (p. 276) (Véase Winnicott, 1958c). En este mismo texto comenta también que la «digestión» es un buen modelo para pensar la elaboración en la medida en que cada cuerpo, según sus necesidades básicas y situacionales, absorberá los nutrientes que necesite para su mantenimiento, desarrollo y crecimiento y desechará lo que no puede usar y/o es nocivo. Aunque hay que tener en cuenta que el sistema digestivo puede estar alterado de diversas maneras y, de este modo — metafóricamente—, tragar y absorber bloques enteros no digeridos, también por necesidad. El asunto es cómo, como analistas, facilitamos el proceso digestivo y estamos atentos a nuestras interpretaciones-bloques, es decir, a ser introyectados mágicamente.

Por último, este modelo también nos sirve para pensar, como señala Phillips:

[...que] es imposible decir que en análisis se dio una buena interpretación a un paciente, pues sólo éste puede decidir si es buena. El significado, a diferencia de la información, no se puede imponer; sólo es posible encontrarlo a través del reconocimiento personal (1988, p. 129). (Véase Phillips, 1988)

Otro modelo winnicottiano que ha despertado la imaginación de muchos analistas para comprender el acto interpretativo es la propuesta de Winnicott del *Squiggle game*, el juego del garabato. Este juego, que

Winnicott comenzó usando en sus consultas terapéuticas, consistía en que, con lápiz y papel en mano, uno de los participantes (paciente o analista) debía realizar un trazo, una marca, que el otro participante debía completar y darle una forma. Los garabatos o sus resultados iban sucediéndose a lo largo de una entrevista. Función diagnóstica e «interpretaciones» gráficas, por llamarlas así, se superponían y entrelazaban. Éste era un modo tanto de entrar en contacto con el niño como de que vayan apareciendo cuestiones vinculadas al hecho que motivó la consulta. Este juego ha sido considerado por muchos, y sugerido por Winnicott, como un modelo para la comprensión tanto de la interpretación como del proceso psicoanalítico en su conjunto, ya que de alguna manera representa, de forma paradigmática, lo que Winnicott entiende por el jugar [*play*]. En el contexto de este desplazamiento del centro gravitacional del proceso es cuando este juego se inserta como metáfora de la interpretación. Varias preguntas, relevantes al tema que estamos planteando, despiertan estos productos de la actividad conjunta de analista y analizado: ¿de quién es el garabato, del niño o de Winnicott? Pregunta que nos lleva nuevamente a ese espacio de experiencia en el que la superposición de espacios de juego hace que no sea, estrictamente hablando, ni de uno ni de otro, o también, estrictamente hablando, que sean de uno y de otro. En este sentido, con la interpretación ocurre lo mismo: no viene del analista, aunque éste haya «dicho» algo que tenía la forma de una interpretación, ni del paciente, aunque éste haya recogido ese algo de un modo propio, personal. La interpretación emerge en el espacio creado entre ambos²¹⁶. Pensando en esta metáfora, al principio de este apartado, hemos utilizado como epígrafe-homenaje un texto de Willy Baranger en el que, hablando de los grupos de estudio en los que participaba bajo la coordinación de Pichón-Rivière, comenta: «Sería imposible decir —pero al final no tiene la mayor importancia saberlo— quién produjo o quién recibió tal o cual idea [...]» (Véase Baranger, 1994). Esta imposibilidad de decidir y su falta de importancia no son, debe quedar claro, el resultado de la dificultad de reconocer la deuda con el maestro, cosa que hace a reglón seguido; no es una defensa (frente a la envidia, frente a la discriminación o angustia de separación o frente a alguna otra variante psicodinámica). Se trata del mayor reconocimiento a quien supo gestar un campo de pensamiento en el que la creatividad — más allá de la propiedad— era el valor que lo organizaba.

²¹⁶ Thomas Ogden (1994).

Pero retomemos el juego del garabato. Los gestos que lo constituyen no son el resultado de la elaboración deliberada de los procesos secundarios, no se sabe lo que va a salir cuando se comienza a dibujar. Hay una apertura de significancia que le es consustancial. Como afirma Susan Deri:

Sólo si las interpretaciones no son «dadas» (en el sentido de recalcadas en su pronunciación²¹⁷), sino informalmente lanzadas [o dejadas caer] en el espacio de juego del paciente, i.e., en el espacio transicional entre paciente y analista, sólo así puede el paciente recoger el material ofrecido y soldarlo con sus propios contenidos internos en la creación de una nueva *gestalt*. Dicho de otra manera: cuando las ideas del analista son lanzadas [dejadas caer] de un modo que no obstruyan en el espacio transicional del juego del paciente, estas ideas pueden estar por ahí hasta que el paciente esté dispuesto a [listo para] «encontrarlas» y entrelazarlas con sus propios deseos o fantasías en una forma nueva y muy personal, en una nueva preciada posesión (Deri, 1984, cit. por Grolnick, 1990, p. 158). (Véase Grolnick, 1990)

Creemos que esta psicoanalista ha captado muy bien con su expresión de «informalmente dejadas o lanzadas» esa característica del espíritu winnicottiano que tratamos de transmitir: espíritu que transforma en cierta medida algunas versiones estereotipadas del proceso analítico y de la autoridad del analista y que nos introduce de lleno en una visión más hermenéutica y dialógica del proceso.

Por todo esto comenzamos diciendo que pensábamos que el término *objeu*, objeto-juego, aplicado a la interpretación, sintetiza muy bien lo que queríamos transmitir.

²¹⁷ La autora alude a una cierta artificialidad en la enunciación de las interpretaciones.

8.4. DEL JUGAR Y LA PSICOTERAPIA²¹⁸

[...] Me interesa [...] el hecho de que en campo cultural alguno es posible ser original salvo sobre la base de la tradición. [...]. Me parece que el juego recíproco entre la originalidad y la aceptación de la tradición como base para la inventiva es un ejemplo más, y muy incitante, del que se desarrolla entre la separación y la unión.

Winnicott

Para mí, la libertad es encontrar un lugar allí donde no había al comienzo. Ustedes toman una partitura: parece que allí dentro no hay libertad, pero si ustedes se toman tiempo y comprenden lo que hay en esa página, ustedes encontrarán toda la libertad que quieran [...]. La libertad que más valor tiene para mí es aquella que ha ganado su fuerza luchando contra algo que se le resiste.

Bill Evans²¹⁹

Nos gustaría comenzar trabajando la tesis de Winnicott (o el principio general, como también lo llama) que desarrolla en su trabajo «Playing. A theoretical statement» («El juego. Exposición teórica»), que se encuentra en su fascinante y complejo libro *Playing and reality* (traducido como *Realidad y juego*) (Véase Winnicott, 1971b). Comienza dicho capítulo con las siguientes afirmaciones sobre la psicoterapia y el psicoanálisis:

En este capítulo trataré de explorar una idea que se me ha impuesto por mi trabajo, así como por mi propia etapa del desarrollo en la actualidad y que otorga cierto colorido a mi labor. No hace falta decir que mi trabajo, que es en gran parte el psicoanálisis, también incluye la psicoterapia, y para los fines de este capítulo no necesito establecer una clara distinción entre los empleos de los dos términos (1971). (Véase Winnicott, 1971b)

²¹⁸ Trabajo presentado en las IX Jornadas Internacionales del Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao (GPAB), *D. W. Winnicott y la Psicoterapia Psicoanalítica hoy*, celebradas los días 12 y 13 de noviembre de 2010. Aprovecho para agradecer la lectura atenta y los comentarios que del mismo realizó mi colega y amiga Estela Botto.

²¹⁹ Véase Alain Gerber, 2001.

La idea que nos presentará, pues, vale tanto para el psicoanálisis, entendido como un tipo de práctica, como para la psicoterapia orientada psicoanalíticamente. Es una idea que Winnicott siente que «se le impone» y que es el resultado de una larga experiencia en estas lides.

A continuación, expone el núcleo de su tesis:

La psicoterapia tiene lugar [take place] en la superposición de dos áreas de juego [o del jugar] [playing]: la del paciente y la del terapeuta. La psicoterapia está relacionada [has to do] con dos personas que juegan [playing] 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 el que es posible hacerlo [cursiva en el original] (1971). (Véase Winnicott, 1971b)

Esta tesis es clara en su enunciado pero compleja a la hora de sacar las consecuencias de lo que implica. Winnicott está intentando definir el «lugar» [*place*] en el que se da la psicoterapia y el psicoanálisis. Recordemos que en un capítulo posterior dirá que toma la expresión «lugar» [*place*] en su sentido abstracto, vinculado a un tipo de experiencia y no a nada concreto en el espacio. Este lugar de la psicoterapia está definido por la superposición de dos áreas de juego, es decir, por dos personas que juegan juntas. El espacio potencial será, por excelencia, quien albergue dicha superposición. Ello supone que cada persona tenga el jugar como posibilidad —primera restricción parcial de la definición. Si esto no ocurre, si el juego no es posible porque uno de los participantes no puede jugar, entonces la labor terapéutica implica llevar al paciente a un estado mental de poder jugar. Si el analista no puede jugar, no hay psicoterapia. Ésta es una condición indispensable. Sabemos igualmente —la experiencia nos lo muestra con holgura— que la posibilidad de jugar del analista con determinado paciente o en determinados momentos de los diferentes procesos terapéuticos queda, muchas veces, trabada de forma transitoria en el mejor de los casos. Esta incapacidad motivada diversamente —avatares de la contratransferencia, concepto de *enactment*, etc.— puede ser fuente de reflexión clínica, de autorreflexión y, por lo tanto, puede ser usada al servicio del tratamiento mientras exista en nuestro repertorio conceptual dicha posibilidad y tomemos conciencia de ella.

Winnicott trata de articular una «nueva formulación del jugar [*playing*]». A diferencia de cómo se venía pensando el juego en las diversas escuelas psicoanalíticas, sobre todo en la orientación kleiniana, lo que a Winnicott más le va a interesar en relación a su tesis no son los contenidos del juego o del jugar, sino la actividad misma, como espacio mental.

Es interesante ver este desplazamiento de los «contenidos» a la «actividad» también desde la perspectiva de lo que plantearemos más adelante, es decir, como un movimiento de cintura que le permitirá salir, en el espacio del trabajo terapéutico, de la lucha de poder que se instala en relación a los «contenidos latentes» del juego —o de la asociación libre, su equivalente adulto— reformulando la escena desde otro vértice. En este sentido, lo contrario del juego (o del jugar) no será el trabajo sino la coerción, el establecimiento de un vínculo de complementariedad rígida (Benjamin), en el que domina, como señala Thomas Ogden (1986) (Véase Ogden, 1989), la identificación proyectiva, ya que ésta, en su propio forzamiento de identidades, se produce por fuera del espacio potencial que sostiene la paradoja de ser y no ser al mismo tiempo. Lo que nos permitirá salir de este tipo de relaciones será la recuperación del espacio de negociación de la paradoja y de juego.

Winnicott establece una diferencia que le resulta significativa entre, en primer lugar, el *play* y el *game* (ambos traducidos por «juego» en español) y, en segundo lugar, entre el sustantivo *play* («juego») y el verbo sustantivado *playing* («el jugar»). La diferencia entre el *play* y el *game* se encuentra en que el *game* se entiende, fundamentalmente, como un juego reglado mientras que el *play* no. El *playing*, por su parte —traducido en algunas ocasiones por «el jugar», aunque también, muchas veces, por la palabra juego (no tenemos más que ver la traducción española del libro que hemos citado antes)—, tiene, para Winnicott, una cualidad diferente o traduce mejor lo que a él le interesa resaltar, como iremos viendo. J-B. Pontalis (Véase Pontalis, 1975) nos llama la atención sobre el frecuente uso del gerundio sustantivado, que autoriza la lengua inglesa, en la obra de Winnicott, en términos como: *playing*, *dreaming*, *objet-relating*, *living*, *being*, *using* y otros. Sostiene que esta predilección circunscribe un punto central de interés en Winnicott vinculado a la *capacidad* de jugar, de soñar, de relacionarse, de sentirse existir, de vivir, etc. Y afirma: «El lenguaje nos entrega la intuición central del autor: el espacio potencial como matriz de un espacio interior y de un espacio exterior *vivos* (*vivants*)» [cursiva en el original] (1975, p. 289). (Véase Pontalis, 1975)

Por lo tanto, Winnicott también desplazará para nosotros el foco de la función del analista y de la escena analítica en su conjunto: de concebirlo exclusivamente como un analista intérprete de contenidos inconscientes a entenderlo como un participante en una escena en la que el centro de gravedad está en el jugar, en un área de experiencia intermedia que, a su vez, es lugar de unión y separación de los que participan en ese *playing*. Que el centro de gravedad se desplace no significa que un proceso terapéutico consista sólo en eso. Pero sí supone la propuesta de un modelo para pensar la situación y el proceso analítico. Sigue habiendo interpretaciones, no se desconoce la función intérprete del analista, pero quedará subordinada y modelada por la comprensión global que tenga del proceso.

El jugar adquirió en su recorrido personal un nuevo color cuando trabajó el tema de los fenómenos transicionales y su progresiva complejización: de la experiencia de los objetos transicionales propiamente dicha a la experiencia cultural. Recordemos aquí, como nos enseñó Alfredo Paineira, que el énfasis de Winnicott está en la experiencia que tenemos del objeto o de las cosas culturales. Los fenómenos transicionales, sostiene Winnicott, «pertenecen a la experiencia de la relación con los objetos», y agrega Paineira: «Y no a los objetos mismos» (1997) (Véase Paineira, 1997). La experiencia es siempre personal, única e intransferible. Del objeto como tal no se deriva la experiencia que tengo de él, aun cuando sin ese «objeto» —en sentido amplio— no podría tener lugar dicha experiencia —lo que está muy bien expresado en los epígrafes de esta charla.

Winnicott aclara sobre el jugar:

[...] *el jugar tiene un lugar y un tiempo*. No se encuentra *adentro* [*inside*] [...]. Tampoco se encuentra *afuera* [*outside*], es decir, no forma parte del mundo repudiado, del no-yo [*not-me*], de lo que el individuo ha decidido reconocer (con gran dificultad y aun con dolor) como verdaderamente exterior, fuera del control mágico. Para controlar lo que está afuera uno tiene que *hacer* cosas, no sólo pensar o desear, y hacer cosas lleva tiempo. Jugar es hacer²²⁰ [*Playing is doing*] [cursiva en el original] (1971, p. 41). (Véase Winnicott, 1971b)

²²⁰ Recordemos que para Winnicott el hacer nace del ser. Dice: «After being – doing and being done to. But first, being» [«Después de ser – hacer y que nos hagan. Pero primero ser»] (1971, p. 85). (Véase Winnicott, 1971b)

Es interesante esta definición: el jugar no está adentro, *inside*, mundo interno explorado por M. Klein como Winnicott suele enfatizar, pura realidad psíquica si queremos usar esta terminología, no es una alucinación como suele decir; pero tampoco es un afuera, un *outside*, es decir, algo que esté completamente por fuera del control mágico.

Por supuesto, surge la pregunta de si es posible un afuera «puro», si nos permiten esta imagen; nos referimos a un afuera que tenga alguna consistencia por fuera de un significado personal —no investido, como se suele decir—, un afuera que no impacte o resuene de alguna manera; se nos ocurren dos posibilidades: un afuera puramente convencional, operativo, no significativo aunque tenga un determinado significado convencional o pragmático —lo que Winnicott muchas veces denomina «realidad externa compartida»— y, la otra opción, es un afuera traumático, que impacta en el sujeto, pero que se encuentra totalmente fuera de control —o sea, que impacta más como desorganización.

Para darle un «lugar» al juego, como ya hemos señalado, le fue necesario a Winnicott postular la existencia de un «espacio potencial» entre el bebé y la madre o entre terapeuta y paciente; espacio potencial que no es ni interno ni externo o también que es simultáneamente interno y externo. (Véase Winnicott, 1971c)

Tras haber realizado el recorrido desde la psicoterapia y el psicoanálisis al jugar, Winnicott invierte la secuencia, ya que sostiene que: «Lo universal es el jugar» y que este jugar —o esta capacidad— está íntimamente vinculada con la salud. Podemos extender su definición del psicoanálisis también a la psicoterapia cuando afirma:

[...] El psicoanálisis se ha convertido en una forma muy especializada del jugar [*playing*] al servicio de la comunicación consigo mismo y con los demás [...]. Lo natural es el jugar y el fenómeno altamente sofisticado del siglo XX es el psicoanálisis (1971, p. 42). (Véase Winnicott, 1971b)

Es importante para Winnicott que el psicoanálisis recuerde su deuda con Freud pero también con el jugar.

Winnicott esquematizará cuatro momentos del desarrollo y situará tres fases del jugar que, según él, van desde la transicionalidad del objeto, heredera de la creatividad primaria de lo «encontrado-creado», hasta la experiencia de la superposición de dos áreas de juego. Podemos ver en estas tres fases o, como nos gusta más pensarlas, en estos tres «estados

mentales» del niño/adulto, una analogía con diferentes momentos o tipos de procesos clínicos. Nos referimos a que podemos ver diferentes tipos de predominancias o de alternancia entre ellos en función de la psicopatología del paciente, pero también de los aspectos situacionales del momento de la consulta y del tratamiento.

Madre como objeto subjetivo: precondition

El primer estadio que Winnicott sitúa, que no sería estrictamente un momento del jugar sino su condición de posibilidad primera, es el de la fusión primaria del niño con el objeto, aquel en el que la madre presenta el objeto de modo tal que hace real lo que el niño está listo para crear. Estamos en la ilusión primaria de lo «creado-encontrado». La adaptación de la madre, conceptualizada por Winnicott al comienzo del desarrollo del *infans* como «preocupación materna primaria»²²¹ (Véase Winnicott, 1999g), genera la «oportunidad para la ilusión». Eso significa que, gracias a la presentación oportuna del objeto-pecho que realiza la madre, el *infans* puede sentir que crea una y otra vez el pecho «a partir de su capacidad de amar o (podemos decir) —explica Winnicott— a partir de *su necesidad*. La madre ubica el pecho real justo allí donde el *infans* está listo para crearlo, y en el momento correcto» [la cursiva es nuestra] (1951-53, p. 12) (Véase Winnicott, 1958e o 1971c). Esto es la madre como objeto subjetivo, pura extensión del *self*.

El establecimiento del campo de juego: la inclusión dosificada del no-yo

El segundo momento o estado, que ya sí sería la primera fase del jugar, implica un pequeño desplazamiento, en relación al momento anterior, que dará lugar a la creación de un espacio, espacio potencial entre la madre y el niño, donde comienza ya a insinuarse de forma clara el lado no-yo del objeto. El uso del objeto transicional, representante de este momento, supone que en estos primeros momentos de vinculación-vivencia del mundo externo tiene que ser aceptable por el *self*. Hay

²²¹ Véase capítulo 2.

primero una oscilación, sostiene Winnicott, en la que el objeto es repudiado, re-aceptado, percibido, y finalmente integrado en el espacio compartido. Esto implica que la madre [o el analista en nuestra analogía] (o parte de ella) se encuentra en un «ir y venir», «[...] entre ser aquella *que el niño es capaz de encontrar* y (alternativamente) *ser ella misma esperando ser encontrada*» [la cursiva es nuestra] (Winnicott, 1971) (Véase Winnicott, 1971c). El logro por parte de la madre de sostener este momento genera una experiencia de control mágico del objeto, es decir, como afirma en diversas ocasiones, para el niño «la omnipotencia es casi un hecho de experiencia» (1971, p. 11) (Véase Winnicott, 1971c). Esta actitud materna genera un «estado de confianza» que le permite al niño, sostiene Winnicott, comenzar a disfrutar experiencias basadas en el «matrimonio» de la omnipotencia de los procesos intrapsíquicos con el control de la realidad. La confianza en esta madre establece un *playground* [patio — campo— de juego] intermedio, donde, sigue Winnicott, se origina la idea de lo mágico. «Lo llamo *playground*, porque *el juego comienza aquí*» [la cursiva es nuestra] (1971) (Véase Winnicott, 1971c). El *playground* es, pues, un *espacio potencial* entre la madre y el bebé o que une y separa al mismo tiempo a la madre y al bebé. Esta unión en el espacio potencial aparece en este contexto articulada a los comienzos de la separación yo-no yo. Por ello, lo transicional, el espacio potencial, mantiene la tensión entre la unión y la separación.

Winnicott enfatiza una idea para nosotros altamente original y es la siguiente: que el aspecto excitante del jugar, su atractivo, está relacionado con su *precariedad*, con la precariedad del interjuego de la realidad psíquica personal y de la experiencia de control de los objetos reales: «Es la precariedad de lo mágico como tal, mágico que surge en la intimidad, en una relación que es percibida-sentida como digna de confianza» (1971) (Véase Winnicott, 1971c). Es interesante aclarar aquí que el uso por parte de Winnicott de la expresión o de la idea de «control omnipotente del objeto» no está vinculado en este caso a su uso defensivo, sino que es un logro del desarrollo articulado con la respuesta del objeto.

Jugar sólo en presencia de otro

El tercer estado o fase es la capacidad para estar [*being*] solo en presencia de alguien. El niño ahora juega, nos dice, en base al supuesto de que la persona que ama y que por tanto es digna de confianza «está

disponible y continúa estando disponible cuando *se la recuerda después de haberla olvidado* [la cursiva es nuestra]. El niño siente que esta persona puede reflejar lo que ha estado ocurriendo en el juego.

Somos reenviados aquí a su hermoso trabajo sobre la capacidad de estar solo («The capacity to be alone») (Véase Winnicott, 1965j). Recordemos que la tesis central de dicho trabajo es que para disfrutar de la capacidad de estar solo ha sido necesario haber pasado exitosamente por la capacidad de estar solo en presencia de otro²²². Este momento que describe en el desarrollo del juego es interesante clínicamente, ya que, por analogía, como hemos propuesto, podemos pensar que el paciente, cuando ha generado un ámbito de confianza (suficientemente bueno), puede ponerse a jugar con sus pensamientos, prescindiendo del analista aunque éste debe estar ahí, disponible, para reflejar lo que ha estado ocurriendo cuando el paciente se percate o recuerde, es decir, de repente se de cuenta de que el terapeuta está allí, ya que lo había olvidado. Son momentos, se podría decir, en los que el paciente «asocia» o piensa o reflexiona «solo» y nos ha olvidado como interlocutores de los que espera algo concreto, nos solicita fundamentalmente como presencia periférica. Aquí la dependencia es alta: «Salvo su juego —sostiene José Valeros— todo lo demás lo ha dejado en manos del analista. Pero esta situación de dependencia es silenciosa, es un fenómeno de fondo no enunciado explícitamente» (1997) (Véase Valeros, 1997). Cuando, por lo que sea, el paciente recuerda la presencia del terapeuta éste debe estar allí para recoger lo que ha ocurrido.

Superposición de áreas de juego

Hemos llegado a la fase o estado del jugar que corresponde con la definición de la psicoterapia. Este estado que consiste en *permitir y disfrutar una superposición de áreas de juego*. Primero la madre está muy atenta a sintonizar-encajar [*to fit*] con las actividades de juego del niño. Tarde o temprano, sin embargo, afirma Winnicott, ella introduce su propio jugar [*playing*] y se producen variaciones en el niño en cuanto a su capacidad de aceptar (querer) o rechazar (no querer) [*like or dislike*] la introducción de ideas que no son las propias. «Así queda allanado el camino para *jugar juntos* en una relación», afirma Winnicott.

²²² Véanse capítulos 1 y 2.

Ya en la clínica, pensemos en aquellos pacientes que permiten en mayor o menor grado intervenciones de nuestra parte, de aquellas intervenciones que, en general, ponen en evidencia nuestra condición de sujetos separados..., es decir, de una perspectiva que no se acopla a la del paciente tanto como éste quisiera y que genera algún grado de dolor psíquico. El tema está en que para Winnicott no se trata en el paciente siempre de una actitud defensiva, como, por ejemplo, un narcisismo defensivo, sino que muchas veces lo que está en juego es lo que podríamos llamar una *necesidad*, aquello sin cuya realización no puede haber crecimiento. *Necesidades* en términos de condiciones de posibilidad para el siguiente paso. Una interpretación produce resistencia, afirma Winnicott, cuando es ofrecida fuera del área de superposición del jugar del analista y del paciente. O también, una interpretación es inútil o produce confusión cuando las diferentes fases no están plenamente realizadas. Puede haber también una oscilación de estados en el paciente a los cuales el terapeuta deberá adaptarse. El problema no es que el terapeuta en un momento intervenga de manera tal que el paciente la rechace sea que no ha entrado en el área compartida sea porque no la pueda asimilar en función de la fase —o estado— que está dominando en ese momento la escena o el vínculo. El problema comienza cuando el terapeuta, por adhesión a determinada teoría, insiste en aquello que fue rechazado, tanto por medio de interpretaciones de la defensa, de nuevas interpretaciones, de lo que se ha denominado interpretaciones en disco rayado, etc. Ahí lo «traumático» del desencuentro primero en la dupla terapéutica se convierte en «trauma acumulativo» (en palabras de Kahn, 1963)²²³ (Véase Khan, 1983, 1992) dentro de la terapia, ya que el tipo de intervención que se intenta realizar va más allá de las capacidades del sujeto de albergarla, de usarla al servicio de su crecimiento, en su propio beneficio. Muchos probablemente hemos tenido esbozos de experiencias de este tipo tanto en el sillón como en el diván. Al paciente le quedan pocas alternativas frente a esto: o acatar, someterse y disociar su propio estado, o rebelarse, insistir en su *necesidad*, al precio de un extremo sentimiento de soledad, de un enorme sentimiento de incomprensión. O sea, no le queda otra salida, para mantener el vínculo terapéutico, que la identificación a lo que el terapeuta espera de él, la de adaptarse a sus expectativas —conscientes o inconscientes— y, así, construir, como cuestiona Winnicott en diferentes oportunidades, una *terapia-falso self* que interpretará una y otra vez las defensas (o lo que la teoría diga en cada

²²³ Véase capítulo 6 para el concepto de trauma acumulativo.

ocasión), pero que no proveerá lo esencial: una experiencia emocional transformadora. Se obliga al paciente a «congelar» (disociar) su necesidad al servicio de mantener el vínculo con el terapeuta, reduplicando, de este modo, muy probablemente, los traumatismos originales que llevaron a su dificultad de lograr ciertos estados del jugar que son los que se han puesto en juego en ese momento.

En el prólogo a su libro sobre *Clínica psicoanalítica infantil*, (Véase Winnicott, 1980) escribe Winnicott:

Pero una interpretación que no funciona significa siempre que he hecho la interpretación en un momento o de una manera inapropiados, y la retiro incondicionalmente. Aun cuando la interpretación sea correcta, me he equivocado al verbalizar este material de esta manera y en ese momento en particular. Las interpretaciones dogmáticas dejan al niño [o al adulto, añadimos] sólo dos posibilidades: una *aceptación* de lo que he dicho como propaganda o un *rechazo* de la interpretación, de mí y de toda la situación. Pienso y confío en que los niños [y los adultos], en esta relación conmigo, sientan que tienen derecho a rechazar lo que he dicho o la manera en que he dicho algo [la cursiva y los corchetes son nuestros] (1980, pp. 17-18). (Véase Winnicott, 1980)

Esta cita y esta actitud reflejan de forma rotunda lo que Winnicott ha sostenido en reiteradas ocasiones en relación a los padres, y es trasladable, como en este caso, a la situación terapéutica: la parentalidad no consiste sólo en saber dar, sino también, y tan fundamentalmente, en saber recibir. Cada niño, como cada paciente, tiene sus ritmos — metáfora general en Winnicott de la singularidad que lo habita—, y el saber que hemos adquirido en otras crianzas o en otros análisis no debe, de ninguna manera, aplastar dicha singularidad. En este sentido, Winnicott afirma lo mismo que Lacan dirá al comienzo de su seminario sobre la angustia: muchas veces el principiante genera más espacio porque sostiene mejor la tensión entre el saber y el no saber, no lo satura.

Christopher Bollas ha trabajado con gran claridad esta dialéctica del saber y el no saber. Dice en el capítulo 3 de su libro *Fuerzas del destino*:

Para mí este no saber es un logro. Tengo la certeza de que me ha llevado años de experiencia como analista valorar ese estado mental y conocerlo por lo que es: una condición necesaria para la creación de un espacio potencial, una pantalla analítica interior que sostenemos y que registra el idioma del paciente [...]. Los guiones escénicos de *self* y otro sólo se pueden instalar a través de mi

no saber. La interpretación no emerge ni del paciente ni de mí mismo (1989). (Véase Bollas, 1989)

O como decíamos antes: la interpretación emerge del paciente y de mí mismo, de ese encuentro.

Retomemos la idea de Winnicott del jugar. «*El punto esencial* de mi comunicación es éste, que *el playing es* una experiencia, siempre *una experiencia creativa*, y que es una experiencia en el continuo espacio-tiempo, una forma básica de vivir» [las cursivas son nuestras] (1971) (Véase Winnicott, 1971b). Esta experiencia creativa es intensamente real para el paciente. Recordemos que Winnicott no nos habla de la creatividad del artista o del «genio», sino de la creatividad de la vida de todos los días, de la experiencia cultural en sentido amplio. Se refiere a la capacidad de todo ser humano de ver y experimentar el mundo de un modo original, es decir, propio. Claro está, la creatividad no puede enseñarse. De lo que se trata, entonces, en una psicoterapia, es de generar las condiciones que hagan posible su despliegue, lo que inevitablemente llevará a desmontar configuraciones repetitivas y a construir nuevas experiencias.

«Es en el jugar —sostiene Winnicott— donde el niño y el adulto son capaces de ser creativos [...] y es sólo siendo creativos que el individuo descubre su *self*» (1971) (Véase Winnicott, 1971b). Es necesario que advirtamos aquí que cuando Winnicott habla de descubrir su *self*, y es así como nosotros lo leemos, no se trata de alcanzar una realidad primigenia absoluta fuera del espacio y del tiempo; tampoco se refiere a una captación cognitiva como tal. No es en el plano de los contenidos del *self* que este enunciado cobra su sentido para nosotros. Está más vinculado a lo que Winnicott describe como «sentirse real». J-B. Pontalis lo formula de una manera altamente evocadora:

Ser alguien vivo-viviente [*vivant*]: tarea ya efectuada, programada, para el organismo animal, pero siempre necesaria de inventar para el hombre; tarea contradictoria, si reflexionamos en ella, pero que asegura al individuo humano su tensión y su movilidad, que le da el poder de ser [...] y que hace del encuentro renovado con el otro el acontecimiento necesario. Pues lo que define la vida, tanto biológica como psicológicamente, es que ella se transmite (1975, p. 298). (Véase Pontalis, 1975)

Winnicott llega a afirmar en este texto que se podría efectuar «una psicoterapia de tipo profundo sin necesidad de un trabajo interpretativo». Aquí la radicalidad es máxima, tiene ese punto de desafío del que no está exenta su prosa y su vida. Pero instiga a la reflexión ya que nos lleva a cierta sensación de parálisis y abismo que aparece en todo psicoterapeuta psicoanalítico que se precie cuando la interpretación queda fuera como recurso de trabajo. La idea es pensar —lo que se viene haciendo— en un conjunto de intervenciones que no son propiamente interpretaciones y que están igualmente al servicio del proceso analítico-terapéutico y de sus metas. También Winnicott insiste, muy cerca de Freud en esto, que acompañar al paciente a que «descubra» la interpretación por sí mismo o a que se sorprenda pensando-sintiendo algo que no había pensado-sentido, es mejor que ser «profundo» o «inteligente» en nuestras interpretaciones. Por ello, si no interpretamos, ¿qué hacemos? Winnicott nos cuenta un material clínico de una paciente a la que veía una vez por semana tres horas cada vez. Por las condiciones del trabajo y las características de la paciente, fue llevado a abstenerse de interpretar durante largos ratos: «Mi recompensa [...] llega cuando [las interpretaciones] las hace el propio paciente, quizá una o dos horas después» (1971)²²⁴ (Véase Winnicott, 1971b). Lo que nos interesa de esta cita no es que el paciente le dé, por decirlo así, finalmente la razón a Winnicott —probablemente tampoco era éste su interés. Lo que nos importa es la llamada a que el terapeuta no se precipite en interpretar, y menos aún sentenciosamente, sino que juegue; que no aplaste la creatividad propia del paciente. Dice luego Winnicott: «[...] Ruego a todos los terapeutas que permitan que el paciente exhiba su capacidad de jugar, es decir, de mostrarse creativo en el trabajo analítico. Esa creatividad *puede ser robada* con suma facilidad por el terapeuta que sabe demasiado» (1971) (Véase Winnicott, 1971b). Desde esta advertencia y actitud winnicottiana se podrían leer todas las referencias que hace Winnicott al hecho de que interpreta para que el paciente conozca sus limitaciones y no piense que comprende todo, lo que deja un cierto margen de cosa no dicha que permite que el paciente participe de la experiencia creando o recreando aquello que le es ofrecido. Muchas veces Winnicott se refiere a este aplastar la creatividad del paciente cuando critica lo que denomina «interpretaciones inteligentes».

²²⁴ Winnicott jerarquiza lo que también pasa en las «consultas terapéuticas», es decir, que «el momento más significativo es aquel en el que *el niño se sorprende a sí mismo*. No es el momento de la interpretación inteligente el que es significativo» [la cursiva es nuestra] (1980). (Véase Winnicott, 1980)

Hay que considerar también para comprender esta última expresión, sin duda, el afán interpretativo del clima-contexto histórico en el que Winnicott estaba. La adjetivación de «inteligente» a la operación de interpretación puede remitir a: una interpretación muy fina pero fuera de *timig* (esto sería una crítica desde dentro, digamos, suave); una interpretación que está más orientada al público interno de colegas-analistas dentro del analista —lo que Racker (Véase Racker, 1966) llama contratransferencia indirecta—; o también, una interpretación que es inteligente en el sentido de la sutileza que muchas veces requiere torcer-forzar tanto la teoría para que el paciente encaje en ella; por último, una interpretación que está hecha sólo con la cabeza del analista, por decirlo así, en la que el analista no está emocionalmente presente —lo que Winnicott suele llamar un funcionamiento intelectual disociado.

Nuevamente, y matizando a Winnicott, debemos estar atentos a cómo pensamos la idea o el acto de interpretar: si lo consideramos como la transmisión casi infalible de cierta información sobre el funcionamiento psíquico del paciente, entonces queda poco espacio para rectificar, reconsiderar, escuchar al paciente (acordémonos aquí de Ferenzci cuando nos dice, en su *Diario clínico* (Véase Ferenzci, 1988), que el paciente puede funcionar como nuestro supervisor); en cambio, si lo tomamos como conjeturas (construcciones) en un sentido fuerte y nos creemos su carácter conjetural —ya que es algo que se suele más enunciar que realmente sostener— estamos más en la dimensión del jugar, del ir construyendo con el paciente lo que facilite su proceso terapéutico, la elaboración de un significado personal de la experiencia.

Para terminar, nos gustaría retomar algo planteado antes en relación a la reformulación winnicottiana del concepto de resistencia: «[...] La resistencia surge frente a la interpretación que es ofrecida fuera del área de superposición del *playing* del paciente y del analista». Cuando el paciente «carece de la capacidad para jugar, la interpretación es inútil o provoca confusión. Cuando hay juego mutuo, la interpretación, realizada según principios psicoanalíticos aceptados, puede llevar adelante la tarea terapéutica. *Ese juego tiene que ser espontáneo, no de acatamiento [complacencia] o quiescencia, si se desea avanzar en la psicoterapia*» [cursiva en el original] (1971). (Véase Winnicott, 1971b)

Como hemos dicho y volvemos a enfatizar: una interpretación que no ha tomado en cuenta en qué fase o estado de jugar se encuentra el paciente, o en la que el elemento no-yo de la interpretación tiene una magnitud tal que está fuera de la capacidad de jugar del paciente y altera

la dialéctica entre interno-externo, objeto subjetivo-objeto percibido — fracturando así el espacio potencial creado en la situación analítica— es la interpretación que está en el origen de ciertos tipos de rechazo por parte del paciente que han sido, erróneamente, incluidos dentro de la rúbrica de la resistencia. También podemos, como hace Winnicott, reformular esta última o sostener, como en su día hizo Lacan, que toda resistencia es, en última instancia, resistencia del analista, ya que no es más que una fuerza (la del paciente) que reacciona a otra fuerza (la del analista).

En la última frase del párrafo citado, subrayada por Winnicott, sostiene lo que puede parecer evidente: no se puede imponer un estado mental de jugar, no se puede forzar el *playing* por muy buenas intenciones que tenga el analista; tiene que ser espontáneo, surgir de adentro hacia fuera. Sólo podemos, y no es poco, generar las condiciones de dicho movimiento.

9

REFLEXIONES EN TORNO AL LIBRO RELATO DE MI ANÁLISIS CON WINNICOTT, DE MARGARET LITTLE

Por Augusto Abello Blanco

*[...] y he descubierto que vale la pena vivir, algo de lo que antes
no me había dado cuenta.*

Margaret Little

El relato que Margaret Little hace de su análisis con Winnicott tiene un valor singular.

Vamos a incluir —aunque sea de manera somera— el testimonio que ella nos ofrece, en el mismo libro, de los dos análisis anteriores al encuentro con Winnicott, convencidos de que reflejan de manera representativa las formas en las que se trabajaba analíticamente por entonces —y en Londres, especialmente— dentro del psicoanálisis.

Conocer parcialmente sus análisis anteriores nos servirá también —por contraste— para observar las diferencias que existían entre las formas clásicas vigentes y la que Winnicott podrá ofrecerle a Margaret Little a partir del año 1949. Este relato es el único que conocemos y refleja la forma de trabajar de Winnicott de manera directa. Conocemos, sí, «Sostén e interpretación», pero se trata de una exposición que el propio Winnicott hace de su trabajo, mientras que del que hablaremos a continuación es una descripción hecha por su paciente. Una diferencia significativa.

Se añaden otros elementos importantes que hacen de este libro un testimonio muy valioso; entre ellos destacamos:

1. Que Margaret Little era psicoanalista, lo que permite una mirada y una descripción en su relato que aumenta su riqueza.
2. El hecho de que hubiese tenido dos análisis previamente al de Winnicott y que aparezcan reseñados en su libro.
3. Que presentase una patología grave con especiales dificultades en el abordaje clínico que requería.

Veremos hasta qué punto el tratamiento con Winnicott le ofrece aspectos esenciales en su mejoría y cómo esos aspectos teórico-clínicos no estaban incluidos en la forma de entender la clínica en aquellos años. Veremos también que las diferencias entre la clínica estándar de la época y la que ofrece Winnicott es, en muchos momentos, radicalmente distinta.

Algunos datos biográficos sobre la autora

Margaret Isabel Little (1901-1994) nace en Bedford, Inglaterra, siendo la segunda de cinco hermanos.

Se formó como médica y más tarde como psicoanalista. Inicia sus estudios de medicina, completando su formación en el St. Mary's Hospital, hacia 1927. Desde 1928 a 1939, trabaja como médica general en el Edgware, West London.

De 1936 a 1939, pasa a ser asistente clínica en el Instituto Tavistock para la Psicoterapia, y empieza su práctica psicoterapéutica privada.

Adscrita al que se ha llamado el Grupo Independiente o Middle Group, alcanzó su madurez profesional, en medio de los intensos debates surgidos en el seno de la Sociedad Británica de Psicoanálisis entre los seguidores de Ana Freud y Melanie Klein.

Es reconocida como una de las primeras analistas británicas que se ocupó de la *contratransferencia* en varios artículos publicados entre 1951 y 1967, un tema que a la sazón había sido poco explorado y tratado; en la mayoría de los casos, se pensaba como un *ruido indeseable* producto de la falta de análisis del analista.

Amplía el tema de la contratransferencia con un concepto propio: *la respuesta total del analista*, idea que utiliza «para agrupar todo lo que un analista dice, hace, piensa, imagina o experimenta en el curso de un análisis en relación a su paciente», en su artículo «R. La respuesta total del analista a las necesidades de su paciente».

Publica numerosos trabajos en diversos medios de los que hacemos una lista pormenorizada al final de este capítulo.

Algunos datos sobre su familia ofrecidos por ella misma²²⁵

En su libro *Relato de mi análisis con Winnicott*, Margaret Little (Véase Little, 1995) nos describe la compleja relación familiar y especialmente el difícil carácter de su madre:

La infancia de mi madre en Australia fue terrible, su padre era alcohólico, una madre cariñosa pero que se metía en todo y era absolutamente impredecible. La madre tenía dos hermanos mayores, ambos la fastidiaban, la toqueteaban, la atormentaban.

Mi madre debía de ser valiente, divertida e inteligente, su padre también la toqueteaba, la fastidiaba y finalmente la repudió a ella y a su hijo ciego (hermano de la madre).

Ella opinaba que el sexo era un deber desagradable de la mujer hacia el marido, para ella parir era un espanto.

Temía que todos sus hijos saliesen mal.

Lo único predecible en ella es que era impredecible.

Los únicos juegos posibles tenía que decidirlos ella.

Mi madre me dijo que en su tercer embarazo sufría una angustia casi suicida. Ella podría considerarlo —al niño que traería al mundo— como parte de sí misma y que la sola idea de separación le provocaba angustia, dado que para ella eso implicaba la aniquilación.

Ella (su madre) me dijo que siempre que encontraba a un bebé con la boca abierta se la cerraba y le sacaba el pulgar de la boca si es que allí lo tenía.

²²⁵ Todas las citas de Margaret Little y las paráfrasis corresponden a su libro *Relato de mi análisis con Winnicott*, 1995 (Véase Little 1995)

Los orificios del cuerpo eran constantemente investigados, más tarde se daban enemas nocturnos y en la adolescencia había largas sesiones en las que se apretaban los puntos negros y los granitos del acné. Al igual que un chico, no podía quedarse quieta.

Mi madre alternaba sus interferencias con indeferencia y su atención excesiva con un dejar caer, ya que siempre estaba distraída. (Véase Little, 1995)

Hablando de la parte buena del vínculo con sus padres dice:

También existía una comunicación importante por medio de las canciones de mi madre, en especial cuando ella me bañaba; tenía una hermosa voz de soprano y le gustaba cantar. Esto sumado a su sentido del humor y su amor por la jardinería son vínculos positivos que mantengo con ella y junto con la estabilidad de mi padre fueron probablemente los factores que impidieron que me volviera totalmente loca.

Mi padre era matemático, abandonó sus proyectos de seguir una carrera universitaria, se hizo maestro de escuela.

Era una persona estable, cálida y sociable, pero todas sus actividades fuera de casa eran sistemáticamente destruidas por mi madre. Así se convirtió en un hombre de mal genio, irritable.

Era tímido con las mujeres; la única mujer a la que le habló en su vida fue a mi madre y no era demostrativo en absoluto con sus hijos. (Véase Little, 1995)

Margaret Little tenía una hermana mayor —Ruth—, con un «Superyó salvaje», y una hermana menor, Cecily, que murió enferma con veintiocho años. Dos hermanos gemelos, diez años menores que Margaret, nacen cuando la madre tiene cuarenta y dos años

Little era celíaca —intolerancia al gluten— y tenía una hernia de hiato congénita. Ambas dolencias fueron diagnosticadas cuando ella tenía dieciséis años. Cada vez que se quejaba por la molesta y dolorosa sintomatología producto de estas dolencias, su madre opinaba que eran «pavadas» (chorradas) o «fruto de su imaginación».

Mi tío ciego era casi la única persona con la que podía hablar. Era académico, culto, le gustaba la música y era muy independiente. Cuando se casó, perdí contacto con él, caí en una profunda depresión y enfermé físicamente. (Véase Little, 1995)

De ella misma dice:

Para mí, como para muchos otros, yo era aparentemente normal, asistí a la escuela, al colegio secundario, a la facultad de medicina, ejercí como médica y fui aceptada para formarme como analista. Durante mi análisis trabajé, excepto en vacaciones y en tres cortos periodos de depresión [...]. Me angustiaba la idea de tener que ocultarme y esto me inhibía en muchos aspectos, en especial en lo referente a las relaciones, ya que era muy insegura y no tenía sentido de mi propia identidad. (Véase Little, 1995)

Sobre su libro *Relato de mi análisis con Winnicott*: angustia psicótica y contención

Comentaremos brevemente la introducción del libro y los apartados que corresponden a los tres tratamientos de Margaret Little.

Con el fin de presentar el tratamiento con Winnicott hemos recogido material que se encuentra repartido a lo largo de todos los capítulos, incluidos los que siguen al específicamente dedicado a dicho análisis.

El libro cuenta con otros capítulos: «Winnicott, el maestro», «El valor de la regresión» o «Explorando las angustias psicóticas», (Véase Little, 1995) entre otros. Son artículos que consideramos de mucho interés —y complementarios a los relatos clínicos—, pero que no serán objeto de nuestros comentarios en este capítulo, salvo en lo relativo al trabajo clínico que Winnicott llevará a cabo con ella.

Introducción

Parece evidente que en los ámbitos psicoanalíticos rara vez hacemos mención al subtítulo del libro de Little, que es *Angustia psicótica y contención*. De hecho, la versión en español (Lugar Editorial) no lo incluye en la portada de su edición (aunque sí aparece en la primera página), mientras que en el original inglés sucede justamente lo contrario: se privilegia el subtítulo²²⁶.

²²⁶ El título en inglés es: *Psychotic Anxieties and Containment. A Personal Record an Analyse with Winnicott*. (Véase Little, 1995)

Pensamos que esto se debe a que el título *oficial* —seguimos hablando del título en español— constituye un buen resumen del material del libro y porque, además, atrae de inmediato la atención sobre un relato clínico concreto, que siempre suscita expectación, sobre todo si fue llevado a cabo por un analista de renombre. Pero en relación a los aportes teórico-clínicos que el libro presenta, es sin duda el subtítulo el que alude de forma más representativa a su contenido.

En la primera línea del libro, en la introducción de James Grotstein, analista de Estados Unidos, leemos algo a lo que nos adherimos sin dudar: «Estamos en deuda con la doctora Little»²²⁷. Y destaca la importancia del relato porque narra «la experiencia directa en un purgatorio interno [...] mientras muchos de nosotros no tuvimos que pasar por él o *no hemos encontrado quien nos guíase a través de él*» (cit Grotstein en Little, 1995)[la cursiva es nuestra]. Esta idea nos resulta muy interesante: parece indicar que serán los límites del marco teórico de todos nosotros los que señalen el camino que podemos ofrecer a nuestros pacientes. Serán las teorías —y las múltiples referencias²²⁸— dominantes en nosotros las que guíen y creen los caminos en los análisis que llevamos a cabo. Nunca sabremos qué materiales, qué zonas de nuestro psiquismo y de nuestra historia se hubiesen activado si, como pacientes, hubiésemos tenido otros analistas diferentes a los que tuvimos o si como estudiantes nos hubiésemos familiarizado con la obra de otros autores, etc. Como tampoco sabemos qué análisis hubiésemos ofrecido a nuestros pacientes en el caso de haber tenido nosotros mismos otros análisis. Sólo tenemos acceso a lo que sí pudimos hacer y desde ahí nos definimos —o nos acercamos a una cierta definición— de nosotros mismos en tanto analistas.

¿Hubiésemos conocido facetas de nuestro funcionamiento psíquico muy diferentes a las que conocimos en el caso de haber tenido otros analistas que hubiesen propuesto otros procesos terapéuticos? Creemos que sí.

²²⁷ Recordamos al lector que, si no decimos lo contrario, todas las citas corresponden al libro comentado, *Relato de mi análisis con Winnicott*, de Margaret Little, 1995. (Véase Little, 1995)

²²⁸ Cuando decimos «múltiples referencias» pensamos en un cúmulo de cuestiones no siempre accesibles a la conciencia. Destacamos el —o los— análisis que haya tenido el analista, sus lecturas, sus maestros, sus supervisores, sus autores de referencia y preferidos, su estilo personal, aspectos de su propia biografía. Elementos que forman parte de la versión más amplia de «la ecuación personal del analista». Para más información véase la nota 10 del capítulo 1 y la nota 3 del capítulo 7.

Por ejemplo: para el «doctor X», Little era una «neurótica leve», su marco teórico le impedía *ver* aquello que Winnicott pudo *ver* y trabajar.

Para Freeman Sharpe, las angustias de Little correspondían directamente con angustias de castración, definidas en su marco teórico con absoluta relevancia. Mientras que esas mismas angustias, para la propia Little, y marcando una rotunda diferencia con la concepción de su analista, «conciernen a la existencia, la supervivencia o la identidad». (Véase Little, 1995)

Si se nos permite evocar el dicho popular, diremos: «Si en tu caja de herramientas sólo llevas un martillo, corres el riesgo de que todo lo que veas te parezcan clavos».

La introducción al libro *Relato de mi análisis con Winnicott*, (Véase Little, 1995) que escribe Grotstein, aporta una mirada sobre los aspectos esenciales del psicoanálisis de aquel momento, así como un breve análisis de las líneas que sobresalen en el trabajo que Winnicott y Margaret Little llevan a cabo.

En un apartado titulado «El riesgo que implica contar mi propio análisis», ella reconoce aspectos de la obra de Winnicott y destaca el hecho de que él trabajase con muchos pacientes adultos desde la «técnica estándar» y desde los conceptos fundamentales del psicoanálisis vigente, a saber, «neurosis de transferencia, complejo de Edipo y desarrollo del Superyó». Creemos que Little, como a veces nos ocurre a nosotros, se siente llamada a aclarar —casi a justificar— la condición psicoanalítica del analista inglés, puesta en duda, de diferentes maneras, más de una vez.

La doctora Little, antes de comenzar el relato, considera, con una gran honestidad, su propio narcisismo y su exhibicionismo como factores que intervienen en este trabajo.

Nos cuenta que dudó mucho sobre si escribirlo o no por temor a fracasar y que decidió correr el riesgo para que no se perdiera algo valioso. Considera su trabajo con Winnicott como satisfactorio y expresa su profundo agradecimiento.

Tanto su actitud de asumir riesgos como el agradecimiento manifiesto nos evocan aspectos que compartía con el que fue su analista.

Su primer análisis

Lo realiza con el «doctor X» y va de 1936 a 1938.

Como dato, decir que Freud moriría en 1939 y que ella tiene treinta y cinco años en el inicio de este tratamiento.

Desconocemos —y nos genera cierta curiosidad— los motivos por los que Little decide dejar en el anonimato a este analista, al que presenta como «jungiano», mientras que todos los demás profesionales que aparecen en su relato lo hacen con nombre y apellido.

El desencadenante que la animó a consultar está relacionado con una amiga y compañera de piso cuando «sufre un derrumbe» y se descompensa. Little es testigo de todo ese desbarajuste psíquico, y cuando la compañera inicia un tratamiento, Little decide que ella también lo necesita.

Aparece algo al inicio de su primer tratamiento —«un miedo que amenaza a la propia existencia, que paraliza, que hace enmudecer»— que se repetirá a lo largo de los años y de los analistas venideros. Nos lo explica ella misma de la siguiente forma: «Las primeras tres semanas de diván el miedo me paralizó de modo tal que no podía hablar ni moverme, el doctor X me consideró siempre una neurótica leve» (Véase Little, 1995). No puede dejar de llamarnos la atención las dos citas anteriores; considerar —y en consecuencia, tratar— como neurótica leve a una paciente a la que le ocurre lo que a ella le ocurrió se aleja de lo que muchos analistas pensaríamos hoy siuviésemos un inicio de tratamiento con esas características.

Comenta que él «eventualmente me masajeaba el vientre». ¿Será por esta técnica —tan alejada de los cánones— que Little prefiere dejarlo en el anonimato? Sin embargo, la anima a que empiece su formación como psicoterapeuta.

En un pasaje, Little comenta que el doctor X un día le dijo: «[...] Siempre estás disculpándote por tu existencia, como si creyeras que no tienes derecho a ella». Y en otra ocasión: «Por favor, ¡sé tú misma!». A lo que ella contestó: «Es que no sé cómo hacerlo, ¡no sé cómo ser yo misma!». (Véase Little, 1995)

Creemos que en estos pasajes queda claro que el analista pudo registrar algunas de las cuestiones centrales en el padecimiento de su paciente, otra cuestión es qué pudo hacer con ello y hasta qué punto el abordaje clínico que llevó a cabo era útil y adecuado para su paciente. En nuestra opinión, existe una distancia importante entre el diagnóstico realizado y el andamiaje clínico para hacer algo con ello. Esta encrucijada, que se presenta como una seria dificultad para todo tratamiento, representa algo fundamental, ya que permite dimensionar el valor que implican algunos de los aportes de Winnicott y que veremos desplegados en el trabajo que llevará a cabo con Little.

Entre las curiosidades de este tratamiento, algo *sui generis*, sabemos que el doctor X tuvo una entrevista con la madre de Little y que luego le dijo a su paciente refiriéndose a su madre «que no podía soportarla», pero «no dijo el porqué».

Poco a poco fue terminando este análisis.

El doctor X le presenta a la que será su siguiente analista.

Su segundo análisis

Será con la doctora Ella Freeman Sharpe y va de 1940 hasta 1947. El motivo de consulta nos permite recordar que ya trabajaba como analista y que decide acudir a la doctora Freeman porque «me estaba involucrando emocionalmente con un paciente».

Agrega información sobre cuestiones de fondo, menos dependientes de lo que ocurría en ese momento de su vida: «Estaba profundamente perturbada; para mí un psicoanálisis representaba la aniquilación total, al respecto tenía miedo y deseo» (Véase Little, 1995). Es reseñable que el miedo vuelva a aparecer y que el análisis representase para ella una amenaza de aniquilación. Podemos pensar que una de las paradojas winnicottianas, la que da cuenta del deseo de ser encontrados por el otro sin ser del todo descubiertos, arroja luz sobre esta amenaza de aniquilación temida por Margaret Little:

Winnicott, en ese sentido, plantea que el análisis puede presentarse como excesivamente amenazante si no se tiene el respeto necesario para procurar no invadir el centro del *self* del paciente, aquello que no se comparte, que permanece atesorado como algo exclusivamente personal. Antes de que ese

núcleo sea alcanzado por otro, Winnicott cree —dicho en sus palabras y con el tono humorístico del que solía hacer gala— que preferimos «ser comidos por los caníbales», ya que no existiría sufrimiento mayor (1963a). (Véase Winnicott, 1965c, 1991c)

La otra hipótesis que merece la pena ser barajada es la intuición que Little podría tener respecto al desajuste que la técnica clásica de la época tendría con la patología que ella presentaba, que resumidamente podemos ver en la inquietante pregunta: «Si me veo llevada a una regresión severa, ¿qué me ofrecerá el abordaje del analista?» (Véase Little, 1995). Apuntamos, claro está, a la idea de cómo se trataba entonces, en la teoría y en la clínica, el tema de la regresión y las diferencias que Winnicott introduce con su concepto de «regresión a la dependencia» (Véase Little, 1995 y 1958b), un eje que jugará un papel central en el tratamiento de Margaret Little con Winnicott. En otro capítulo de su libro se puede recorrer de manera más exhaustiva el concepto de regresión a la dependencia, un aporte muy valioso del analista inglés.

Al comenzar el tratamiento con Ella Sharpe Little nos cuenta que «el miedo se volvió intolerable». (Véase Little, 1995)

En la primera sesión ella permanece «tiesa en el diván, sin hablar ni moverme. Grité: ¡esto no puede ser cierto! [...] Al final de la hora ella me dijo: ven siéntate y hablemos, interpretó mi miedo como *angustia de castración*». Nos llama la atención algo que en la época ocurría con cierta frecuencia: una distinción entre el trabajo en la sesión y lo que en ocasiones venía después, una charla que no se contemplaba como parte del proceso terapéutico y que podía incluir compartir un café o un té, una situación en la que la analista se mostraba «amable y cálida» y en la que Little se sentía «como si fuese una visita en su casa». En alguna ocasión tomará el té con Winnicott después de alguna sesión. También queda reflejado en la cita anterior la rapidez y la certeza con la que la analista certifica que su angustia estaba ligada a las fantasías de castración. Volvemos a pensar que siendo ésa la teoría dominante —o la única— para entender la angustia no podía pensarse de otra forma; otra vez el hecho de tener disponible únicamente un martillo como herramienta de trabajo determina que veamos sólo clavos.

Como contrapunto de la observación de Freeman Sharpe, veamos cómo percibía la propia paciente su intenso miedo, cómo lo describe:

Yo tenía miedo, ese terror que sólo los niños pueden experimentar, miedo a la destrucción total, al desmembramiento de mi cuerpo, a volverme irremediablemente loca, a ser borrada, abandonada y olvidada por todo el mundo como alguien que nunca hubiera existido [...] La angustia impensable es como experimentar una aniquilación, como una destrucción total (como la pinchadura de un globo), como una caída interminable, como una falta de medios para comunicarse de modo que quedas totalmente aislado, como permanecer desconectado del propio cuerpo, o como estar perdido en el espacio. (Véase Little, 1995)

Es elocuente cómo Little intenta ponerle palabras a aquello que Winnicott nombró como «angustia impensable»; es muy rico para nosotros poder establecer distinciones significativas entre diferentes tipos de angustias y de miedos²²⁹. Es importante como cuestión clínica y ayuda a situar en un plano teórico la diversa etiología de unas y otras, una tarea que, como venimos viendo, Winnicott lleva a cabo a lo largo de toda su obra.

El clima del trabajo analítico con la doctora Sharpe era, en palabras de Little, «el de una lucha constante entre las dos; ella insistía en interpretar lo que yo decía como conflictos intrapsíquicos relacionados con la sexualidad infantil y yo trataba de darle a entender que mis verdaderos problemas tenían que ver con mi existencia y con mi identidad: ¡no sabía qué significaba ser yo misma!, la sexualidad era conocida pero era, para mí, irrelevante». (Véase Little, 1995)

Otra vez —y de manera dramática— observamos las dificultades que resultaban de la aplicación dogmática de una teoría, la de la analista, y la incapacidad de ésta para repensar aquello que la paciente denunciaba insistentemente.

Para ninguno de nosotros es fácil —y quizás ni siquiera posible— pensar por fuera de nuestros marcos teóricos, excepto que estemos dispuestos a aprender de nuestros pacientes y no sólo de nuestros maestros. En este sentido, la dedicatoria que Winnicott coloca en *Realidad y juego* (Véase Winnicott, 1971b) cobra un sentido fundamental. En esas palabras descubrimos una vía privilegiada de aprendizaje y la posibilidad tan rica de no quedar atrapados en nuestro marco referencial. Nos

²²⁹ En el capítulo dedicado al desarrollo emocional temprano hemos incluido un apartado «De qué tipo de pacientes hablamos (primordialmente)», en el que nos referimos con más detalle a este tema.

referimos a la dedicatoria que reza: «A mis pacientes, que pagaron por enseñarme». Con esta frase, en nuestra opinión de gran calado, Winnicott resume su posición en términos relacionales, revisando de manera radical tanto el lugar del paciente en el proceso como el del analista, y proponiendo otra forma de guiar el tratamiento hablando claramente de una concepción novedosa y original en cuanto a la forma de relacionarse paciente y terapeuta de cara al trabajo analítico. Destaca, como es evidente, la necesaria obligación del analista de estar en *formación* permanentemente, de tomar de cada paciente aquellas cosas que éste puede ofrecerle, reconociéndolo así un polo activo en la co-construcción del proceso analítico, de respetar esa paradoja. Y, por último, decir que esa idea subvierte la relación clásica que apunta —y ha apuntado, en muchos ámbitos de nuestra disciplina— a que el conocimiento sólo se encuentra en uno de los lados de la dupla, la del analista, con el consiguiente juego de poder que de esa posición se puede desprender.

La propia Margaret Little destaca que, además de no sentir que la línea escogida por su analista (¿sería realmente *escogida* por ella o más bien ella sentía la imposición del dogma vigente?) recogiese el padecimiento más agudo de ella, otra cosa estaba ocurriendo. Little lo explica así:

Esta situación con ella me retrotraía exactamente al mismo estado de confusión y ambivalencia que había experimentado con mi madre, de modo tal que en mis áreas psicóticas, la señora Sharpe se volvió *idéntica* a mi madre. Si mi madre no pudo ofrecerme un ambiente donde fuera seguro ser, yo sentía que el objetivo de la señora Sharpe era ofrecerme uno en el que fuera seguro ser [...] si se era: sexual u hostil. (Véase Little, 1995)

Esto último lo entendemos haciendo referencia a los ejes teóricos que dominaban el trabajo de la analista. Se estaba generando una escena con características de repetición para la paciente y con valor de retraumatización, de tal manera que la paciente nos dice que sintió «que yo era la loca, no mi madre, ella era la que sabía, como mi madre había sabido siempre, y no yo [...]». Mientras que mi reconocimiento de mí misma y de la psicosis de mi madre eran descartadas, como si fuesen fantasías». (Véase Little, 1995)

Otro momento dramático ocurre sobre el final del análisis y en él vuelve a aparecer un tema central en nuestro trabajo: ¿qué lugar le otorgamos en nuestro trabajo clínico a la realidad? ¿cómo pensamos el interjuego dinámico entre realidad y fantasía? ¿o cómo hacemos para no

negar la realidad existente sin caer en una ingenua mirada que proponga que la realidad es eso concreto que existe *per se*²³⁰?

Veamos mejor, a través del testimonio de Little, a qué nos referimos: «La realidad debía dejarse a un lado, incluso las observaciones respecto de su edad (la de la analista) o a su salud y en especial lo referente a su enfermedad cardíaca».

La analista tenía signos visibles y evidentes —«cianosis y anquilosamiento de los dedos»— de padecer una enfermedad cardíaca. Recordemos que Margaret Little era médica y por lo tanto sus percepciones gozaban de un valor añadido. En relación con la enfermedad de la analista, de la que no se podía hablar en tanto era un tema de «la realidad», en cada sesión tenía lugar una escena muy particular. Relata Little:

A pesar de ser más joven y gozar de buena salud, no se me permitía ayudar y debía permanecer de pie, inútil, mientras ella, que corría el riesgo de sufrir algún problema cardíaco, todas las sesiones empujaba un pesado diván de un lado a otro de la habitación. (Véase Little, 1995)

Conviene decir que esta escena tenía un significado muy singular en Margarte Little, ya que venía a repetir uno de los aspectos traumáticos que había vivido con su madre. Ella misma evoca, al relatar esta escena con su analista, algo que la madre solía decirle: «Eres débil, siempre siguiendo la ley del mínimo esfuerzo. ¿De qué servirías en una expedición al Ártico?».

Es de lamentar la posibilidad que se perdió en cada una de esas escenas. Si las cosas se hubiesen dado de otra manera —y la analista hubiese podido aceptar la ayuda que su paciente le ofrecía, por ejemplo—, es fácil suponer que para la paciente hubiese tenido el enorme valor de todas las escenas que se incluyen en el concepto de *experiencia emocional*

²³⁰ No se nos escapa el hecho de que el tema que tocamos aquí es de una envergadura extraordinaria ni que estas preguntas son sólo un elemento que pretende situar una pequeña parte del asunto, pero aun así las creemos útiles para transmitir la idea que deseamos compartir.

*correctiva*²³¹, que nace con Alexander y French (Véase Alexander y French, 1956) con su consecuente factor de cambio en relación con esta antigua atribución de inutilidad que pesaba sobre Little. Y para la analista hubiese representado un alivio para su cansado corazón, algo que seguramente le hubiese venido muy bien, sobre todo a la luz de lo que ocurrirá más tarde. Más adelante comenta:

A lo largo de todas mis terapias el caos siempre me acechaba, el doctor X solía contestar el teléfono durante las sesiones, el problema cardíaco de la señora Sharpe implicaba una amenaza constante y, de hecho, cuando ella murió, sobrevino el caos absoluto. (Véase Little, 1995)

En abril de 1947 acuerdan terminar el análisis después del verano. Pero en mayo la analista falleció repentinamente. Podemos pensar, y lo repentino del deceso así lo sugiere, que la doctora Sharpe muere por la patología cardíaca que la aquejaba. Parece que Little llevaba razón en la percepción relativa a la fragilidad de la salud de su analista, evidente y lamentablemente no tuvo la posibilidad de discutirlo con ella.

Suponemos que Little se queda en una situación muy precaria, psicológicamente hablando, a partir del precipitado final de su analista. No sólo por lo más evidente, sino porque, en sus propias palabras, «aquí se repitió el trauma de la muerte de mi padre, que nunca había elaborado, ya que en ese momento había negado la realidad; y esto había repetido un trauma aún anterior: la pérdida de una tía muy querida». (Véase Little, 1995)

Queremos destacar el deseo de Little para obtener mejoría en su padecer; a pesar de los sinsabores que va cosechando en sus tratamientos no deja de buscar, de intentarlo.

²³¹ Véase Franz Alexander y Thomas M. French, *Terapéutica psicoanalítica*, 1956, (Véase Alexander y French, 1956) p. 73, donde se estudian los efectos terapéuticos de la experiencia emocional vivida durante el tratamiento entre el paciente y el analista. Experiencias que, muchas veces de forma no planificada, tienen un extraordinario valor para el paciente susceptible de generar cambios psíquicos de gran calado. Alexander expone en su libro, como ejemplo, una experiencia emocional correctiva que Víctor Hugo describe en *Los miserables*. La conversión de Jean Valjean se adelantó al principio fundamental de la psicoterapia que es «buscar un cambio profundo en la personalidad». Jean Valjean era un ex convicto en el cual se produjo «un cambio dramático debido a la abrumadora e inesperada bondad del obispo», a quien le estaba tratando de robar, y que reaccionó con bondad, perdonándolo y evitando así que Valjean sea nuevamente encarcelado.

Al finalizar repentinamente su tratamiento con la doctora Sharpe, va a ver a la doctora Paine, y en su diván llora y descarga su ira durante una hora. Se produce el siguiente dialogo, revelador y estimulante para abrir la reflexión sobre los efectos de su análisis anterior, del grado de desencuentro que Little había percibido —y sostenido!— entre ella y la doctora Sharpe. Paine le dice: «¡Pero está usted muy enferma!». Y la paciente contesta: «Le respondí que eso justamente es lo que traté de explicarle a la doctora Sharpe durante seis años [...]. Sintuéndome más “no-persona” que nunca y aún sin saber lo que significaba ser “yo-misma”, una vez más me encontraba totalmente expuesta a mi angustia psicótica, con una ira, una culpa, una impotencia y una desesperación abrumadoras». (Véase Little 1995)

La doctora Payne la deriva a Marion Milner, (Véase Milner, 1978 Y Little, 1995) quien «me ayudó en líneas analíticas generales y me contuvo con generosidad durante un año, pero como habíamos sido estudiantes en la misma época la cosa no era cómoda». Hemos de señalar algo curioso y enigmático: de este proceso no se da cuenta en el libro, a pesar de que duró un año. Cantidad de tiempo significativa como para relatar —aunque sea de forma breve— sus elementos principales. Creemos que esta omisión podría deberse a ciertos prejuicios vigentes en la época, por ejemplo el que llevaría a no considerar este tratamiento como tal en función de su *breve* duración.

Estamos en 1949 y Margaret Little tiene cuarenta y ocho años.

Es entonces cuando tienen lugar algunos cambios significativos en su vida: se muda, separa la casa de su consulta, su ama de llaves y amiga deja de vivir con ella y comienza a vivir sola por vez primera. También por primera vez «me embarqué en una relación sexual con un hombre, algo que hasta ese momento me había resultado imposible».

Estos serían los antecedentes más cercanos al inicio del análisis con Donald Winnicott.

Psicoterapia con Donald W. Winnicott. 1949-1955, 1957

El primer encuentro entre ambos tuvo lugar en la Sociedad Psicoanalítica Británica. Se trata de una de las escenas que ha quedado como una anécdota fresca y representativa del estilo de Winnicott

(motivo por el cual ya la hemos incluido también en el capítulo dedicado a su biografía). La propia Little relata que, en una reunión el 3 de marzo de 1943, empezó a sonar una sirena avisando de un ataque aéreo, «las bombas caían continuamente y la gente se agachaba buscando refugio con cada estruendo», los analistas allí presentes seguían con la discusión, justamente, de un artículo de Freud en relación con las neurosis de guerra²³², Winnicott se levantó, tomó la palabra y solamente dijo: «Me gustaría señalar que están bombardeando» (Véase Little, 1995) y volvió a tomar asiento. Nadie le prestó atención y la reunión siguió como si nada.

El tratamiento con Winnicott empieza «trece años después de la primera vez que pedí ayuda» (Véase Little, 1995). Tiene lugar una primera entrevista muy corta, de apenas quince minutos.

Nada más iniciar el análisis se produce un conato de desertión por parte de ella, y poniendo como pretexto la relación amorosa recientemente iniciada, anuncia que no continuará. Winnicott acepta y —facilitando las cosas— le dice que le guardará un horario para que pudiese retomar las sesiones más adelante si lo deseaba. La relación amorosa terminó siendo «un *affaire* muy complicado». Regresa al tratamiento, en el que, efectivamente, *Winnicott la está esperando*.

En la primera sesión se repite la situación de terror: «Me oculté bajo la manta sin poder hablar ni moverme». Winnicott permanece en silencio toda la hora. Al final dijo: «En realidad no lo sé, pero me parece que por alguna razón me está evitando». (Véase Little, 1995).

«Me alivió escuchar que él podía decir que “no sabía”». Para tratar de entender por qué le alivia escuchar a su analista decir «no sé», recordemos que ella viene de un análisis anterior que estaba plagado de certezas, un vínculo en el que había un saber consolidado en la mente de su analista y que no había negociación posible entre ese saber y el de la paciente. La doctora Sharpe creía saber qué le ocurría a su paciente, y en plena coincidencia con las teorías vigentes, interpretaba. Así, como hemos visto, toda angustia lo era de castración y los ejes que organizaban las relaciones de Little con el mundo eran los de la sexualidad y la agresividad.

Recordemos también que la madre de Little compartía con la doctora Sharpe una forma de entender las relaciones, una forma de

²³² Probablemente se tratase de «Introducción al simposio sobre las neurosis de guerra», de 1919.

imponer asimetrías y de adjudicarse razones con las consiguientes consecuencias para el interlocutor.

En una de las primeras sesiones se produce una escena muy peculiar. Y decimos *peculiar* por las acciones que ambos protagonistas van a representar: la paciente tuvo un ataque de ira, rompió un florero con lilas blancas y lo pisoteó. Antes pensó en tirar todos los libros por la ventana, luego en tirarse ella misma por esa misma ventana, pero se imaginó que el analista iba a impedirlo. Roto el florero, Winnicott se fue de la habitación y volvió al final de la hora. «Días después me dijo que había roto algo valioso para él». Es en este momento cuando se produce el intento de desertión antes mencionado. Little relata este pasaje posterior al episodio del florero de la siguiente forma:

Al principio lo evité (ocultándome bajo la manta) y sin decir nada, unos días más tarde huí del análisis para sumergirme en un *affaire* sexual para el que aún no estaba preparada. Creo que esto fue un intento inconsciente por evitar la desesperación que traté de hacerle reconocer destruyendo un florero en su cuarto. Winnicott aún no estaba preparado para enfrentar este *acting-out* destructivo y me dejó sola con el caos que había provocado; por lo tanto el sentimiento de futilidad y desamparo no desapareció. (Véase Little, 1995)

Como sabemos, ella regresa al tratamiento. «Semanas después, en una sesión, tuve espasmos recurrentes, me aferré a sus manos con firmeza hasta que cesaron».

Durante la primera mitad de la sesiones Little siente que «no pasaba nada [...], no podía hablar hasta que no me sintiese en una condición de confiabilidad, sin intrusiones como pueden ser las preguntas acerca de lo que pensaba. Esto contrastaba con el ambiente perturbador de mi infancia y el estado angustiante de mi madre; a partir de entonces las sesiones fueron más largas, de hora y media, por los mismos honorarios, así hasta el final del análisis».(Véase Little, 1995)

Es interesante observar que la propia paciente al escribir el relato sostiene que durante una temporada «no pasaba nada» en la primera mitad de sus sesiones. Hoy podemos pensar que pasaban muchas cosas. Nos imaginamos que ella se refería al silencio que reinaba en ese lapso de tiempo cuando nos dice que «no pasaba nada». Hoy nos resulta evidente que ese momento aparentemente pasivo tiene el valor de una posición en la que *activamente* se estaba generando un clima de libertad y sobre todo

de no intrusión en el mundo interno de la paciente, situación que, a la luz del clima vivido por ella en su infancia, cobra un extraordinario valor inaugural. Incluso las preguntas que solemos hacer para facilitar la expresión del material del paciente —«en qué se quedó pensando», por ejemplo— no se hacían, y eso es algo que ella agradece especialmente.

Otro elemento importante aparece en este pasaje del texto, Winnicott amplía el horario de las sesiones, pasan a ser de hora y media. Nos encontramos con un ejemplo paradigmático de algo que Winnicott aporta desde su marco teórico: las modificaciones en el encuadre como un elemento fundamental del proceso analítico, especialmente en pacientes graves.

En la bibliografía del analista inglés aparece el término «control»²³³ para referirse a lo que nosotros pensamos con los conceptos de «manejo», «conducción» o «gestión del tratamiento». Y por *gestión del tratamiento* entendemos, con Winnicott, todo aquello que podemos hacer durante el trabajo psicoterapéutico, además de la labor interpretativa. Cuestiones que tendrán fuertes repercusiones en la relación entre el analista y el paciente, y que serán variables significativas en el proceso. El encuadre y la relación entre analista y paciente pueden asumir un papel mucho más importante de lo que hasta ese momento se venía pensando; ahora serán entendidos y usados como factores de cambio de máxima relevancia. En el caso que nos ocupa vemos, por ejemplo, a un analista desplegando y creando intervenciones de muy diversa naturaleza. En este contexto modifica la duración de las sesiones, coge las manos de su paciente en algunas circunstancias, la atiende en su domicilio, negocia con ella las condiciones de un ingreso en una institución psiquiátrica, etc.

Winnicott nos dirá en relación a pacientes graves: «[...] El énfasis recae en la dirección o control [del tratamiento] y a veces, durante largos periodos, hay que postergar la labor analítica corriente en beneficio del control» [los corchetes son nuestros] (1954) (Véase Winnicott, 1958b). Hoy podemos discrepar parcialmente con esta forma de plantear el tema y decir que «la labor analítica» seguía su curso mientras se enfatizaba el «control». Además, tal dicotomía entre *labor analítica* y *cuestiones ligadas al control* (encuadre) es un artificio; la labor analítica no cesa cuando la variable «gestión del tratamiento» gana presencia, sólo cambia el eje que adquiere protagonismo en el proceso terapéutico en función de cuál de las dos variables alcance relevancia en cada momento de la psicoterapia.

²³³ En inglés, *management*.

El texto del que hemos extraído la cita es, como se puede entender claramente por las resonancias con esta paciente, uno de los trabajos más importantes de Winnicott y está dedicado al concepto de *regresión a la dependencia*; hablamos de «Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico» (Véase Winnicott, 1958b). El caso clínico que nos ocupa es idóneo para comprender el valor teórico y las consecuencias clínicas de ese concepto winnicottiano.

Y es en la gestión de los tratamientos en los que aparecen características como las que vemos en el caso que estamos revisando donde mejor podemos entender y valorar las enormes diferencias entre el uso de la regresión que se venía haciendo a la luz de la lectura de Freud y el *manejo* que Winnicott propone de esos mismos materiales y situaciones.

Podemos pensar, por ejemplo, que la diferencia planteada a la hora de entender la regresión —y su abordaje clínico— constituye uno de los elementos fundamentales que separa el tratamiento que tuvo Little con la doctora Sharpe del abordaje que Winnicott le propone.

Por el valor que le adjudicamos, hemos dedicado un capítulo de este libro al tema de *regresión a la dependencia* (véase apartado 2 del capítulo 8).

En relación con otro concepto central en la obra de Winnicott —el concepto de *sostén*— y que está estrechamente vinculado al de *regresión a la dependencia*, Little describe una escena que no deja de llamar nuestra atención:

Winnicott usaba la palabra sostén no sólo como metáfora, sino también literal. Durante horas podía sostener mis manos entre las suyas, mientras estaba recostada, tapada bajo la manta, en silencio, inerte, presa del pánico, la ira o el llanto, dormida y a veces hasta soñando; a veces él se adormecía, se dormía y se despertaba de un salto. (Véase Little, 1995)

Recordemos la idea fundamental de Winnicott que indica que la patología grave es el resultado de la detención del desarrollo y la *congelación* de ese desarrollo a la espera de una *segunda oportunidad* para continuar lo que había quedado detenido. Recordemos también que si el ambiente no puede ofrecer aquello que es necesario, el despliegue del verdadero *self* no tendrá lugar. Lo que aparecerá en su lugar será una falsa existencia que, adaptada a las condiciones ambientales, sobreviva hasta

dar con condiciones idóneas para una existencia más *verdadera* y menos *reactiva*. (Véase Ávila, 2008, Winnicott, 1999h, 1965d)

Señalemos algo tan evidente como importante: el tratamiento psicoanalítico reúne condiciones inmejorables para ofrecer esas condiciones que pudieron estar ausentes, a saber: estabilidad, seguridad psicológica, genuino interés, ausencia de retaliación, confiabilidad del analista, suspensión del juicio de valor, aproximación empática, suficiente análisis personal del analista, formación tan rigurosa como sea posible y el deseo de mejoría y desarrollo para su paciente por parte del analista. Y cuando decimos «tratamiento psicoanalítico» a secas, sin especificar el marco teórico que regule ese tratamiento, es porque estamos convencidos de que (casi) todos los encuentros analíticos ofrecen ese «equipamiento mínimo». Así lo plantea Winnicott en el artículo de 1954 ya comentado —«Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico» (Véase Winnicott, 1958b)— cuando revisa el marco de Freud aislando doce ítems que forman parte estable del encuadre freudiano y que permiten ver con claridad cómo el encuadre más clásico llevaba en su seno muchas de las condiciones que tendrían efectos beneficiosos para el paciente más allá de los logrados con la herramienta de la interpretación. Progresos en el proceso terapéutico que se conseguían en mayor medida por el *marco o encuadre* — por la *gestión del tratamiento*— que por el intercambio verbal que dentro de él podía producirse.

Bien es cierto que en tanto Freud no disponía de una teoría que permitiese una comprensión de esa serie de fenómenos, los efectos de esas variables quedaron mudos, no fueron pensados ni explicitados en su función de factor de cambio y con el valor de progreso con los que en muchas ocasiones se presentan hoy a nuestros ojos clínicos.

Mientras tanto —con frecuencia y en el caso de Margaret Little particularmente—, Winnicott ofrecía «muy pocas interpretaciones», y cuando lo hacía, era de manera que no dejaba dudas respecto a un punto fundamental: «Él no era infalible». Para ello utilizaba una «forma tentativa, con suposiciones» que dejaba claro cuál era el estatuto epistemológico que él le otorgaba a sus aportes, creando de esta forma una peculiar forma de relación con el paciente. Las formas más habituales a las que nos referimos eran: «Creo que quizás...», «me pregunto si...» o «parece como si...». Este estilo en las intervenciones es del todo coherente con la idea que aparece en el mismo artículo de Winnicott antes citado: «[...] Todos los rasgos importantes de este

proceso emanan del paciente y no de nosotros en tanto analistas» (1954). (Véase Winnicott, 1958b)

Veamos, en palabras de Little, otro elemento que forma parte de lo que antes llamamos *gestión del proceso terapéutico*:

En una ocasión [Winnicott] cogió las llaves de mi auto porque cabía la posibilidad de que saliese de la sesión enfurecida y conduciendo; luego de la sesión hizo que me recostase en una habitación contigua; él enfatizaba la importancia del hecho de «regresar» desde la profunda regresión [a la dependencia] a la vida cotidiana [los corchetes son nuestros]. (Véase Little, 1995)

Observamos a un analista activo. Cuando hablamos de *activo* no lo decimos pensando en alguien que debe estar haciendo cosas permanentemente o que apela a la actuación —con o sin carga peyorativa— sistemáticamente. Queremos acentuar que la *actividad* es la posición que resulta de evitar la pasividad obligatoria a la que muchos marcos teóricos nos someten toda vez que postulan —de forma predeterminada— la posición para el terapeuta. Con la palabra *activo* calificamos a un analista que goza de la posibilidad de pensar en cada momento del tratamiento y con cada paciente cuál será la posición que más favorezca el proceso en marcha, un analista que no permanezca encajonado de antemano —*pasivamente*— en una posición que viene descrita en el marco teórico de referencia y que no atienda a las vicisitudes, siempre singulares, de los procesos. Así pensamos la *actividad en el terapeuta*. Hemos visto que durante mucho tiempo del tratamiento, y durante buena parte de cada sesión, Winnicott permanecía en silencio, pero también cogía las llaves del coche de Little o agarraba sus manos, que hablaba y callaba, que interpretaba y que gestionaba cuestiones fundamentales del encuadre. Vemos muchos Winnicott en el mismo tratamiento o un analista con múltiples recursos; en esa *caja de herramientas* había más cosas que un martillo.

Little cree que Winnicott, sin caer en sentimentalismos, era capaz de *sentir* acerca de un paciente, con su paciente y para su paciente, y nos ofrece una viñeta para explicarse mejor: «En una sesión, al contarle la pérdida de una amiga en mi niñez, Winnicott empezó a lagrimear por mí, y yo pude llorar por aquella pérdida como nunca lo había hecho» (Véase Little, 1995). Vemos de manera clara que ese *sentir con* que protagoniza Winnicott tiene efectos importantes en la paciente. Sabemos también que —a diferencia de lo que planteaba Alexander con el concepto de

experiencia emocional correctiva— no será posible planificar momentos como éste, que ese lagrimear de Winnicott no fue una intervención premeditada que buscaba un objetivo concreto, sino que la escena *se arma* de forma espontánea y a través de un *gesto espontáneo*, cuando él decide no silenciar su sentir y la paciente puede —a partir del registro de esa escena— sentir y expresar lo que no había podido hasta entonces.

Nos surgen algunas preguntas: ¿cuántas veces había vivido Little la experiencia de que alguien significativo pudiese *sentir con ella* cuestiones afectivas importantes? O esta escena, ¿es inaugural en este sentido y en ese sentir? Y una última: ¿qué valor de cambio habrá tenido el hecho de que ella se encontrase con alguien que le ofreciese esa *segunda oportunidad* para sentir una pena *congelada* tantos años?

En relación a cuestiones diagnósticas y estratégicas con las que este proceso puede pensarse, leemos:

Winnicott supo desde el principio que la angustia que predominaba en mí concernía a la supervivencia y a la identidad, al mismo tiempo que, en otras áreas, había alcanzado un nivel de madurez razonable. Sobre esto basó su diagnóstico y su decisión de llevar adelante mi análisis. [...] Para mí, Winnicott no representaba a mi madre. En mi delirio transferencial, él *era* mi madre. (Véase Little, 1995)

Creemos que esta observación está directamente vinculada con algunas ideas de la teoría de Winnicott a las que, seguramente, Margaret Little tuvo acceso antes de escribir su testimonio. En 1954, y en relación con los pacientes que se encuentran inmersos en procesos de regresión a las etapas de fuerte dependencia, Winnicott había escrito:

En la medida en que el paciente esté en regresión (sea momentáneamente, durante una hora o durante un largo periodo de tiempo), el diván *es* el analista, los cojines *son* los pechos, el analista *es* la madre de un determinado momento del pasado. En el extremo ya no resulta acertado decir que el diván representa al analista (1954). (Véase Winnicott, 1958b)

Y en relación con otro tema capital para entender mejor ciertos aspectos de este caso —y todos aquellos que cursan con cuestiones similares—, Winnicott escribe: «Con el paciente en estado de regresión la

palabra “deseo” es incorrecta; en su lugar utilizamos la palabra *necesidad* [cursiva en el original] (1954). (Véase Winnicott, 1958b)

Otra escena que merece la pena observar es la siguiente: «Me preguntó en una ocasión: “¿Por qué siempre llora en silencio?”. Contesté con dos recuerdos. El segundo es éste: “A menudo me decían, ¡alégrate cariño, pronto estarás muerta!”. Esto enfureció a Winnicott: “Odio a tu madre”, exclamó». De nuevo aparece la expresión espontánea por parte del analista. (Véase Little, 1995)

Sabemos que a Winnicott le interesó desde el inicio de su obra el tema del odio y de la agresión. Postulaba la necesidad de poder darle un lugar en la vida psíquica y en la vida relacional a tales afectos. En su artículo «El odio en la contratransferencia» (Véase Winnicott, 1999b) trata el tema del odio que los analistas podemos sentir en nuestro trabajo y lo hace de manera franca y original. Plantea una idea de enorme valor; a saber: si no soy capaz de expresar el odio (al paciente, por ejemplo), nunca me creerá cuando exprese mi amor por él. Hay que decir que, en ocasiones, Winnicott utilizaba el concepto de *odio* para aglutinar en él innumerables cuestiones. Como ejemplo de la expresión de *nuestro odio* ante el paciente se refería al momento en que cobramos nuestros honorarios o el momento en que damos por terminada la sesión, independientemente de que el paciente lo desee o no. Creemos que la escena que Little ofrece se entiende mejor haciendo referencia al lugar — amplio, por definición— que Winnicott daba a la expresión del odio.

En relación con el asunto de la expresión por parte del analista de aspectos de su subjetividad, y en palabras de la paciente —palabras que recogen claramente la impronta y la terminología del propio Winnicott—, encontramos la siguiente reflexión:

Él era totalmente consciente de su contratransferencia y pudo utilizarla en forma positiva: practicando un sostén y un cuidado hacía mí suficientemente confiables y en relación directa conmigo. Pudo descargar su odio objetivamente al cobrarme, al tomarse vacaciones y sobre todo al ingresarme en el hospital. (Véase Little, 1995)

Creemos que a partir de esa intervención del analista —*Odio a tu madre*—, y sin olvidar el singular valor que la transferencia le otorga a quien la dice, la paciente pudo sentirse legitimada en sus afectos con relación a su madre, registrar desde allí una mayor cantidad de

sentimientos posibles, nombrarlos sin asustarse y modificar así una fantasmática que arrojaba, entre otros elementos, montos intolerables de miedo e inhibición.

En relación al tema de la sinceridad del analista o de qué hacer frente a las preguntas que muchos pacientes nos hacen, la paciente nos relata lo siguiente:

Winnicott era una persona sincera. Tal vez demasiado franco a la hora de criticar. Respondía a las preguntas de forma directa, tomándolas literalmente y luego consideraba el porqué de la pregunta, por qué había sido formulada en ese momento y cuál era la angustia inconsciente que traslucía. (Véase Little, 1995)

Es interesante observar que, ante la posición más extendida que propone no contestar prácticamente ninguna pregunta del paciente o ante la posición más ingenua de contestar todas las preguntas del paciente sin atender a otras cuestiones que pueden latir en ellas, Winnicott optaba por una actitud que incluía dos vertientes: contestar dichas preguntas e indagar el porqué habían sido formuladas. Y lo hacía, tal vez, pensando —como pensamos muchos hoy en día— que la frustración sistemática del paciente no es un resultado deseable y ni siquiera efectivo, que no es necesario que se produzca una y otra vez para que emerjan materiales importantes de la vida del paciente. Más bien al contrario, postulamos que, en muchas ocasiones, contestar ciertas cuestiones que el paciente trae, interactuar con él en el plano del diálogo, genera un determinado clima en la relación terapeuta-paciente que se vuelve propicio para la aparición de nuevo material.

Recordemos que Winnicott sufría del corazón y que será ese padecer el que acabe con su vida en 1971. Recordemos que también la doctora Sharpe padecía del corazón y que de ese tema no se podía hablar con ella porque correspondía a la *realidad externa*, recordemos, por último, que Margaret Little era médica. Con esto presente, veamos lo que nos relata la paciente: «Un día [Winnicott] llegó tarde, lo vi gris y muy enfermo, me dijo que tenía laringitis, yo le dije: “Usted no tiene laringitis, tiene una afección cardíaca, vuelva a su casa”». Parece ser que espontáneo el analista, espontánea la paciente. «Esa noche me llamó: “Tienes razón: es una afección cardíaca”» (Véase Little 1995). En esta viñeta aparece de forma evidente el valor que Winnicott le otorgaba a la realidad. Como parece también evidente el valor —y el sentido profundo que le daba a la relación— que llevó a Winnicott a llamar a la paciente expresamente para

confirmarle su percepción. Ella —suponemos que junto con el dolor que la noticia trae aparejado— festeja un aspecto de esa llamada: «Yo *podía* estar en lo cierto y debía confiar en mi percepción» (Véase Little 1995). Little había padecido durante muchos años de su vida un clima en el que rara vez «podía ser ella misma», en el que sus percepciones y afectos eran sistemáticamente descalificados o negados.

En una sesión, Winnicott interviene de esta forma: «Su madre es impredecible, caótica y organiza el caos alrededor de ella. Es como una caja de sorpresas constantes». Y la paciente confirma: «De hecho, ése había sido el ambiente en mi infancia». Contra ese fondo se arma la escena de la clarificadora llamada telefónica de Winnicott a su paciente y desde ahí podemos suponer el valor original y el efecto favorable al cambio psíquico que tuvo esa llamada. Llamada que confirma percepciones y le permite a la paciente —desde el extraordinario valor de la transferencia y quizás por primera vez en una relación primordial— sentir que ella también «podía estar en lo cierto».

Ella nos informa de que se produjo una recesión en el tratamiento a partir de este episodio y que le resultó muy doloroso ese paréntesis.

Durante el análisis con Winnicott la paciente tiene tres depresiones graves que le impidieron trabajar.

En los primeros tiempos del análisis con Winnicott, Little enfermó de algo ligado a su condición de celíaca y se deprime profundamente. Esto le impide asistir a las sesiones. Se genera así una situación muy delicada. Podemos pensar que la paciente se encontraba, además de deprimida, inmersa en lo que venimos pensando como un estado de regresión a modalidades vinculares en los que la dependencia juega un papel protagonista, podemos pensar que —tomando sus propias palabras— se había establecido entre ella y Winnicott un tipo de transferencia que por momentos se definía mejor como una *psicosis de transferencia* que como la conocida —y recomendable desde Freud— *neurosis de transferencia*.

Veamos qué ocurre. Pensemos que otra vez se presenta la necesidad de *crear*, de inventar algo para continuar con el trabajo, alguna modalidad que alterará el encuadre. Volvemos a ver el privilegio que Winnicott le otorgaba a la gestión del encuentro terapéutico cuando leemos: «Él venía a mi casa cinco, seis y hasta siete veces por semana, las sesiones duraban noventa minutos. ¡Así durante tres meses!».

El clima emocional que la paciente recuerda de esa época nos ayuda a entender mejor lo que sucedía:

Yo lloraba mucho en esta temporada, él escuchaba mis quejas y me demostraba que no me presionaba, que reconocía mi aflicción y que podría esperar pacientemente.

Siempre se preocupaba por mi salud física [recordemos que Winnicott era médico pediatra], llevaba consigo un estetoscopio, un tensiómetro y un termómetro y los usaba. (Véase Little, 1995)

En otoño de 1950 se inicia un periodo muy doloroso para Little. A Winnicott le da un segundo infarto, aunque menos grave, y se produce un segundo y largo receso en el análisis. Mientras tanto ella trabaja como analista y produce materiales valiosos. En 1951 publica su trabajo «Contratransferencia y la respuesta del paciente». Ya de vuelta a las sesiones, Little comenta: «Creo que no hablamos de la depresión de él, pero yo la percibía por su apariencia y sus modos alterados, *ya que todo analizado es sensible a lo que le ocurre a su analista*» [la cursiva es nuestra]. En esta escena vemos algo que muchas veces perdemos de vista: en la relación analítica, con algunas diferencias evidentes, se produce un (re) conocimiento mutuo, el pretendido anonimato del analista es, en gran medida, una ilusión. Esta idea hoy nos parece algo casi familiar; hace más de medio siglo no debía de ser tan habitual.

Little nos informa de las vivencias que la salud de su analista le imponía:

Siempre temí que tuviese un tercer ataque y muriera; hubiese sido fatal para mí. Luego supe que su segundo infarto tuvo relación con la angustia por la ruptura con su primera mujer. A su tiempo me informó de su divorcio y de su próximo casamiento, por si lo escuchaba en algún otro lugar o lo leía en los periódicos. (Véase Little, 1995)

El vínculo de Little con su madre no deja de tener una presencia fundamental en ella, y en 1952 ocurre algo que resume con la siguiente frase: «Exploité con mi madre». Little tiene cincuenta y un años. De esa explosión comenta: «Mi madre me replicó con exigencias que una vez más ponían en evidencia que yo y todo lo que yo tenía —mi cuerpo, mi ropa, mi dinero, etc.— eran suyos y que ella podía disponer de todo a su antojo, y no porque necesitara ayuda, pues en ese caso se la hubiese dado

con gusto». En relación con la explosión en el vínculo con su madre «Winnicott me dijo: “Se lo debía a usted misma hace mucho tiempo”». (Véase Little, 1995)

En las vacaciones de 1952, la paciente viaja a Escocia. Allí, llena de ira, tiene dos accidentes. En el primero se cae escalando en la montaña, y al día siguiente, aún iracunda, se rompe un tobillo. Le escribe una postal a su analista y éste le contesta con una postal y un telegrama.

Retomo el análisis seis semanas después; estaba confundida, había olvidado el porqué de los accidentes, en uno de los cuales me rompí el tobillo [...]. No tengo recuerdos del trabajo del año siguiente [...]. Ahora entiendo que *algo* debía de romperse para librarme del dominio de mi madre. (Véase Little, 1995)

Para entender mejor el vínculo con su madre prestemos atención a un intercambio entre ella y Winnicott. A raíz de un comentario de la paciente, él le dice: «Ella (por su madre) no te dejaría morir». Y Little agrega: «Cosa que era cierta, como supe más tarde, pero ahora diría que ella no me dejaría *elegir* si vivir o morir [...], *debía* vivir [...] para ella». (Véase Little, 1995)

La confusión que embarga a la paciente al regresar de Escocia consistía en un delirio que le impedía distinguir entre su madre y ella misma: «[...] Literalmente no sabía lo que era ser yo misma». Con estos antecedentes —estamos en 1953—, y al acercarse el verano, justo un año después de los episodios de Escocia, se produce un momento muy delicado en el trabajo analítico. Vuelve a ponerse de relieve el factor de *gestión en el tratamiento*. Winnicott le propone que ingrese en una institución psiquiátrica el tiempo que duren las vacaciones y por lo tanto de paréntesis en el análisis. La primera reacción de la paciente fue la de echarse sobre él furiosa; cree que le llegó a golpear. Winnicott la sujeta por las muñecas, ella se calma y se muestra de acuerdo con el ingreso, pero con condiciones que plantea claramente:

1. Que no le apliquen electroshocks.
2. Que tuviese habitación propia.
3. Que podría marcharse si lo deseaba.
4. Que fuese el propio Winnicott el que le llevase a —y la recogiese de— la institución.

Él aceptó estas condiciones. Fueron al hospital en el que ingresaría nada más terminar el Congreso Internacional de Londres, al que asisten ambos en su condición de analistas. En la estación de tren, Winnicott nota que ella se aferra a su impermeable aterrizada. Ella cuenta: «Me tomó la mano y cuando llegamos me dijo: “Eres muy valiente”, y algo que no recuerdo sobre la creatividad innata».

El ingreso dura cinco semanas. Durante el internamiento tiene un ataque de ira, rompe cosas, es aislada y se aferra a dos objetos, que luego comprobé, nos informa la propia paciente, que eran objetos transicionales: un pañuelo que le había dado Winnicott y una bufanda que ella misma había comprado. «Más tarde me bañaron, me alimentaron y me cuidaron como si fuera una criatura», comentará. (Véase Little, 1995)

El ingreso, incluyendo la negociación que se abre entre analista y paciente al respecto, representa un elemento más y paradigmático de cómo pensaba Winnicott la idea de gestionar o conducir la cura:

En las sesiones con Winnicott yo había experimentado este tipo de cuidado, pero siempre simbólico, él me habría la puerta, cada sesión acababa con pastelitos y café, se ocupaba de que estuviese abrigada y cómoda y me daba pañuelos de papel. (Véase Little, 1995)

Como curiosidad observamos que Winnicott, al igual que Freeman Sharpe, distinguía entre un momento de trabajo terapéutico —el trabajo con el diván, por ejemplo— y otro momento *social* en el que comparten té y pasteles. No sabemos exactamente cómo se pensaba, desde los diversos marcos teóricos, esta dualidad relacional. Aparentemente dominaba la disociación, y decimos esto porque no contamos, en este caso al menos, con testimonios o reflexiones que den cuenta de cómo se integraban ambos momentos, escenarios y modalidades vinculares tan diferentes entre sí.

Siguiendo con el tema del ingreso psiquiátrico, la paciente, agrega: «Pero en el hospital hubo una *regresión total a la dependencia*», y el hospital es sentido por ella «como una extensión de lo que él me había dado» (Véase Little, 1995). Creemos que cuando se refiere a una «regresión total a la dependencia» estamos ante un concepto emparentado con lo que el analista inglés conceptualizó como *dependencia absoluta*. Recordemos que el analista inglés postulaba que el desarrollo se

iniciaba desde esa dependencia absoluta pasando por la *dependencia relativa* para llegar a la situación denominada *hacia la independencia*, dejando claro de esta forma, que no existía algo tal como la (total) *independencia*. Desde ahí entendemos mejor el valor central e insoslayable que la relación con el otro tiene para Winnicott a lo largo de toda la existencia del sujeto y no solamente en las etapas tempranas. (Véase Winnicott, 1965c, 1965e)

Donald Winnicott le escribía postales a Margaret Little durante el tiempo del ingreso «para que yo supiera dónde se encontraba». Ella habla del hospital como su verdadera guardería, «donde lo seguro es no tener control sobre uno mismo». Y aclara que también allí «[...] algo se había roto (platos, una lámpara, etc.), pero no yo...» (Véase Little, 1995)

El hospital era, psicológicamente hablando, una extensión del consultorio de su analista. Vemos que más que generar una interrupción brusca con el ingreso, la vivencia que ella tiene es la de «continuidad de la relación con su analista», y esto tiene lugar más allá del vínculo concreto que se establecía a través de una correspondencia fluida.

Veamos algo más del valor simbólico que para Little tenía el hospital: «Era un ámbito controlado, seguro, no vengativo y razonablemente consistente» (Véase Little, 1995). Nos encontramos aquí con cuestiones que nos llevan a pensar en el inmenso valor de sostén que esta institución representó para la paciente. Y cuando nos referimos al ingreso, incluimos como elementos centrales todo lo que venimos viendo en relación a cómo se gestionó dicho ingreso y cómo, desde el inicio, se transformó en algo propio —e investido de valor— de la relación entre analista y paciente.

Nos gustaría alejarnos, tanto como sea posible, de una mirada reduccionista que atienda solamente a los aspectos manifiestos de este pasaje, para poder asomarnos a los diferentes significados que creemos que representa esta experiencia para ambos protagonistas y para la *relación* entre ellos.

Tomemos en consideración un elemento más. Hasta ahora hemos revisado los elementos que, partiendo de la paciente, parecían recomendar el ingreso. Pero cuando leemos lo que sigue tenemos una panorámica más completa de lo que allí se jugaba, incluyendo algunas cuestiones directamente vinculadas con el propio analista:

Era un momento de crisis, se trataba literalmente de un asunto de vida o muerte, tanto para mí como para él —Winnicott tenía sesenta años y había

sufrido dos trombosis coronarias— [...], si él no sobrevivía, yo tampoco podría, por lo menos psíquicamente. Hasta ese punto éramos tan inseparables como un bebé y su madre. (Véase Little, 1995)

Algunas cuestiones fundamentales del manejo de la regresión a la dependencia (Véase Winnicott, 1958b) se observan con claridad —y se comprenden mejor— en este párrafo que acabamos de leer y con el que cerramos el momento del ingreso. A él hay que añadir otras dos frases significativas: «Quince días después de salir del hospital empiezo a trabajar de nuevo» y «Mi análisis había comenzado su tramo final». Little destaca una interpretación que Winnicott le da en este tramo final y la considera especialmente importante. «Me dijo que el temor a la aniquilación que yo sentía correspondía a la aniquilación que ya había ocurrido: había sido psíquicamente aniquilada, pero físicamente había sobrevivido. Cada vez que la recuerdo, esta interpretación alivia mi angustia» (Véase Little, 1995). En esta viñeta aparece otro de los aportes que Winnicott nos ha dejado: una reflexión original sobre el tema del «temor al derrumbe», que aparece desarrollado en un artículo publicado póstumamente, en 1974, y presumiblemente escrito en 1963²³⁴ (Véase Winnicott, 1991c)

En este último tramo de tratamiento, la naturaleza de las sesiones había cambiado por completo, había bromas, juegos y chascarrillos. A modo de ejemplo cuenta que en una ocasión le preguntó a Winnicott por qué se había enrolado en la Marina y no en la Fuerza Aérea o en el Ejército, él contestó: «Porque el uniforme me hacía juego con los ojos azules» (Véase Little, 1995). La espontaneidad —*el gesto espontáneo*— tenía para él un valor fundamental. Podemos pensar que esta respuesta representa un indicador de algo que tanto defendió en su obra y en su recorrido vital: una vida creativa, una vida vivida «de dentro hacia fuera» y no al revés, una vida que incluya el valor del acto de jugar, una vida no reactiva en la que el verdadero *self* pudiese expresarse con la mayor libertad posible.

Little expresa algo que queremos enfatizar, cuando dice: «La espontaneidad también se relaciona de un modo muy importante con el coraje, con la confianza en sí mismo y con la franqueza consigo mismo,

²³⁴ «El miedo al derrumbe» (1963b). En *Exploraciones psicoanalíticas I*, 1991, la colección en la que está recogido dicho artículo, la fecha de 1963 aparece entre signos de interrogación. (Véase Winnicott, 1991c)

con la independencia de pensamiento y de acción, con la originalidad». Es por todo esto que volvemos a postular una mirada que vaya más allá de la anécdota en concreto, para tratar de entender así qué representa que un analista ofrezca una respuesta como ésa.

En relación al tema del juego y del valor que Winnicott le otorgaba, Margaret Little va resumiendo algunas de las cuestiones con las que recuerda su tratamiento: «Me hizo sentir que el hecho de ser humana era lo único importante y el juego era una parte esencial de la vida humana a cualquier edad». (Véase Little, 1995)

Winnicott dejaba ver que un análisis como el suyo exigía del analista soportar la angustia, la culpa, el dolor, la pena, la inseguridad y la impotencia. Por ello recomendaba que asumir tratamientos con pacientes que necesitasen este equipamiento del analista debía de ser sopesado. También por ello se molestaba cuando tenía noticias de que algunos colegas frivolisaban el tema de la regresión a la dependencia, tratándola como si fuese una cuestión de fácil manipulación, capaz de ponerse al servicio de objetivos conscientes del analista o del paciente. Así, leemos en su trabajo de 1954 (Véase Winnicott, 1958b) dedicado a este tema algo que —aunque dicho con humor e ironía— es muy importante a la hora de asomarnos a este asunto capital: «A veces se objeta que todo el mundo quiere, por supuesto, hacer una regresión; [...] que es una especie de *picnic*: que debemos impedir que nuestros pacientes efectúen la regresión; o bien que a Winnicott le gusta que sus pacientes realicen la regresión, les invita a ella» (Véase Winnicott, 1958b). Lejos de esa posición, Winnicott está convencido de que para ambos protagonistas del proceso recorrer las vicisitudes de la regresión a la dependencia es penoso y compromete aspectos vitales de la existencia de *ambos*.

M. Little nos habla de un analista cercano, que comparte reflexiones que incluyen aspectos de su propia persona. En este caso podemos imaginar que —conscientemente o no— lo que plantea y comparte Winnicott es una parte de una posición a favor de una vida plena, una reivindicación de aspectos ligados a Eros y al cuidado que uno puede ejercer con uno mismo:

En una ocasión me explicó Winnicott que no había razón para hacer sacrificios, ya que si uno no se preocupaba por sí mismo, atendiendo a sus propias necesidades, tanto físicas como emocionales, no resultaría útil para nadie [...]. De allí la importancia que Donald Winnicott le daba a su matrimonio, a las vacaciones, a la música, a los amigos, etc. (Véase Little, 1995)

Veamos, aunque sea someramente y en palabras de Margaret Little, qué representaban para *esta paciente* este tipo de intervenciones (tan cuestionadas tantas veces en nuestro medio). «Al dejarme compartir algunas de estas cosas, me hacía sentir segura, incrementaba mi propio sentido de ser valorada y por consiguiente mi capacidad de estimarme a mí misma se consolidaba» (Véase Little, 1995). Con este pasaje, y aunque sea de una manera muy breve, queremos apuntar lo difícil que resulta, cuando no imposible, pensar en las ventajas o inconvenientes de cualquier tipo de intervención de forma independiente al paciente concreto que será el destinatario de esa intervención, así como al momento concreto del tratamiento y del propio paciente que estén teniendo lugar. No existirían, entonces, intervenciones —en sentido amplio— correctas o incorrectas *a priori*, sólo serían pensables para su evaluación crítica en el marco de una relación concreta con dos protagonistas concretos y en un tiempo determinado.

Little continúa: «Por sobre todas las cosas, Winnicott se convirtió en una persona viviente verdadera con quien yo mantenía una relación que no se basaba sólo en la transferencia». (Véase Little, 1995)

En 1954 y en condiciones extrañas muere la madre de la paciente, a quien no había visto desde aquel episodio de explosión en el verano de 1952. «Mi madre se lanzó escaleras abajo, mi hermana no pudo evitarlo». (Véase Little, 1995)

Las sesiones empezaron a ser más cortas y menos frecuentes. Por insistencia de ella, aumentaron los honorarios.

En verano de 1955 ella acepta terminar el tratamiento. En la misma época se enamora de un hombre, pero la historia fracasa.

Vuelve a pedir ayuda a Winnicott y se ven durante dieciocho meses una vez por semana... hasta que «me dijo que ya era tiempo de que me hiciera cargo de mis propias responsabilidades y continuara con mi vida, “Se tú misma”, pero esta vez por *mí*, no por él». (Véase Little, 1995)

Algunos datos más a modo de epílogo

Margaret Little trabajó como analista con función didáctica de la Sociedad Psicoanalítica Británica.

Winnicott le derivaba, de vez en cuando, pacientes, tanto adultos como adolescentes.

Gozó de buena reputación como pintora, realizaba exposiciones regularmente, y llegó a vender sus obras.

En sus propias palabras: «Podía ser y hacer, afirmándome sin culpas o angustias o reacciones paranoicas injustificadas [...]. He descubierto que vale la pena vivir, algo de lo que antes no me había dado cuenta». (Véase Little, 1995)

Terminado su tratamiento, resume así lo que la une a Winnicott: «Un sentimiento de gratitud profunda y eterna, ya que me permitió hallar y liberar mi verdadero *self*, mi espontaneidad, creatividad y capacidad para jugar, él me devolvió la salud sin dejarme “sólo sana”» (Véase Little, 1995). Palabras que no sólo dan cuenta de su sentir, sino que además sintetizan muy bien el otro gran universo de cuestiones que tuvieron lugar entre ella y Winnicott: las claves conceptuales que recorrieron su proceso terapéutico.

Publicaciones de Margaret Little

- (1951): «*Counter-Transference and the Patient's Response to it*», *The International Journal of Psychoanalysis*, vol. 32, pp. 32-40. [Trad. española: «*La contratransferencia y la respuesta del paciente*», 1997, Madrid: documento de trabajo nº 4 Col. GRITA].
- (1957): «R. The Analyst's Total Response to his Patient's Needs», *The International Journal of Psychoanalysis*, vol. 38, pp. 240-254. [Trad. española: «R. La respuesta total del analista a las necesidades de su paciente», 1997, Madrid: Col. GRITA. documento de trabajo nº 5].
- (1957): «Review of the Selected Papers of Sandor Ferenczi, M.D. Volume III. Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-Analysis», *The International Journal of Psychoanalysis*, vol. 38, pp. 121-123.
- (1985): «Winnicott Working in Areas Where Psychotic Anxieties Predominate: A Personal Record», *Free Associations*, 1, nº 3, pp. 9-42.
- (1990): *Psychotic Anxieties and Containment: A Personal Record of an Analysis with Winnicott*, Jason Aronson, Northvale, Nueva Jersey [Trad. española *Relato de mi análisis con Winnicott*, 1995. Buenos Aires: Lugar Editorial].
- (1993): *Transference Neurosis and Transference Psychosis*. Northvale, Nueva Jersey: Jason Aronson,

EPÍLOGO

Vivir creativamente es más importante que tener éxito.

Winnicott

Es el momento de cerrar este libro, de concluir. Lo hacemos satisfechos por la tarea realizada y conscientes de que hemos dejado fuera de este volumen muchas ideas, intuiciones y problemas que plantea la obra de Winnicott. Como hemos señalado en la introducción, nuestro objetivo fue presentar una obra, un pensamiento, comprimiendo y ampliando diversas zonas del mismo.

Nos unen muchas cosas a Winnicott, como ya mencionamos en nuestra introducción a la recopilación de artículos que hicimos en el 2008 (Véase Liberman y Abello, 2008). Entonces resaltamos la idea de que el pensamiento de Winnicott supuso para nosotros una corriente de aire fresco que nos permitió, de modos diversos, encarar recorridos personales con cierta libertad de pensamiento. Hoy nos gustaría enfatizar, para concluir pero también como síntesis extrema de lo ya expuesto en el libro, otro de los legados centrales que creemos tiene su pensamiento: el privilegio que otorga a la cuestión del ser y del sentirse real en relación con la salud y con el sentido de la vida. Hemos visto a lo largo del libro que la creatividad y las condiciones de su despliegue aparecen como uno de los nudos gordianos del ser, manifestación primera y siempre necesaria de su sentido. Hemos descrito en diferentes momentos de este libro que la creatividad en Winnicott consiste fundamentalmente en una mirada singular, en la asunción de una perspectiva sobre la vida que hace que ésta cobre un sentido siempre personal. El valor de la vida gira en relación a esta idea, y enfatizarla es, en parte, uno de los propósitos de este epílogo. Como le gusta decir a Winnicott, la creatividad —o la mirada creativa— es «la prueba más importante de que el hombre está vivo y de que aquello que está vivo es

un hombre» (1969)²³⁵. Por ello, en su pensamiento, la creatividad es condición de la humanidad misma, de su valor. Su ausencia, su destrucción y/o aplastamiento por parte de un ambiente que no la acoge o de todo tipo de régimen o comunidades que la hostigan, está para él en el origen de la desesperanza. Este bien tanpreciado, y su conservación o desarrollo, tiene que estar en el centro de cualquier forma de encarar nuestra actividad como agentes de salud: psicoterapeutas, psicoanalistas o cualquier otro modo intervención. «Encontramos tanto individuos que viven creativamente y que sienten que la vida tiene valor [sentido] como individuos que no pueden vivir creativamente y que dudan sobre el valor [sentido] del vivir» (1971)²³⁶ (Véase Winnicott, 1971b). Esta variable en los seres humanos está directamente relacionada con la calidad y la cantidad de la provisión ambiental en la fases tempranas del desarrollo, pero también, y es importante enfatizarlo, a lo largo de la vida.

Winnicott transmite muchas cosas cuando escribe. Algunas son sus evidentes deseos de comunicar sus hallazgos teóricos y clínicos, temas sobre los que hemos insistido todo lo que hemos sido capaces en este libro. Pero también transmite otras cosas, o mejor dicho, nosotros hemos recibido de su testimonio «también» otras cosas. Por ejemplo, su actitud valiente ante las dogmáticas imperantes en las escuelas constituidas, su frescura y su afán de investigación osada, su capacidad para crear o para jugar y, muy especialmente, su visión de la vida. Si algo destaca en su pensamiento es la invitación reiterada a sostener/crear/inventar una vida que incluya el valor de lo creativo, que suponga que las motivaciones vayan desde dentro del individuo hacia fuera de él —evitando lo que tan poco le gustaba: una vida reactiva—, una vida en donde el sometimiento no tenga espacio, donde la libertad pujan por su sitio, donde existir no sería suficiente, ya que sin el sentir esa existencia la vivencia quedará mutilada, porque, como advertirá en diferentes contextos, no estar muerto no es suficiente para decir que estamos vivos.

Queremos referirnos a «algo más». Algo que —quizás— se exprese rápido y signifique mucho: el espíritu y/o la posición personal que atraviesa sus aportes han tenido para nosotros el valor de lo que

²³⁵ «Libertad», en *Home is where we start from*, W.W. Norton & Company, Nueva York-Londres, 1986.

²³⁶ *Playing and reality*, Brunner-Routledge, Nueva York (Véase Winnicott, 1971a).

podríamos llamar una «buena» identificación. Usando una idea de Luis Hornstein, podríamos precisar el tema diciendo que han tenido el valor de una *identificación pasaporte* —por oposición a las *identificaciones prisión*— que permiten lo que en la introducción de 2008 llamábamos una «filiación abierta» (Véase Liberman y Abello, 2008). Cuando nos referimos a este aspecto del vínculo que establecemos con Winnicott, queremos decir que nos identificamos con cuestiones de su obra que van más allá de la relación y/o afinidad teórica-clínica con determinados enunciados. Este «algo más» es el lugar de enunciación que Winnicott nos transmite y que supone, para nosotros, una invitación a pensar, escribir y trabajar bajo los ejes de la libertad, la espontaneidad y la creatividad que en su obra se encuentran en estado práctico —operando— una y otra vez, que colocó en sitios de privilegio cuando de identificar una definición de vida sana se trataba y que, al mismo tiempo, trató de estudiar y de rastrear en sus orígenes. Al menos, una invitación a intentarlo. También, en este sentido, hemos querido *usar* a Winnicott, sin olvidar que sus propuestas —como su obra— requieren de un esfuerzo y un rigor significativo... «Si quieres nacer, debes romper un mundo...».

Pensamos y sentimos que lo que hemos querido decir —y esta idea que intentamos transmitir ahora— está lejos de una actitud de comodidad o de facilidad, está lejos de una mirada ingenua e idealizada —selectiva— de la vida. Cuando hablamos del «jugar», por ejemplo, nos referimos a algo muy serio y complejo, que no excluye en absoluto la expresión de la agresividad o de la ambivalencia —como alguna vez se nos sugirió—; si pensamos en el gesto espontáneo, hablamos de algo que tiene consecuencias y por lo que se paga un precio o se corre un riesgo; si hablamos de creatividad, pensamos en esfuerzo, sorpresa, trabajo y/o exposición.

Por todo lo que venimos diciendo reivindicamos un doble vínculo con Winnicott: por un lado, el que remite a lo que transmite como enunciados, al conjunto de conocimientos valiosos al que hemos accedido, por ejemplo, a través de sus libros, de una manera más o menos académica y, por otro lado, el que nos lleva a relacionarnos con él en su condición de *maestro*, condición que agrega ese plus del que acabamos de hablar: una relación que invita —a través de cierta identificación— a recorrer otros caminos con él, junto a él o haciendo uso de él, uso que él celebraba como uno de los mejores destinos que algo/alguien podía tener para otro. Las repercusiones de esta *identificación pasaporte* no son pequeñas e incluyen un impacto terapéutico para quien

puede sentirla y sostenerla, al menos nosotros así lo percibimos. También por eso celebramos, agradecemos y festejamos, con este libro, su obra y su presencia en nuestras vidas.

Augusto Abello Blanco y Ariel Liberman

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ABAD FACIOLINCE, H. (2007). *El olvido que seremos*. Madrid: Alfaguara.
- ABRAHAM, K. (1959). *Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales en Psicoanálisis Clínico*. Buenos Aires: Ediciones Hormé. (Versión original de 1924).
- ABRAM, J. (2007). *The Language of Winnicott*. Londres: Karnac.
- ALEXANDER, F. y FRENCH, TH. M. (1956). *Terapéutica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós. (Versión original de 1946).
- ARGULLOL, R. (1982). *El Héroe y el Único*. Barcelona: Taurus.
- ARON, L. (1992). *La interpretación como expresión de la subjetividad del analista*. En A. Liberman y A. Abello Blanco (comps.) (2008), *Winnicott hoy, su presencia en la clínica actual*, (pp. 47-85). Madrid: Ed. Psimática.
- ÁVILA ESPADA, A. (2008). La segunda oportunidad para el desarrollo, metáfora del proceso terapéutico en Winnicott. En A. Liberman y A. Abello Blanco (comp.) (2008), *Winnicott hoy, su presencia en la clínica actual*, (pp. 85-95). Madrid: Ed. Psimática.
- AZPEITIA, J. (2007). *Nadie me mata*. Barcelona: Tusquets editores.
- BARANGER, W. (1994). "Proceso en espiral" y "campo dinámico". En *Artesanías en Psicoanálisis*. Buenos Aires: Ed. Kargieman. (Versión original de 1979).
- BERLIN, I. (1998). *El fuste torcido de la humanidad*. Barcelona: Península.
- BOLLAS, Ch. (1987). *La sombra del objeto*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- BOLLAS, Ch. (1989). *Fuerzas del destino*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- BOUSHIRA, J. Y DURIEUX, M.C. (2005). *Winnicott insólito*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- BOWLBY, J. (1940). The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character. *International Journal of Psycho-Analysis*, 20: 154-178.
- CALVEIRO, P. (2006). *Poder y desaparición*. Buenos Aires: Colihue.
- CLANCIER, A. Y KALMANOVITCH, J. (1984). *Le paradoxe de Winnicott*. París: Payot.
- CORCOS, M. (2008). 1, 2, 3... Soleil! Trastornos de la conducta alimentaria y fenómenos transicionales. En A. Liberman y A. Abello Blanco (comp.), *Winnicott hoy, su presencia en la clínica actual*, (pp. 145-169). Madrid: Ed. Psimática.
- CORCOS, M. (2009). *La terreur d'exister*. París: Dunod.
- CHELGER, I. Biografía de Donald Woods Winnicott. (DW). En <http://www.winnicott.com.ar/biografia.htm>.
- DAVIS, M. (1998). *Límite y espacio*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- FERENCZI, S. (1981). El desarrollo del sentido de realidad y sus estadios. En *Psicoanálisis: Obras Completas (1913 - 1919)*. (Traducción de Francisco Javier Aguirre). Tomo II. Madrid: Espasa Calpe. (Versión original de 1913).
- FERENCZI, S. (1988). *Diario clínico*. Buenos Aires: Editorial Conjetural.
- FREUD, S. (1911). Formulación sobre los dos principios del acaecer psíquico. En Sigmund Freud, *Obras completas. Vol. XII*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- FREUD, S. (1915a). Duelo y melancolía. En Sigmund Freud, *Obras completas. Vol. XIV*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- FREUD, S. (1915b). Pulsiones y destinos de pulsión. En Sigmund Freud, *Obras completas. Vol. XIV*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- FREUD, S. (1916a). Las excepciones, en algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. En Sigmund Freud, *Obras completas. Vol. XIV*. Buenos Aires: Amorrortu Editores].

- FREUD, S. (1916b). Los que delinquen por conciencia de culpa en algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. En Sigmund Freud, *Obras completas. Vol. XIV*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- FREUD, S. (1918 [1919]). Nuevos caminos de la psicoterapia psicoanalítica. En Sigmund Freud, *Obras completas. Vol. XVII*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- FREUD, S. (1923). El Yo y el Ello. En Sigmund Freud, *Obras completas, Vol. XIX*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- FREUD, S. (1997a). Introducción al narcisismo. En Sigmund Freud, *Obras completas. Vol. XIV*. Buenos Aires, 1997: Amorrortu editores. (Versión original de 1914).
- FREUD, S. (1997B). ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial. En Sigmund Freud, *Obras completas. Vol. XX*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Versión original de 1926).
- GABBARD, G. (1996). *Love and Hate in the Analytic Setting*. Northvale, Nueva Jersey-Londres: Jason Aronson.
- GARCÍA-CASTRILLÓN ARMENGOU, F. (2010). *La pulsión de muerte. Historia de una controversia*. Madrid: Ed. Psimática.
- GAY, P. (1989). *Freud. Una vida de nuestro tiempo*. Barcelona: Paidós.
- GERBER, A. (2001). *Bill Evans*. París: Fayard.
- GREEN, A. (1976). Introduction. En *Le soi caché*. París: Gallimard.
- GREEN, A. (1984). Winnicott y el modelo del encuadre. Entrevista con André Green. En A. Clancier y J. Kalmanovitch, *Le Paradoxe de Winnicott*. París: Payot.
- GREEN, A. (1990a). El concepto de fronterizo. En *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- GREEN, A. (1990B). L'analyste, la symbolisation et l'absence dans le cadre analytique. En *La Folie Privée*. París: Gallimard. (Versión original de 1974).
- GREEN, A. (1990C). Le concept de limite. En *La Folie Privée*. París: Gallimard. (Versión original de 1976).

- GROLNICK, S (1990). *The Work & Play of Winnicott*. Northvale, (Nueva Jersey)-Londres: Jason Aronson.
- GUNTRIP, H. (1981). Mi experiencia analítica con Fairbairn y con Winnicott. *Revista de Psicoanálisis*. Vol. 38, nº 1.
- JEAMMET, Ph. ET AL. (1996). *Psychologie médicale*. París: Masson.
- JONES, E. (1984). *Vida y obra de Sigmund Freud*. Barcelona: Salvat Editores.
- KAHR, B. (1999). *Donald Woods Winnicott. Retrato y biografía*. Madrid: Biblioteca Nueva-APM. (Versión original de 1996).
- KHAN, M. (1963). Le concept de traumatisme cumulative. En *Le soi caché*. París: Gallimard.
- KHAN, M. (1976). *Le soi caché*. París: Gallimard. (Versión original de 1974).
- KHAN, M. (1983). El rencor del histérico. En *Locura y Soledad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- KHAN, M. (1992). Introducción. En D. Winnicott, *Sostén e interpretación*. Buenos Aires: Paidós.
- KIERKEGAARD, S. (1949). *Post-scriptum aux miettes philosophiques*. París: Gallimard.
- KLEIN, M. (1948). Contribuciones al psicoanálisis. En M. Klein, *Obras completas, Vol. 2*. Barcelona: Paidós Ibérica. (Versión original de 1948).
- KLEIN, M. (1982). Contribución a la psicogénesis de los estados maníacos depresivos. En M.Klein, *Obras Completas: Contribuciones al psicoanálisis. Vol. 2*. Barcelona: Paidós Ibérica. (Versión original del 1935).
- KOHON, G. (1986). Introduction. Notes on the history of the psychoanalytic movement in Great Britain. En *The British school of psychoanalysis*. Londres: Free Association Books.
- LALANDE, A. (1988). *Vocabulaire philosophique*. París: PUF.
- LIBERMAN, A. Y ABELLO BLANCO, A. (2008a). Prólogo. En A. Liberman y A. Abello Blanco (comp.), *Winnicott hoy, su presencia en la clínica actual*, (pp. 19-29). Madrid: Ed. Psimática.

- LIBERMAN, A. Y ABELLO BLANCO, A. (comp.). (2008b). *Winnicott boy, su presencia en la clínica actual*. Madrid: Ed. Psimática.
- LIBERMAN, A. (2008). Reseña del libro de Alfredo Paineira: Repensando el Psicoanálisis a partir de la persona. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, (p.p.11-12), (Buenos Aires).
- LITTLE, M. (1995). *Relato de mi análisis con Winnicott*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- LYONS-RUTH, K. (2004). El inconsciente bipersonal: el diálogo intersubjetivo, la representación relacional actuada y la emergencia de nuevas formas de organización relacional. *Aperturas Psicoanalíticas*, n°4.
- MC DOUGALL, J. (1987). *Teatros de la mente*. Madrid: Tecnopublicaciones.
- MILNER, M. (1978). D. W. Winnicott and the two-Way Journey. En S. A. Grolnick et al. (eds.), *Between Reality and Fantasy: Transitional Objects and Phenomena*, Nueva York: Jason Aronson.
- MITCHELL, S. (1997). *Influence and Autonomy in Psychoanalysis*. Hillsdale, (Nueva Jersey): Analytic Press.
- NEMIROVSKY, C. (2007). *Winnicott y Kohut*. Buenos Aires: Grama.
- OGDEN, Th. (1989). *La matriz de la mente*. Madrid: Tecnopublicaciones. (Versión original de 1986).
- OGDEN, Th. (1991). Reading Winnicott. *Psychoanalytic Quarterly*, n° 70, pp. 299-323.
- OGDEN, Th. (1992). *La frontera primaria de la experiencia*. Madrid: Tecnopublicaciones. [Versión original de 1989].
- OGDEN, Th. (1994). *Subjects of analysis*. Londres: Karnac.
- OGDEN, Th. (2001). Reading Winnicott. En *Psychoanalytic Quarterly*, 70, pp. 299-323.
- PAINCEIRA, A. (1997). *Clínica Psicoanalítica. A partir de la obra de Winnicott*. Buenos Aires: Lumen.
- PAINCEIRA, A. (2007). *Repensando el Psicoanálisis a partir de la persona*. Buenos Aires: Lumen.

- PAINCEIRA, A. (2009). Prólogo de Argentina. En A. Anfuso y V. Indart, *¿De qué hablamos cuando hablamos de Winnicott?*. Montevideo: Psicolibros.
- PAZ, C. ET AL. (1976). *Estructuras y estados fronterizos en niños, adolescentes y adultos. Vol. I*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- PHILLIPS, A. (1988). *Winnicott*. Cambridge: Harvard University Press (Ed. española 1997. Buenos Aires: Lugar editorial).
- PIZER, S. (2008). La negociación de la paradoja. En A. Liberman y A. Abello Blanco (comp.), *Winnicott hoy, su presencia en la clínica actual*. (pp.313-345): Madrid: Ed. Psimática.
- PONTALIS, J-B. (1975). Naissance et reconnaissance du self. En R. Angelergues et al., *Psychologie de la connaissance de soi*. París: PUF
- RACKER, H. (1966). *Escritos sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- RICOEUR, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. París:Seuil,
- RODMAN, F. (1990). *El gesto espontáneo*. Buenos Aires: Paidós.
- RODMAN, F. (1999). La risa de Winnicott. En J.W. Barron (ed.), *Humor y Psique – Perspectivas Psicoanalíticas*. Hillsdale, NJ Londres: Analytic Press [<http://www.psicomundo.org/winnicott/biografias/risa.htm>].
- RODMAN, F. (2003). *Winnicott, life and work*. Cambridge: Perseus Publishing.
- RODRÍGUEZ SUTIL, C. (2010). *Introducción a la obra de Ronald Fairbairn. Los orígenes del Psicoanálisis Relacional*. Madrid: Col. Pensamiento Relacional, nº1. Ágora Relacional).
- RORTY, R. (2002). *Filosofía y futuro*. Barcelona: Gedisa,
- ROUSSILLON, R. (2008). *Le jeu et l'entre-je(u)*. París: PUF.
- SASSENFELD, A. *El cuerpo, nuestro punto de partida: una idea que une a Jung, Freud y Reich*. En www.cuerporelacional.cl/articulos/jung_freud_reich.pdf.
- SEARLES, H. (1959). L'effort pour rendre l'autre fou. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, nº 12, 1975.

- SLOCHOWER, J. (2008). Del sostén a la colaboración. En A. Liberman y A. Abello Blanco (comp.), *Winnicott hoy, su presencia en la clínica actual*. (pp. 361-385). Madrid: Ed. Psimática.
- SZPILKA, J. (2010). Entrevista a Jaime Szpilka. *Revista Enclave Psicoanalítica*, n° 3 (on-line).
- TAYLOR, Ch. (1994). *La ética de la autenticidad*. Barcelona: Paidós.
- TIZARD, P. (1998). Prólogo. En D. Winnicott, *Los bebés y sus madres*. (pp. 9-13). Barcelona: Paidós Ibérica. (Versión original de 1990)
- VALEROS, J. (1997). *El jugar del analista*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- WINNICOTT, D. (1958a). Birth memories, Birth trauma, and Anxiety. En *Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Londres: Karnac. (Versión original de 1949).
- WINNICOTT, D. (1958b). Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytical Set-up. En *Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Londres: Karnac. [Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico. En D. Winnicott (1999), *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós Ibérica. pp. 371-390.] (Versión original de 1954).
- WINNICOTT, D. (1958c). The depressive position in normal emotional development. En *Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Londres: Karnac. (Versión original de 1954-1955).
- WINNICOTT, D. (1958d). *Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Londres: Karnac.
- WINNICOTT, D. (1958e). Transitional Objects and Transitional Phenomena: A Study of the First Not-me Possession. En *Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Karnac, Londres: Karnac. (Versión original de 1951-1953).
- WINNICOTT, D. (1964). *The Child, the Family and the Outside World*. Londres: Pelican Books.
- WINNICOTT, D. (1965a) A personal View of the Kleinian Contribution. En *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. Londres: Karnac. [Un modo personal de ver el aporte kleiniano. En

- D.Winnicott (1993), *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.(Versión original de 1962).
- WINNICOTT, D. (1965b). Classification: is there a Psycho-Analytic Contribution to Psychiatric Classification. En *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. Londres: Karnac. (Versión original de 1959-1964).
- WINNICOTT, D. (1965c). Dependence in Infant Care, in Child Care, and in the Psycho-Analytic Setting. En *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. Londres: Karnac.(Versión original de 1963).
- WINNICOTT, D. (1965d). Ego Distortion in Terms of True and False Self. En *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. Londres: Karnac. (Versión original de 1960).
- WINNICOTT, D. (1965e). From Dependence towards Independence in the Development of the Individual. En *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. Londres: Karnac. (Versión original de 1963).
- WINNICOTT, D. (1965f). Introduction. En *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. Londres: Karnac.
- WINNICOTT, D. (1965g). Morals and Education. En *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. Londres: Karnac. (Versión original de 1963).
- WINNICOTT, D. (1965h). Psycho-Analysis and the Sens of Guilt. En *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. Londres: Karnac. [El psicoanálisis y el sentimiento de culpa. En D. Winnicott (1993), *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós]. (Versión original de 1958).
- WINNICOTT, D. (1965i). The Aims of Psychoa-Analytical Treatment. En *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. Londres: Karnac. (Versión original de 1962).
- WINNICOTT, D. (1965j). The Capacity to be Alone. En *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. Londres: Karnac. [La capacidad para estar solo. En D. Winnicott (1993), *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.] (Versión original de 1958).

- WINNICOTT, D. (1965k). The Development of the Capacity for Concern. En *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. Londres: Karnac. (Versión original de 1963).
- WINNICOTT, D. (1965l). *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. Londres: Karnac.
- WINNICOTT, D. (1965m). The Theory of the Parent-Infant Relationship. En *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. Londres: Karnac. [La teoría de la relación entre progenitores e infantes. En D.Winnicott (1993), *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós] (Versión original de 1960).
- WINNICOTT, D. (1971a). *Playing and Reality*. Nueva York: Brunner-Routledge.
- WINNICOTT, D. (1971b). *Playing and Reality*. Nueva York: Brunner-Routledge. [D. Winnicott (1992). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.].
- WINNICOTT, D. (1971c). Transitional Objects and Transitional Phenomena: A Study of the First Not-me Possession. En *Playing and Reality*. Nueva York: Brunner-Routledge. (Versión original de 1951-1953).
- WINNICOTT, D. (1980). *Clínica psicoanalítica infantil*. Buenos Aires: Horme.
- WINNICOTT, D. (1986a). The concept of False Self. En *Home is where we start from*. Nueva York-Londres: W.W. Norton & Company. (Versión original de 1964).
- WINNICOTT, D. (1986b). The Value of Depression. En *Home is where we start from*. Nueva York-Londres: W.W. Norton & Company. (Versión original de 1963).
- WINNICOTT, C. (1989). Una reflexión sobre D.W.W., En *Exploraciones psicoanalíticas I*.(pp: 13-33). Buenos Aires: Paidós.
- WINNICOTT, D. (1990a). Comunicación del bebé con la madre y de la madre con el bebé: comparación y contraste. En *Los bebés y sus madres*. Barcelona: Paidós Ibérica. (Versión original de 1968).
- WINNICOTT, D. (1990b). La madre de devoción corriente. En *Los bebés y sus madres*. (p.p: 19-32). Barcelona: Paidós Ibérica. (Versión original de 1966).

- WINNICOTT, D. (1991a). Comentarios sobre mi artículo “El uso del objeto”. En D.Winnicott, *Exploraciones psicoanalíticas: Sobre El uso de un objeto*. Buenos Aires: Paidós. (Versión original de 1968).
- WINNICOTT, D. (1991b). Ejemplo clínico de “El uso de un objeto”. En D. Winnicott, *Exploraciones psicoanalíticas: Sobre El uso de un objeto*. Buenos Aires: Paidós. (Versión original de 1968).
- WINNICOTT, D. (1991c). El miedo al derrumbe. En *Exploraciones psicoanalíticas I*. Paidós, Buenos Aires: Paidós. (Versión original de 1963).
- WINNICOTT, D. (1991d). El uso de la palabra “uso”. En D. Winnicott, *Exploraciones psicoanalíticas: Sobre El uso de un objeto*. Buenos Aires: Paidós. (Versión original de 1968).
- WINNICOTT, D. (1991e). El uso de un objeto en el contexto de Moisés y la religión monoteísta. En D.Winnicott, *Exploraciones psicoanalíticas I: Sobre El uso de un objeto*. Buenos Aires: Paidós. (Versión original de 1969).
- WINNICOTT, D. (1991f). Individuación. En *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós. (Versión original de 1970).
- WINNICOTT, D. (1991g). Melanie Klein: sobre su concepto de envidia. En *Exploraciones psicoanalíticas II*. Buenos Aires: Paidós. (Versión original de 1962).
- WINNICOTT, C. (1991h). Una reflexión sobre D.W.W. En *Exploraciones psicoanalíticas I*, (pp. 13-33). Buenos Aires: Paidós. (Versión original de 1989).
- WINNICOTT, D. (1992). El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones. En *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa. (Versión original de 1969).
- WINNICOTT, D. (1993a). El comunicarse y el no comunicarse que conducen a un estudio de ciertos opuestos. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós. 1993. (Versión original de 1963).
- WINNICOTT, D. (1993b). El concepto de regresión clínica comparado con el de organización defensiva. En *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Barcelona: Paidós. (Versión original de 1967).

- WINNICOTT, D. (1993c). Ideas y definiciones. En *Exploraciones Psicoanalíticas I*, Barcelona: Paidós. (Versión original de 1950).
- WINNICOTT, D. (1993d). Importancia del encuadre en el modo de tratar la regresión en psicoanálisis. En *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Barcelona: Paidós. (Versión original de 1964).
- WINNICOTT, D. (1993e). La interpretación en psicoanálisis. En *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Barcelona: Paidós. (Versión original de 1968).
- WINNICOTT, D. (1993f). Los elementos masculinos y femeninos escindidos que se encuentran en hombres y mujeres. En *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Barcelona: Paidós. (Versión original de 1966).
- WINNICOTT, D. (1993g). *Nada en el centro*. En *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Barcelona: Paidós. (Versión original de 1959).
- WINNICOTT, D. (1993h). Notas sobre el repliegue y la regresión. En *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Barcelona: Paidós. (Versión original de 1965).
- WINNICOTT, D. (1993i). Sobre las bases del self en el cuerpo. En *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Barcelona: Paidós. (Versión original de 1970).
- WINNICOTT, D. (1994). El aprendizaje infantil. En *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista*. Buenos Aires: Paidós. (Versión original de 1968).
- WINNICOTT, D. (1996). *La naturaleza humana*. Buenos Aires: Paidós.
- WINNICOTT, D. (1999a). Apetito y desarrollo emocional. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Paidós Ibérica, Barcelona. (Versión original de 1936).
- WINNICOTT, D. (1999b). El odio en la contratransferencia. En D.Winnicott. *Obras escogidas: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Tomo III*. (p.p: 263-274). Barcelona: Paidós Ibérica. (Versión original de 1947-1948).
- WINNICOTT, D. (1999c). La agresión en relación con el desarrollo emocional. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós Ibérica. (Versión original de 1950-1955).

- WINNICOTT, D. (1999d). La angustia asociada con la inseguridad. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós Ibérica. (Versión original de 1952).
- WINNICOTT, D. (1999e). *La defensa maniaca*. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. (pp. 177-197). Barcelona: Paidós Ibérica. (Versión original de 1935).
- WINNICOTT, D. (1999f). La mente y su relación con el psiquesoma. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós. (Versión original de 1949).
- WINNICOTT, D. (1999g). Preocupación maternal primaria. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós Ibérica. (Versión original de 1956).
- WINNICOTT, D. (1999h). Primitive Emotional Development. En D.Winnicott (1958), *Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Londres: Karnac. [Desarrollo emocional primitivo. En D.Winnicott (1999). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós Ibérica. pp. 199-214.] (Versión original de 1945)
- WINNICOTT, D. (1999i). Variedades clínicas de la transferencia. En D.Winnicott (1999). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós Ibérica. pp. 391-396.] (Versión original de 1955-56)
- WINNICOTT, D. (2007a). Albergues para niños en tiempos de guerra y de paz. En D.Winnicott, *Obras escogidas: Deprivación y delincuencia. Tomo III*. Barcelona: RBA. (Versión original de 1948).
- WINNICOTT, D. (2007b). Algunos aspectos psicológicos de la delincuencia juvenil. En D.Winnicott, *Obras escogidas: Deprivación y delincuencia*. Barcelona: RBA. (Versión original de 1946).
- WINNICOTT, D. (2007c). El desarrollo de la capacidad de preocuparse por el otro. En D.Winnicott, *Obras escogidas: Deprivación y delincuencia*. Barcelona: RBA. (Versión original de 1963).
- WINNICOTT, D. (2007d). Evacuación de niños pequeños. En D.Winnicott, *Obras escogidas: Deprivación y delincuencia. Tomo III*. Barcelona: RBA. (Versión original de 1939).
- WINNICOTT, C. (2007e). Introducción. En D. Winnicott, *Obras escogidas: Deprivación y delincuencia. Tomo III*. Barcelona: RBA. (Versión original de 1954).

- WINNICOTT, C. ET AL. (2007f). Introducción a la segunda parte. En D.Winnicott, *Obras escogidas: Deprivación y delincuencia. Tomo III*. Barcelona: RBA. (Versión original de 1954).
- WINNICOTT, D. (2007g). La agresión y sus raíces. En D. Winnicott, *Obras escogidas: Deprivación y delincuencia. Tomo III*. Barcelona: RBA. (Original de 1939).
- WINNICOTT, D. (2007h). La asistencia en internados como terapia (también conocida como Conferencia David Wills). En D. Winnicott, *Obras escogidas: Deprivación y delincuencia. Tomo III*. (pp. 228-236). Barcelona: RBA. (Versión original de 1970).
- WINNICOTT, D. (2007i). Las bases de la salud mental. En D.Winnicott, *Obras escogidas: Deprivación y delincuencia. Tomo III*. Barcelona: RBA. (Versión original de 1951).
- WINNICOTT, D. (2007j). Las raíces de la agresión. En D.Winnicott, *Obras escogidas: Deprivación y delincuencia. Tomo III*. Barcelona: RBA. (Versión original de 1964).
- WINNICOTT, D. (2007k). La tendencia antisocial. En D. Winnicott, *Obras escogidas: Deprivación y delincuencia. Tomo III*. Barcelona: RBA. (Versión original de 1956).
- WINNICOTT, D – BRITTON, C. (2007l). Manejo residencial como tratamiento para niños difíciles. En D. Winnicott, *Obras escogidas: Deprivación y delincuencia. Tomo III*. Barcelona: RBA. (Versión original de 1947).
- WINNICOTT, D. (2007m). Variedades en psicoterapia. En D.Winnicott, *Obras escogidas: Deprivación y delincuencia. Tomo III*. Barcelona: RBA. (Versión original de 1961).
- ZIRLINGER, S. (2005). *Revista de Psicoanálisis: ayer y hoy*. En <http://www.elpsicoanalisis.org.ar/numero2/editorial2.htm>
- ZUKERFELD, R. (2008). Influencias winnicottianas. En A. Liberman y A. Abello Blanco (comp.), *Winnicott hoy, su presencia en la clínica actual*. (p.p:401-415).Madrid: Ed. Psimática.

INDICE TEMÁTICO

ADAPTACIÓN, 42,77,84,85,
87,88,102,
103,111,113,160,163,166,171,207,21
8,245,246,250,252,271,272,281.

ADAPTACIÓN AMBIENTAL,
42,252.

ADAPTACIÓN DE LA MADRE,
84, 87, 102, 103, 171,281.

ADAPTACIÓN TERAPÉUTICA
DE LA MADRE,218.

AGRESIÓN,
7,20,29,72,113,141-143,148,
149,151-153,172,173,222,252,313.

AGRESIÓN DEL BEBÉ, 143.

AGRESIÓN PRIMARIA, 7,148.

AGRESIVIDAD,
131,147,148,151,152,154,211,213,30
6,327.

AGRESIVIDAD INFANTIL, 148.

AGRESIVIDAD MADURA, 152.

ALBERGUE,
184,192,194,195,206,207,210,220-22
2,224,225,226,277.

AMBIENTE,
50,64,67,69,70,71,72,82,85, 92-94,
105,106,108,115,118,126-130,
134,139,140,144,151,159,161,165,17
1,176,180,181,185,192,193,197,199,2

01,203,207,208,215,216,217,221,222,
225,226,235,237,240,241,246,247,25
0,251,253,257,302,307,309,315,326.

AMBIENTE FACILITADOR, 56,
64,76,140.

AMBIENTE FACILITADOR
SUFICIENTEMENTE BUENO,
64,105,128,134,161,181,240,247,251,
253,255,263,283.

AMBIENTE SOSTENEDOR,70.

AMBIVALENCIA,
90,122,123,130,131,135,177,211,252,
302,327.

AMOR,
12,14,63,81,89,90,110,130,131,
133,143,144,148,149,150,152,153,15
4,186,202,210,211,214,218,220,224,2
52,265,294,306,313,322.

AMOR MATERNAL, 81,218.

AMOR MATERNAL PRIMARIO,
218.

AMOR PRIMARIO, 144, 149,150.

ANÁLISIS FALSO SELF, 261,272.

ANALISTA QUE SOBREVIVE,
139,141,144-146.

ANGUSTIA,
50,61,63,71,74,85,96,122,123,129,13
0,133,151,159,163,174,200,236,239,2

43,244,250,253,258,274,285,293,295,
297,300,301,305,306,307,312,314,31
6,320,321,323.

ANGUSTIA DE
ANIQUILAMIENTO, 61, 85, 87

ANGUSTIA DE CASTRACIÓN,
61,297,300,306.

ANGUSTIA DE SEPARACIÓN,
21,61,106, 274.

ANGUSTIA IMPENSABLE,
61,253,301.

ANGUSTIAS PSICÓTICAS, 295.

ANIQUILACIÓN,
61,70,71,81,85,87,163,
173,176,293,299,301,320.

ANIQUILACIÓN TOTAL, 61,
81,299,301.

APARATOS DEL YO, 162,171.

APEGO, TEORÍA DEL, 198.

ÁREA INTERMEDIA,
28,100,101,105, 107, 108, 114,178.

ÁREA TRANSICIONAL
(ESPACIO TRANSICIONAL),
105,106,113,119,275.

AUTOESTIMA,54.

AUTOSOSTÉN,226.

AVIDEZ, 150, 215.

BEBÉ,19,20, ,21,33,
37,42,50,53-56,58-61,64,65,66,67,69-
90, 92, 94,104,106,
124,133,137,138,140,141,143,144,14
5,149-154,159,166,170,172,173,
181,197,

198,203,206,209,211,213-218,224,22
6, 227, 237,280,282,293,320.

BORDERLINE,
60,175,231,234,244,248,253

CAOS, 36,50,170,171,304,307,315.

CAPACIDAD,
7,17,18,21,28,34,40,41,49,62,71,75,7
8,79,81,82,87-89,91-94, 102,
103,105,108,111,113,114,116,118,12
1-124,127,129-135, 137,141,144-147,
153,160,162,163,167,168,170,174,17
5,178,186,197,198,209-214, 216,217,
235,245,249,255,265,266,272,277,27
8,280-284,286,287,288,301,322,323,3
26.

CAPACIDAD CREATIVA,
114,170,209.

CAPACIDAD DE ESPERANZA,
62,63,78,141.

CAPACIDAD DE ILUSIÓN,
62,78,79,141.

CAPACIDAD PARA ESTAR
SOLOS, 91,92, 216,282. (91-93).

CAPACIDAD PARA JUGAR, 28,
282,288, 323,326.

CETRO DE UN PRIMER
MINISTRO, 55.

COMPLACENCIA,
99,116,164,167,170-173,
175,179,288.

COMPLEJO DE EDIPO, 46, 49,
61, 125, 210, 297.

CONCERN,
21,49,123,124,126,131,134.

- CONDICIONES
SUFICIENTEMENTE BUENAS,
57,132,165,177,180,236,251.
- CONDUCTA ANTISOCIAL,
17,197,199,207, 208,219,221,222.
- CONFIABILIDAD,
224,235,249,152, 153, 155,307,310.
- CONFIANZA,
34,55,78,118,122,130,131,134,195,21
9,252,253,270,282,283,320.
- CONFIGURACIONES
RELACIONALES,92.
- CONFLICTO,
19,41,44,45,46,47,49,58,79,89,95,96,
206,222,223,224,301.
- CONFLICTO PSÍQUICO, 223.
- CONGELACIÓN,
22,246,247,285,309,312,
- CONOCIMIENTO
PROCEDIMENTAL,88.
- CONOCIMIENTO
RELACIONAL IMPLÍCITO, 88,
196.
- CONTENCIÓN, (90),196,(207,
209, 210,215,)225,295.
- CONTINUIDAD EXISTENCIAL,
19,25,65, 84, 85,88,159.
- CONTRATRANSFERENCIA,
42,91,147,193,239,245,256,259,261,2
69,277,288,292,293,313,316.
- CREATIVIDAD,
19,21,25,79,100,101,109,110,115,116
,117,137,141,151,153,154,173,180,18
2,197,205,209,231,232,260,263,265,2
70,274,280,286,287,318,323,325,326,
327.
- CREATIVIDAD PRIMARIA,
21,100,101, 141,
180,209,280.
- CRUELDAD, 126,127,131.
- CUIDADO MATERNO,
57,58,69,71,75,76,
82,84,89,127,133,165,173,184, 207,
210, 222,223,224.
- CUIDADOS AL BEBÉ, 56,
69,76,82, 84, 127,133,184.
- CUIDADOS CORPORALES,
53,75,76,86,179.
- CULPA,
21,31,36,42,66,122,123,125,126,131,
132,133,134,135,146,161,177,200,20
1,211,298,305,321,323.
- CULPA, CONCIENCIA DE, 200.
- CULPA IMPLANTADA,132,133.
- CULPA, SENTIMIENTO DE,
66,123,124, 130-133,200,201.
- CULPA VERDADERA,132.
- CULPABILIDAD,124,130.
- DÉFICIT,58,64,89,97,219,223,253.
- DEPENDENCIA,
8,24,28,50,71,72,85,89,93,96,102,106
,124,132,135,154,158,165,
171,177,182,186,187,219,230,233-24
1,
244,245,247,248,249,250,251,254,25
5,256,271,272,283,300,309,311,312,3
15,318,319,320,321.

DEPENDENCIA ABSOLUTA,
71,85,102, 106, 124,318,319.

DEPENDENCIA RELATIVA,
71,93,102, 106, 319.

DEPRESIÓN,
30,49,125,132,161,162,176,238,294,2
95,315,316.

DEPRESIÓN MATERNA,132,161.

DEPRIVACIÓN Y

DELINCUENCIA, 8, 153, 191,
194,197,198,199,206,225. (191-227).

DERRUMBE, 139,163,227,240,241,
298, 320.

DESAMPARO,62,125,162,307.

DESARROLLO,
7,9,10,18,20,21,24,25,27,32,33,35,39,
44,46,47,48,49,50,53-61,63-69,71,72,
73,75,76,79-84, 88,89,91-93,
96,97,100-103,106,109-113,115,118,
119,122,123,124,125,126,128,129,13
2,133,134,137,140,144-146,
150,151,158-162,164,165,166,168,16
9,172-177,179-181,183,187,191,192,
194,195,198,199,203,204,207,210-21
2, 215,216,219-221,
223-225,230,233,235-240,242-244,
246-250, 253-255,260,262, 264, 267,
272,273,276,280-283,297,301,
309,310, 318,326.

DESARROLLO EMOCIONAL, 7,
33,39,46, 53, 57,58,59,60-65,
68,82,91-93, 101,123,
124,150,165,191,195,203, 221,236,
239, 301 (53-97).

DESARROLLO EMOCIONAL
PRIMITIVO, (53-97),
39,57,58,68,236.

DESARROLLO PSÍQUICO,
57,76,223.

DESARROLLO SALUDABLE,
49,50,103, 124, 159,166,174,264.

DESARROLLO TEMPRANO,
18,20,50,54,56,
64,84,102,103,106,111,125,128,129,1
40,161,166,175,177,199,220,221,238,
244,246,248,253,254,255. (53-97).

DESEO,
12,25,38,53,54,59,62,77,79,84,89,91,
95,127,128,129,144,173,177,184,187,
213,266,275,299,304,310,313,326.

DESESPERANZA, 62,208,266,326.

DESILUSIÓN,105,111,113,126,212.

DESINTEGRACIÓN, 62.

DESPERSONALIZACIÓN,
74,125,133.

DESTETE,105,126.

DESTRUCCIÓN,
7,21,38,61,62,123,128,134,141,142,1
43,144,145,146,147,148,150,151,152,
153,154,176,177,197,200,208,210,21
1,213,262,263,294,301,307,326
(137-154)

DESTRUCCIÓN FANTASEADA,
141,142, 152, 153.

DESTRUCCIÓN PRIMARIA,
148,151,

DESTRUCTIVIDAD,
21,38,134,143,144,145,146,147,148,1
50,152,154,177,197,200,208,210,211,
213,307.

DISCRIMINACIÓN,
67,85,112,113,124, 126, 241,245,274.

- DISOCIACIÓN,
65,66,101,122,160,161, 162,164,167,
171,172,246,247,261,
270,284,285,288,318.
- DUPLA MADRE-BEBÉ,
67,69,83,87,88,90-92,154,226.ESP
67, 90,91,92,226.
- EGO NEEDS,164,166,250.
- ELABORACIÓN IMAGINATIVA,
87,180.
- ELLO,84,85,86,89,94,95,96,164,172.
- EMPATÍA,
32,80,82,87,169,184,213,116,226,255
,271,310.
- ENTORNO,
9,28,34,67,68,70,71,75,76,81,85,86,8
7,88,144,150,151,152,197,198,199,21
3,216,217,218,221,222,224,227.
- ENTORNO FACILITADOR,76
(64,140,151,264)
- ENTUSIASMO,
11,16,47,172,195,210,225.
- EROS,321.
- EROTISMO MUSCULAR,
20,69,100,101,108,
112,128,149,162,172,173.
- ESCISIÓN,
50,132,160,161,174,177,178,261.
- ESPACIO POTENCIAL,
7,102,114,116-118,
166,167,277,278,280,281,282,285,28
9. (114-119)
- ESPEJO, 63,74,158,166,170,183,189.
- ESPERANZA,
62,63,78,139,141,195,199,208,210,21
3,221,226,244,247,250,265.
- ESPONTANEIDAD,
19,20,25,28,37,41,58,80,84,86,87,117
,141,147,150,151,153,159,165,173,17
5,178,179,181,185,216,262,265,288,2
89,312,313,314,320,323,327.
- ESQUIZOIDE,
47,60,83,91,125,162,171,172,175,134
,244,253.
- ETAPAS TEMPRANAS,
42,58,60-62,81,89, 203,253,319.
- EXCITACIÓN,
66,97,103,127,128,130,149,150,216,2
37,282.
- EXCITACIÓN SEXUAL,97,
- EXISTENCIAL,
19,25,28,65,84,85,88,159.
- EXPERIENCIA,
9,10,17,19,28,32,35,38,39,55,58,60,6
6,67,68,69,70,71,75,78,87,89,91,92,9
3,94,96,97,100,101,102,103,104,105,
107,108,109,110,111,112,113,114,11
5,116,118,119,128,129,130,131,132,1
33,134,137,138,139,139,158,159,160,
162,164,166,167,170,171,172,175,17
7,179,180,181,182,183,184,185,186,1
92,194,196,198,203,207,212,214,219,
220,221,223,232,235,238,239,246,24
7,247,248,249,250,253,254,255,256,2
59,260,261,270,274,277,279,280,282,
284,285,286,287,288,296,303,304,31
2,319.
- EXPERIENCIA CULTURAL,
103,107,109,115-118,139,175,279,28
6.

EXPERIENCIA EMOCIONAL
CORRECTIVA, 249,255,304,312.

EXPERIENCIAS INSTINTIVAS,
70, 132.

FACTORES AMBIENTALES,
60,161.

FALLA,
8,22,50,58,85,86,87,90,111,112,113,1
31,160,161,170,171,175,178,207,211,
218,221,228,235,245,246,247,253,25
4,255,256,162,271.

FALLA DE ADAPTACIÓN,
85,111,113, 160, 171, 245,246

FALLA PRECOZ, 58,85.

FALLA SEVERA DEL
AMBIENTE, 207.

FALSA EXISTENCIA,93,309.

FALSEDAD, 38,162,163,173,240.

FALSO DESARROLLO,159,262.

FALSO SELF,
7,8,22,24,86,93,116,125,157-159,160,
161,162,163,165,167,168,169,170,17
1,173,174,175,177,178,179,183,235,2
40-243,246, 250, 253,254,261, 262,
272,284.(157-189)

FANTASÍA,
51,71,128,129,131,141,142,
144,146,151,152,153,162,176,177,25
2,275,300,302.

FANTASÍA DESTRUCTIVA, 144,
146, 148, 152, 177.

FASTIDIAR,197,227.

FASTIDIO,
213,214,215,216,217,222.

FENÓMENO(S)
TRANSICIONAL(ES),
28,99,100,102,105-110,113, 126, 140,
219,279.

FENÓMENOS SUBJETIVOS,
113,139,146, 151,272.

FRONTERIZO,
35,60,140,145,243,244.

FRUSTRACIÓN,
84,85,86,94,95,111,143,149,150,163,
164,168,169,205,314.

FRUSTRACIÓN ÓPTIMA,
169,254.

FUNCIÓN DEFENSIVA,
46,91,160,284.

FUNCIÓN ESPECULAR,63,183.

FUNCIÓN INTELECTUAL,
19,80,101,162, 171, 186,270,288.

FUNCIONES MATERNAS,
57,64,69,82,173.

FUSIÓN,
72,88,104,105,109,113,150,159,163,1
68,169,176,211,245,253,271,281.

FUTILIDAD,
116,125,160,162,179,235,307.

GAME,28,117,159,237,264,273,278.

GARABATO,273,274,275.

GESTIÓN DEL PROCESO
TERAPÉUTICO, 164,
208,225,245,250,255,308,309,310,31
1,315,317,318,319.

GESTIÓN DEL TRATAMIENTO,
308, 309, 310, 315,317,318,319.

- GESTO CREATIVO,
25,115,147,168,237,261.
- GESTO ESPONTÁNEO,
20,28,37,41,58, 151, 159,
165,178,179,181,184, 262, 265,
312,320,327.
- GLOTONERÍA,150.
- GOING ON BEING,
25,112,124,166.
- GRADOS DE FALSO SELF,
174,175,-178
- GRUPO INDEPENDIENTE,
52,292.
- HANDLING, 74,75,77.
- HIS MAJESTY, THE BABY,54,55.
- HOLDING,
70,125,128,130,131,164,181,230,244,
247,253.
- IDENTIFICACIÓN,
19,40,122,129,137,138,139,153,177,2
61,278,284,327.
- IDENTIFICACIONES,
40,137,138,139,153, 177, 327.
- ILUSIÓN,
19,62,78,79,83,99,102,103,104,105,1
06,107,110,111,113,126,141,165,212,
226,281,316.
- ILUSIÓN DE OMNIPOTENCIA,
105,165.
- INDEPENDENCIA,
71,72,89,154,186,187, 251,319,321.
- INFANCIA,
55,56,92,107,110,121,151,194,202,20
3,214,239,247,249,251,254,293,307,3
08,315.
- INFANTE,
19,21,22,57,65,67,69,71,72,75,
76,80,84,87,89,92,93,101,111,139,14
3,144,151,152,168,169,197,203,206,2
07,211,216,224.
- INSTINTO DE MUERTE,
20,142,143.
- INSTINTOS,
20,7076,77,85,123,128,130,131,132,1
43,148,172.
- INSTINTOS AGRESIVOS
PRIMITIVOS,148.
- INTEGRACIÓN,
9,62,64,65,66,67,68,69,70,
73,74,75,77,85,86,112,122,123,124,1
27,128,129,130,132,150,166,211,245,
246,250,270.
- INTEGRACIÓN PRIMARIA,
65,67,124.
- INTENCIÓN DESTRUCTIVA,
133, 145, 148- 150.
- INTERPRETACIÓN,
8,35,49,69,115,149,157,
164,177,184,187,202,208,223,226,22
9,230,233,238,240-244,250,257,259,2
62-264,266-275,
279,284-289,291,310,320.
- INTERSUBJETIVIDAD,
92,129,167.
- INTROYECCIÓN,
50,85,100,101,133,172,
173,212,253,266,273.

- INTRUSIÓN,
71,128,160,176,239,246,247,
262,307,308.
- IPSEIDAD,19,183,187.
- IRA, 150,247,255,261,305,307, 309,
317, 318.
- JUEGO,
21,25,28,37,40,47,48,62,96,97,
108,110,113,114,116-119,
122,126,127,
131,133,137,139,145,151,158,161,16
2,164,174,178,193,204,216,219,231-2
33,
235,238,246,250,251,253,255,258,26
0,261,263,266,267,273-278, 280-285,
288, 293,301,302,320,321.
- JUEGO INFANTIL,96,97,114.
- JUGAR,
8,28,57,60,67,106,108,114,115,
116,117,149,154,210,230,231,233,27
4,276,277,278,279,280,281,282,283,2
84,285,286,287,288,289,300,320,323,
326,327.
- LIBIDINAL,46,211,214.
- LOCURA,
61,80,107,113,188,200,244,260,294,3
01,302.
- MADRE,
7,18,19,21,30,31,33,36,42,50,53,54,5
5,57,58,60,64,66,67,69,70,71,72,73,7
4,75,76,78,79,81-94, 102-106, 108,
111,113,115,116,118,126-132,
137,138, 140-142,
144,149,151,153,154, 158, 161,
163-173, 181,184,187,191,194,
198,207,209,210,211,217,119,220,22
1,223-226,
- 234,236,251,262,268,271,280-283,29
3,294,299,302,303,306,307,312,313,3
15-317,329,322. (82-90)
- MADRE BIOLÓGICA, 82.
- MADRE DEPRIMIDA,31,75.
- MADRE DEPRIVADORA,218.
- MADRE MEDIO-AMBIENTE,
19,
20,64,69-74,82,84,85,93,94,124-126,
128,130,
161,164,166,167,168,169,181,210,22
6,282,313; ESP.127,128.
- MADRE-OBJETO,94,127,128,281.
- MADRE OBJETO DE LA
PULSIÓN,94,127
- MADRE SOSTÉN Y AMBIENTE,
19,20,64,69-74,82,84,85,93,94,124-1
26, 128, 130, 161,164,166-169, 181,
210, 226, 282, 313. ESP. 94
- MADRE SUFICIENTEMENTE
BUENA, 50,58,
64,82,83,89,111,153,161,165,168,169
.
- MADRE-TERAPEUTA, 218.
- MANEJO,
74,92,152,163,164,178,192,200,208,2
21,225,239,308,309,320.
- MANIPULACIÓN,
21,74,76,224,321.
- MANIPULEO,
65,74,75,76,77,85,109,185,
- MEMORIAS NO PENSABLES,
246,247.

MENTE,
55,68,69,104,112,116,129,158,
160,162,170,171,172,182,185,240,24
2,243,267,268,270,306.

METÁFORA, 44,
65,66,79,109,110,115,
158,159,169,182,184,185,232,235,24
1,264,273,274,285,309.

METÁFORA DEL GARABATO,
273,274,275.

METÁFORA DEL OBJETO
TRANSICIONAL, 110,273,27.

MIEDO,
61,91,148,298,299,300,301,314,320.

MIEDO A LA DESTRUCCIÓN
TOTAL, 61,301.

MIRADA DE LA MADRE,
55,166,167 (GESTO MATERNO:
75,142,166,167,170,172,268)

MOMENTO DE ILUSIÓN,19,78.

MUNDO EXTERIOR, 60, 103,
142-144, 150, 246.

MUNDO INTERNO,
37,60,108,109,114,
115,142,212,280,308.

MUTUALIDAD,
77,232,269,288,316.

NARCISISMO,
54,55,56,57,78,80,104,124,141,176,1
77,202,253,263,264,284,297.

NARCISISMO INFANTIL,55,80.

NARCISISMO, INTRODUCCIÓN
AL,55.

NARCISISMO PRIMARIO,
54,56,57, 124, 141, 177,253.

NATURALEZA RELACIONAL,
9,145.

NECESIDADES,
24,67,69,73,83,85,86,88,
89,94,95,103,104,106,111,113,127,15
8,160,163,164,165,167,168,172,173,1
80,193,216,218,227,231,239,250,255,
273,284,293,321.

NECESIDADES DEL BEBÉ,
73,85,86,88, 89,
103,104,106,111,113,127,163,165,16
7,172,216,218.

NECESIDADES DEL ELLO,
85,94,164.

NECESIDADES DEL YO ,85, 86,
94, 127, 164, 250.

NECESIDADES ESPECÍFICAS,
69,83.

NECESIDADES YOICAS,218.

NEUROSIS,
29,37,46,147,175,177,198,202,236,24
4,248,297,306,315.

NEUROSIS DE
TRANSFERENCIA,148,297,315.

NIÑOS DEPRIVADOS, 72, 97,
139, 192, 195, 216.

NIÑOS DIFÍCILES, 204,225.

NIÑOS DÍSCOLOS, 201.

NIÑOS EVACUADOS,191,193.

NIÑOS IMPOSIBLES,204,220.

NO INTEGRACIÓN,
65,67,68,75,124.

- NO-YO, 21, 71,99,105,106,
108,109,111,
118,126,279,281,282,288,302,319.
- OBJETO, BÚSQUEDA DEL,
209,211.
- OBJETO CREADO-
ENCONTRADO, 21,142.
- OBJETO HALLADO, 21,79.
- OBJETO IDEALIZADO,147,148.
- OBJETO OBJETIVO,140,141,142.
- OBJETO PARCIAL,122.
- OBJETO SUBJETIVO,
20,101,106,110,118, 140-142,
209,272,281,289.
- OBJETO TOTAL, 122,129.
- OBJETO TRANSICIONAL ,
21,100,101, 105, 106,
109,110,111,273,281.
- OBJETOS EXTERNOS,151.
- OBJETOS Y FENÓMENOS
TRANSICIONALES,
28,99,102,105,106,108,109,110,113,1
26,140,219,279.
- OBJEU,260,267,275.
- ODIO,
7,19,21,41,42,90,91,131,142,143,144,
148,150,153,227,139,247,252,313.
- ODIO DE LA MADRE A SU
BEBÉ,42,
- ODIO EN LA
CONTRATRANSFERENCIA, 42,
91, 239,313.
- OMNIPOTENCIA,
19,21,55,80,103,105,109,128,131,132
,140,141,144,145,151,153,165,167,16
8,173,282.
- OMNIPOTENCIA PRIMARIA,
21,80,103, 105,
109,140,141,144,145,151,153.
- ORGASMO DEL YO,7,93,96.
- ORIGINALIDAD,
23,44,47,118,119,197,232,276,321.
- OTRO DISTINTO DE MÍ,154.
- PACIENTES DIFÍCILES, 60
- PACIENTES ESQUIZOIDES,
47,60,91, 171, 172,175,234,
- PACIENTES FRONTERIZOS O
BORDERLINES, 60,
140,145,175,221,231,234,253.
- PACIENTES GRAVES,
58,60,63,68, 74, 145,
219,221,233,234,253,308.
- PACIENTES PSICÓTICOS,
58,74,140, 175, 231, 234,243.
- PACIENTES SEVERAMENTE
PERTURBADOS, 60, 272.
- PADRE,
15,18,29,30,33,54,56,60,69,73,84,109
,134,135,145,151,154,167,181,182,18
4,187,191,192,196,200,204,207,208,2
10,212,213,214,215,216,220,242,285,
293,294,304.
- PARADOJA,
17,19,60,79,92,101,102,107,108,109,
110,116,117,118,140,141,142,165,16
6,181,182,187,199,209,232,247,254,2
55,267,278,299,302.
- PARADOJAS
- WINNICOTTIANAS, 299.

PATOLOGÍA GRAVE,
58,60,74,211, 219, 221, 292,309.

PATOLOGÍAS POR
CONFLICTO, 46,47,58, 223, 301

PATOLOGÍAS POR DÉFICIT ,
64,223.

PECHO, 66,67,77,78,79,83, 87, 102,
103, 104, 105, 128, 130,
144,149,281,312.

PERSONALIZACIÓN,
7,64,73,74,75,77,85,125,133,250.

PERSONAS ENTERAS,61.

PLACER,
56,69,74,75,76,77,81,87,88,89,94,97,
112,143,168,201,203,206,219,264.

PLAY,28,117,274,278.

PLAYING , 21,100,101,115,116,
158,
276-280,282,283,286,288,289,326.

POSESIÓN NO-YO,
21,99,108,109.

POSICIÓN DEPRESIVA,
20,21,47,49,60,66,
105,106,112,113,121,123,124,125,12
6,127,132,133,135,166,177,211.

POSICIÓN ESQUIZO-
PARANOIDE, 47, 50, 121, 122,124.

POTENCIAL HEREDADO,
70,84,181.

PRE-COMPASIÓN,21,126. 131,22,

PRE-DEPRESIVOS,175,177.

PREEDÍPICO,49,54,64,75.

PREOCUPACIÓN MATERNAL
PRIMARIA, 36, 64, 83, 87,209.

PREOCUPACIÓN POR EL
OTRO, 49,102,105,112,121, 123,
124,126, 131,135. (121-137).

PRESENTACIÓN DEL OBJETO,
65,74,79, 81, 85, (79-82).

PREVERBAL,
54,64,75,191,196,224.

PRIMER OBJETO, 140

PRIMERA PARADOJA
WINNICOTTIANA ,19, 79, 209,

PRINCIPIO DE REALIDAD,
69,141,143, 150, 201,248.

PRINCIPIO DEL PLACER,
56,69,143,203.

PRIVACIÓN,
8,17,82,97,153,191,193,194,195,197,
198,203,206,207,208,211,212,213,21
5,217,218,222,225.

PROCESOS BÁSICOS,7, 64,
(64-82)

PROVISIÓN AMBIENTAL,
181,207,326.

PSICOANÁLISIS RELACIONAL,
73, 77, 84, 147,209.

PSICOSIS,
18,58,74,86,175,177,231,234,243,244
,248,302,315.

PSICOSIS DE
TRANSFERENCIA,248,315.

PSICOSOMÁTICO,244,270.

PSIQUESOMA,
61,67,76,87,158,162,172,240,242,270

.

- PULSIÓN DE AMOR-LUCHA, 152.
- PULSIÓN DE MUERTE, 142, 143.
- PULSIONAL, 69, 77, 84, 85, 89, 94-97, 124, 128, 130, 152, 216, 223, 249.
- PULSIONES, 70, 84, 85, 89, 94, 97, 127, 142, 143, 152, 211.
- REACCIÓN, 70, 71, 72, 85, 93, 128, 133, 143, 145, 152, 163, 171, 173, 176, 179, 188, 195, 247, 253, 289, 304, 317, 323.
- REACCIONES DEL BEBÉ, 86.
- REACTIVA, 20, 49, 86, 179, 310, 320, 326.
- REALIDAD COMPARTIDA, 7, 109, 137, 140, 141, 143, 144. (137-155)
- REALIDAD EXTERIOR, 66, 115, 176.
- REALIDAD EXTERNA, 37, 51, 77, 100, 103, 114, 116, 165, 175, 192, 280, 214.
- REALIDAD PSÍQUICA, 48, 116, 192, 193, 280, 282.
- REALIZACIÓN, 10, 23, 64, 77, 78, 81, 85, 255, 284.
- REGRESIÓN A LA DEPENDENCIA, 24, 28, 158, 165, 219, 230, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 244, 245, 247, 248, 250, 254, 255, 256, 271, 272, 300, 309, 320, 321, (234-251).
- REGRESIÓN SEVERA, 300.
- RELACIÓN, 9, 19, 20, 22, 23, 24, 28-31, 33, 34, 37, 40, 41, 44, 47-49, 51, 54, 57, 59-66, 69, 71, 72, 76-79, 81, 82, 84-86, 88, 89, 91-97, 100, 101, 105-108, 112, 114, 116, 117, 121-133, 137, 141-145, 147-155, 157, 158, 161, 162, 165-168, 173-178, 180, 181, 183, 185, 187, 188, 192-200, 204-208, 210, 212-214, 216-218, 222, 223, 232, 233, 237, 238, 240-242, 244, 249, 250, 258, 260, 161, 262, 266, 269, 276, 278, 279, 281-283, 285, 288, 293, 295, 296, 298, 302-306, 308-310, 312-322, 325, 327.
- RELACIÓN DE OBJETO, 20.
- RELACIÓN DEL INFANTE CON SUS PROGENITORES, 138, 139.
- RELACIÓN MUTUA, 77, 232.
- RELACIÓN PACIENTE-TERAPEUTA, 93, 95, 314.
- RELACIONAL, 9, 10, 35, 43, 73, 76, 77, 84, 86, 88, 89, 92, 93, 94, 95, 96, 108, 145, 147, 148, 150, 151, 196, 199, 201, 209, 211, 223, 224, 233, 269, 302, 313, 318.
- RELACIONALIDAD DEL YO, 94, 95, 96.
- RELACIONES DEL ELLO, 94, 95, 96.
- RELACIONES DEL YO, 95, 97, 216.
- RELACIONES OBJETALES, 48, 69, 71, 76, 106, 122, 125, 129, 140, 237, 250.

- RELACIONES PARENTALES,
210.
- REPARACIÓN, 29,32,66,130,135.
- REPRESALIAS,144,145,146,154.
- RESISTENCIA,
20,78,87,245,256,268,
269, 284,288,289.
- RESPUESTA DEL ENTORNO,
50,128,130, 132,199,282. ESP.199.
- RESPUESTA TOTAL DEL
ANALISTA,293.
- RETALIACIÓN ,50,128,310.
- RETALIATIVO,
90,128,144,222,253.
- RETRAUMATIZACIÓN,254,302.
- ROBO-BÚSQUEDA DE LA
MADRE,219.
- SEGUIR SIENDO,65.
- SEGUNDA OPORTUNIDAD,
58,65,224,235, 250,264,309,312.
- SELF,7,8,22,24,43,82,84-86,93,106,
111,
112,116,117,127,129,130,132,133,15
1, (ESP157-189),
199,205,235,240-243,
246,250,253,254,261,262,266,272,28
1,284,285,286,299,309,320,323.
- SENTIMENTALISMO,
153,223,311.
- SENTIMIENTO DE CULPA,
66,123,124,130-133,200,201.
- SENTIMIENTO DE SÍ MISMO,
54,55.
- SENTIR CON,83,311,312.
- SENTIRSE REAL,
116,157,179,180, 183, 250, 286,325.
- SEPARACIÓN TEMPRANA,
197,198. SEPARACIÓN
(61,71,105,106,109,110, 116-119,
166,168,169,187,194,197,
198,206,271,274,276,279,282,293).
- SER, (DE SELF 7,8,22,24,43,82,84,
85,
6,93,106,111,112,116,117,127,129,13
0,132,133,151, (ESP157-189), 199,
205, 235,240-243, 246,250,253, 254,
261,
262,266,272,281,284,285,286,299,30
9,320,323.
- SER ENCONTRADOS,154,299.
- SER PERCIBIDOS,154,
- SER USADOS,147,154,267,272.
- SEXUAL,
55,94,95,97,240,302,305,307.
- SEXUALIDAD,
10,94,95,96,161,301,306.
- SÍ MISMO, 19, 20,54,66,90,129,154,
157,166,172,205,223,248,253,287,32
0,321.
- SIGNIFICADO
INCONSCIENTE, 203.
(SIGNIFICADOS:
66,73,91,100,107, 112,
115,149,164,170,182,183,185,186,19
9,201,203,205,208,214,221,222,231,2
68,270,273,280,288,303,319).
- SOBREVIVIR,
21,32,110,130,139,141,144,
145,146,176,191,224,230.

- SOSTÉN,
19,20,49,62,65,70,71,72,73,74,
80,82,84,85,93,94,101,108,109,110,1
11,124,125,126,128,130,135,143,146,
161,164,166,167,168,169,179,181,18
3,186,187,200,201,206,208,210,213,2
14,216,220,221,224,226,234,237,242,
249,253,259,263,267,282,285,288,28
9,291,305,309,313 ,319,326,328.
- SU MAJESTAD EL BEBÉ,54,56.
- SUBLIMACIÓN, 95,96,115.
- SUMISIÓN,164,167,173.
- SUPERVIVENCIA,
21,78,128,139,141,142,143,146,170,1
71,173,227,297,312.
- SUPERVIVENCIA DEL
ANALISTA,146.
- SUPERVIVENCIA DEL OBJETO,
21,128,141,142,143.
- TEMOR A LA ANIQUILACIÓN,
320.
- TEMOR AL DERRUMBE,
163,240,320.
- TEORÍA DE LA CURA,193.
- TERAPIA MATERNA,218.
- TRANSFERENCIA,42,49,91,95,
138, 146,
147,150,158,193,205,238,239,240,24
5,247,248,254,256,259,261,267,269,2
71,277,288,292,293,297,312,313,315,
316,322.
- TRANSICIONAL,
28,99,100,101,102,105,
106,107,108,109,110,111,113,119,12
6,140,219,273,275,279,281,282,318.
- TRANSICIONALIDAD,
21,48,79,99,100,105,
107,108,114,119 (99-119), 126, 175,
267,280.
- TRASTORNOS TEMPRANOS
DEL DESARROLLO, 58,175.
- TRAUMA,
87,160,161,193,206,211,239,247,254,
255,256,284,285,304,(Y
TRAUMATISMO)
- TRAUMA ACUMULATIVO, 160,
161, 254, 256,284.
- TRAUMÁTICAS,
74,105,146,193,194,203, 246.
- TRAUMÁTICAS, SITUACIONES,
74,161,193.
- TRAUMÁTICO,
160,203,255,280,284,303.
- UNIDAD PSIQUE-SOMA,
61,67,76,87,158,
162,172,240,242,270. ESP 76.
- USO DEL OBJETO, 20, 101, 113,
140,151, 154,281.
- VENGANZA,
128,133,141,144,145,222,319,ESP
(128,133,141,144)
- VERDADERO SELF, 112, 116,
157, 160, 166, 167,173-176, 178—
187 189, 205, 243, 250, 253, 262,
309,320,323.
- VIDA CREATIVA, 42,320.
- VIDA PULSIONAL DEL BEBÉ,
84.
- VIDA REACTIVA,86,326.

VÍNCULO MADRE-BEBÉ,
67,69,83,87, 88, 90, 91,92,154,226
ESP.69

VÍNCULO TEMPRANO,55,86.

VORACIDAD,
77,150,197,215,217,218.

YO,
18,19,21,47,50,82,84,85,86,87,88,89,
92-97, 99, 104-106, 108-111, 118,
122, 123,126-128, 133, 143, 150,
157, 158,160-162,
164,165,171,185,186,

216,218,250,279,281,282,288,294,29
7,305 (INSTANCIA PSÍQUICA)

YO-NO YO,71,126,282. (NO.YO:
21,71,99,105,106,108,109,111,118,12
6,279,281,282,288,302,319)

ZONA INTERMEDIA, 28,
100-102, 105, 107,
108,114,178,219,279 ESP 219.

ZONA TRANSICIONAL,
105,106,113,119,275. (ESPACIO
TRANCIONAL) ESP 219.

INDICE DE AUTORES

- ABAD, H., 214
- ABELLO BLANCO, A., 2, 3, 4, 5, 9,
11, 12, 13, 15, 16, 18, 20, 22, 26, 27,
35, 53, 65, 73, 137, 141, 191, 249, 291,
325, 327, 328
- ABRAHAM, K., 44, 122
- ABRAM, J., 246
- ABURTO, M., 11
- ALEXANDER, F., 249, 255, 304, 311
- ALGUACIL, A., 14
- ARAMENDI, A., 14
- ARGULLOL, R., 188
- ARON, L., 35, 232, 273
- AULAGNIER, P., 187
- ÁVILA ESPADA, A., 2, 4, 7, 10, 11,
43, 65, 235, 310
- AZPEITIA, J., 73
- BARANGER, W., 257, 274
- BARRUTIA, A., 14
- BENJAMIN, J., 278
- BERGSON, H., 16, 19, 113, 188
- BERLÍM, I., 188, 189
- BION, W., 101
- BLEGER, J., 257
- BLEICHMAR, H., 125, 249
- BOIM, A., 15
- BOLLAS, CH., 129, 184, 186, 187,
247, 269, 285, 286
- BOUSHIRA, J., 27, 31, 35, 36, 154
- BOWLBY, J., 197, 198, 206, 211
- BRIERLEY, M., 44
- BRITTON, C., 17, 33, 194, 225
- BROMBERG, P., 160, 266
- BUDA, B., 64, 75
- BUXTON TAYLOR, A., 33
- CALVEIRO, P., 74, 75
- CASTAÑO, R., 11
- CASULLO, A., 14
- CLANCIER, A., 186
- CODERCH, J., 2
- CORCOS, M., 99, 166, 169, 170
- CHAMORRO, M., 14
- CHELGER, I., 27, 31, 36
- CHEVALIER, J., 16
- DAVIS, M., 70
- DE MAIRENA, J., 118
- DE PAÚL, V., 227
- DE PRATI, D., 11
- DERI, S., 275

- DURIEUX, M. C., 27, 31, 35, 36, 154
 ESPINOSA, E., 11
 EVANS, B., 276
 FAIRBAIRN, R. D., 2, 9, 117, 209
 FEDIDA, P., 260
 FERENZCI, S., 9, 39, 45, 60, 160, 168, 261, 269, 288
 FINE, 138
 FIORINI, H., 12, 40
 FREEMAN SHARPE, E., 44 297, 299, 300, 301, 304, 305, 306, 309, 318
 FRENCH, T., 304
 FREUD, A., 17, 18, 38, 39, 46, 48, 51, 52, 292
 FREUD, S., 8, 29, 37, 41, 45, 46, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 60, 61, 70, 71, 78, 79, 86, 97, 122, 124, 142, 143, 193, 199, 200, 201, 202, 203, 231, 238, 244, 251, 253, 264, 287, 298, 306, 310
 FROMM, E., 9
 GABBARD, G., 247
 GALAZ, M., 12
 GARCÍA CASTRILLÓN, F., 143
 GAY, P., 55
 GERBER, A., 276
 GILBERT, E., 53
 GLOVER, E., 44, 51
 GREEN, A., 35, 161, 232, 233, 234, 236, 251
 GREENACRE, P., 40
 GRINBERG, L., 133
 GROLNICK, S., 108, 117, 118, 133, 183, 230, 254, 275
 GROTSSTEIN, J., 296, 297
 GUNTRIP, H., 18, 27, 41, 125
 HEGEL, G. W., 188
 HEIMANN, P., 51
 HORNSTEIN, L., 244, 327
 ISAAC, S., 44, 45, 51
 JACOBSEN, 138
 JAMES, M., 35
 JEAMMET, P., 167, 168
 JONES, E., 43, 44, 45, 55
 JUNG, C., 44, 86, 137
 KAHN, M., 18, 33, 160, 161, 162, 171, 250, 254, 256, 263, 284
 KAHR, B., 46
 KALMANOVITCH, J., 185, 186
 KIERKEGAARD, S., 260, 263, 264
 KLEIN, M., 8, 17, 18, 29, 33, 38, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 59, 60, 66, 121, 122, 123, 125, 130, 140, 142, 148, 231, 233, 237, 238, 257, 258, 263, 265, 267, 280, 292
 KOHON, G., 45, 52
 KOHUT, H., 9
 LACAN, J., 187, 289
 LALANDE, 167
 LALANNE, F., 14
 LAPLANCHE, J., 249
 LEIBOVITCH, A., 14

- LESTER, 247
- LÉVINAS, 16, 21, 188
- LIBERMAN, A., 12, 15
- LIBERMAN, D., 257
- LIBERMAN ISOD, A., 2, 3, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 35, 43, 65, 73, 99, 121, 133, 141, 157, 187, 193, 229, 249, 325, 327, 328
- LITTLE, M., 8, 37, 60, 61, 243, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324
- LONGHI TARTAGLIA, R., 12
- LÓPEZ FELPETO, P., 11, 12
- LOW, B., 44, 51
- LYONS-RUTH, K., 88, 196
- MACHADO, A., 118
- MARCEL, F., 21
- MARION, J. L., 22
- MÁRQUEZ FLORES, A., 61, 62, 63, 86
- MARTÍN ARTAJO, M., 14
- MARTÍN, M., 14
- MARTY, 125
- MC DOUGALL, J., 55
- MENÉNDEZ, P., 116
- MILLER, E., 198
- MILNER, M., 36, 305
- MITCHELL, S., 9, 184, 185, 231, 249
- MOM, J., 257
- MONET, C., 99
- MONEY-KYRLE, 256
- NEMIROVSKY, C., 13, 14, 57, 58, 193, 246
- NIETZSCHE, F., 27
- ODGEN, 106, 124, 129, 166, 236
- OGDEN, T., 106, 112, 116, 124, 129, 231, 236, 274, 278
- OJMAN, H., 14
- OROZCO, M., 14
- OZ, A., 99
- PAINCEIRA, A., 7, 13, 15, 22, 103, 105, 113, 127, 133, 134, 159, 166, 171, 172, 173, 175, 176, 178, 183, 187, 233, 254, 264, 270, 271, 279
- PAINE, 305
- PASCAL, B., 188
- PAYNE, S., 44
- PAZ, C., 243, 244
- PAZ, R., 14
- PEÓN, M., 90
- PHILLIPS, A., 31, 109, 182, 183, 232, 273
- PICHON-RIVIÈRE, E., 9, 51, 257, 262, 274
- PIEKAR, P., 15
- PIZER, S. A., 108, 232
- PONGE, F., 260, 267
- PONTALIS, J-B., 185, 230, 278, 286
- RACKER, H., 269, 288
- REICH, W., 86

- RICKMAN, J., 44, 51
RICOEUR, P., 183
RIES, H., 236
RITVO, 138
RIVIERE, J., 17, 18, 44
RODMAN, F. R., 33, 34, 38, 39, 40, 41, 48, 58, 60, 99, 102, 160, 235, 236, 237, 256, 257, 261, 262
RODRÍGUEZ SUTIL, C., 2, 11, 84, 157, 209
ROLLA, E., 257
ROMERA CARRIÓN, J. A., 204
RORTY, R., 16, 134, 263
ROUSSILLON, R., 160, 232, 233, 260
SASSENFELD, A., 86
SCOTT, C., 33, 40, 41
SEABRA, I., 14
SEARLES, H., 167
SERRAT, J. M., 12
SLOCHOWER, J., 73, 233
STEPHEN, A., 44
STERN, D., 160
STRACHEY, A., 44, 45, 262
STRACHEY, J., 44, 45, 46, 54
SULLIVAN, H. S., 9
SZPILKA, J., 12, 31
TAYLOR, CH., 188
TIZARD, P., 33, 36
VALEROS, J., 283
VÍCTOR HUGO, 304
WALKER, J., 36
WINNICOTT, C., 28, 29, 30, 31, 32, 39, 135, 137, 192, 194, 195, 196, 212
WINNICOTT, D.W. *NO INDEXADO*
WINOGRAD, B., 14
ZIRLINGER, S., 111
ZUKERFELD, R., 14, 160, 230

Una introducción a la obra de Winnicott

Este libro es una introducción a la obra de Donald Woods Winnicott, pero también, como indica su subtítulo, a las contribuciones que esta figura ha hecho al desarrollo del psicoanálisis relacional, al que ha nutrido de manera significativa. En estas páginas los autores han sintetizado y ampliado, en un movimiento constante de ida y vuelta, las principales aportaciones de Winnicott al pensamiento psicoanalítico. Por un lado, han recogido los grandes temas de su obra —aquellos que han sido muy referidos en la literatura especializada— y, por otro, han desarrollado aquellos conceptos que suelen estar presentes marginalmente en sus trabajos, aunque de forma reiterada, así como algunos de los supuestos frecuentes que, sin embargo, no se encuentran tematizados o explicitados. Ello permite acceder a ciertas ideas que en la obra de Winnicott se exponen de forma opaca o condensada y, desde ahí, desgarnar dichas cuestiones, unir lo fragmentado, generar un hilo conductor entre parcialidades, así como mostrar relaciones conceptuales que hacen que el tema en cuestión revele su importancia y originalidad.

Abello y Liberman

Augusto Abello Blanco es psicólogo clínico, psicoanalista y miembro de ACIPPIA (Asociación Cultural para la Investigación en Psicoterapias Psicoanalíticas).

Ariel Liberman es psicólogo clínico, psicoanalista y miembro de SAP (Sociedad Argentina de Psicoanálisis - IPA).

Ambos son miembros de IARPP (International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy), de IARPP-España, del IPR (Instituto de Psicoterapia Relacional), del Colectivo GRITA (Grupo de Investigación de la Técnica Analítica) y son fundadores del GTI.POP (Grupo de Trabajo Independiente en Psicoterapia de Orientación Psicoanalítica).

Augusto Abello y Ariel Liberman participan, asimismo, como docentes en diversas instituciones y ejercen su práctica clínica en el ámbito privado en Madrid. Ambos autores han mantenido un interés permanente en la obra de Winnicott que se ha reflejado en diversos trabajos y en la publicación, en 2008 del libro "Winnicott hoy. Su presencia en la clínica actual", (Madrid: Psimática).



Sección Española de la
Asociación Internacional
para la Psicoterapia y el
Psicoanálisis Relacional



Instituto de
Psicoterapia
Relacional

