

Una visión sintética sobre los aportes de D. Winnicott a la idea de la cura

Publicado en la revista nº012

Autor: Zirlinger, Silvio

Consultado en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=221&a=Una-vision-sintetica-sobre-los-aportes-de-D-Winnicott-a-la-idea-de-la-cura>

Las teorías psicoanalíticas ejercen influencia selectiva sobre nuestra comprensión de las experiencias clínicas, así como también nos permiten formular las fundamentaciones de nuestra práctica. Las teorías son modificables y ampliables, y están subordinadas al uso que de ellas hacemos en nuestra tarea. Considero que de esta ligazón entrañable entre teoría y práctica podemos desprender la idea de la cura en Winnicott.

Al igual que otros psicoanalistas de su época, él se comprometió en el trabajo con pacientes graves y niños. De esta práctica surgieron sus aportes novedosos acerca del desarrollo psíquico temprano y su comprensión sobre cuadros fronterizos y antisociales, así como la psicosis. Al mismo tiempo también se ampliaron algunos conceptos de la teoría de la técnica y se jerarquizó el valor del encuadre, adjudicándosele sentidos nuevos.

En esta presentación me propongo plantear la idea de la cura o, mejor dicho, las ideas de la cura que se desprenden de su obra, remarcando aquellos elementos de la teoría del desarrollo psíquico temprano que, a mi entender, la sustentan.

A partir de las ideas de la cura desarrollaré el tema de las modalidades de la misma, las funciones del analista y los objetivos terapéuticos

La cura como cuidado y reinicio del desarrollo

El psicoanálisis es un ámbito y un dispositivo en y con el cual encontramos, descubrimos, nuevos nexos y sentidos. Esto implica que el paciente desarrolle su transferencia en la forma que fuere y que el analista pueda aceptarla e interpretarla, sin confundirse con ella ni rechazarla.

Para que esto sea posible, el sostén es indispensable ya que posibilita la creación de un marco de confianza en el que puedan entrar en juego la comprensión e intervenciones del analista, tanto como el despliegue y la resolución de las motivaciones inconscientes del paciente, desarrollándose así el self. De estas concepciones nacieron sus ideas de la cura como cuidado. Ésta, siguiendo la modelística de los aportes maternos y paternos, no consiste en el abastecimiento de las necesidades reales, sino en suministrar a través del cumplimiento del encuadre por parte del analista -estar allí a la hora indicada, que las intervenciones tengan un "ritmo", callar, tolerar la paradoja, etc.- la posibilidad de metaforizarlas. No se reproducen literalmente las pautas primeras, sino que se recrea en la transferencia el ambiente en el cual los conflictos del desarrollo temprano se puedan tramitar simbólicamente. Este procesamiento simbólico estará apoyado en la recreación del ambiente de holding que será, en consecuencia, la base metacomunicativa del

proceso curativo. La estabilidad de este marco le posibilitará al paciente tener confianza en todo el vínculo terapéutico.

Al haberse atrevido Winnicott a tratar pacientes no neuróticos, planteando que lo que no se subordina al dominio del yo debe revivirse en regresiones profundas y lo que cae bajo su égida se repite en la transferencia, produjo una divisoria de aguas en el abordaje terapéutico, constituyéndose el diagnóstico del paciente en algo crucial. Los pacientes psicóticos, fronterizos y antisociales lo llevaron a sostener que la provisión y el mantenimiento del encuadre son más importantes que la labor interpretativa, en determinados momentos del proceso terapéutico. Indudablemente, estas posibilidades técnicas están basadas en sus ideas sobre la fase de dependencia, la importancia del holding materno, la concepción de la fusión y la integración y su idea de que la regresión permite un retorno a las situaciones conflictivas congeladas, con la posibilidad metafórica de reiniciar el desarrollo.

Desde la perspectiva de Winnicott, cuando se regresa se lo hace a las necesidades de dependencia. Esta regresión es curativa, pues permite retornar hacia las situaciones precoces "archivadas", descongelarlas para recuperar el verdadero self y posibilitar su desarrollo.

En la relación analítica la dependencia toma la forma de la dependencia infantil, con la salvedad de que es posible que al paciente le lleve mucho tiempo llegar a ella, debido a las pruebas que tiene que hacer para que las experiencias pasadas dejen de preocuparlo. Esta preocupación está ligada al hecho de que el individuo no pudo organizarse contra las fallas ambientales debido, precisamente, a su situación de dependencia. Desde esta perspectiva, la regresión no consiste en demandar algo que ya se tuvo sino en desmantelar el sistema defensivo de autocuración patológico.

Como otros analistas, Winnicott consideró que si el terapeuta no interfiere ni la provoca, se da un proceso natural donde la regresión llega al nivel donde se ha detenido el desarrollo. En esta postura terapéutica hay una profunda esperanza en la naturaleza humana, en su tendencia al desarrollo.

El replegamiento es una defensa que le permite al individuo autosostenerse alejándose de una realidad externa con características intrusivas. Gracias al aporte adecuado de funciones del analista, puede transformarse en regresión mediante la "entrega" del autosostén por parte del paciente. Se gestan en la transferencia, de este modo, experiencias que, paradójicamente, no se habían producido para el sujeto, teniendo éstas cualidades heurísticas y no patogénicas.

Marta, de 17 años, consultó por dificultades en el desenvolvimiento espontáneo y en integrarse a grupos de pares. Estaba aislada con su familia y también dentro de ésta se retraía y permanecía dibujando. Expresaba temor al compromiso con los otros, manifestando: "¿y qué digo? ¿cómo sigo? ¿qué esperan de mí?, me cansa mucho". Sobresalía la jerarquización de los rendimientos y hacer lo que estaba bien y correspondía. Se consideró fracasada en su ideal de ser una buena paciente. Necesitaba adhesión, que le diera la razón, más que intercambios. Buscaba ser captada en su totalidad. Decía que sus temas no tenían color para luego quedar silenciosa por largo rato.

La empecé a acompañar durante lapsos de la sesión en silencio. Este se fue haciendo menos tenso.

Manifestaba que hablar le era forzoso, si lo hacía era para "engancharse con el otro". Diseñó con mayor claridad su mapa interno vincular. "Mi mamá tiene mucha necesidad de hablar, a veces nos agobia a mi hermana y a mí", "cuando me encierro a dibujar, mi mamá se pone mal y entra a cada rato para pedirme algo, no la tolero". "Papá es preciso y exige precisión, sermonea todo el tiempo, es muy pesado", "cuando empieza no lo escucho, antes me angustiaba mucho, pues no sabía como tranquilizarlo".

Fue importante para ella detectar y respetar sus deseos de no hablar, de no hacer méritos y de no traer rendimientos a las sesiones, y de seguir espontáneamente el curso de sus estados emocionales. El lenguaje discursivo tenía para ella el sentido de sermones, de precisiones formales o de un pujar ansioso, al cual debía someterse para mantener el contacto con el objeto. Me debatía tratando de convertir el sentido formal y literal del diálogo en juego psicoanalítico. Lo que ella pudo nombrar como apatía se vinculó en la transferencia a la falta de interés que me atribuía por su vida de fantasía, y a mi ligazón con los hechos y conductas concretas. Debí desarrollar a veces silencios y otras agudeza crítica para desbaratar lo que consideraba eran intentos míos por convertirla a mis puntos de vista. Necesité fisurar mi verdad, mis juicios definitivos.

Su desconexión comenzó a comprenderse a la luz de la presión que ejercía un objeto interno que le demandaba interés y entusiasmo total, absoluto, absorbente. Comenzó a insertarse mejor con pares al disminuirle sus temores a la indiferenciación en el contacto. Demostró descontentos y enojos. Se evidenció un cambio en su estilo comunicativo al invitarme a participar y requerir puntos de vista e interpretaciones. Había cedido su distancia protectora al intercambio verbal. Ella pudo contribuir a curar en mí y en sí misma parte importante de lo transferido, como fueron la severidad y la ansiedad personal y parental.

La contribución de silencio por parte del terapeuta fue un medio por el cual se brindó tiempo y distancia para que ella pudiera desarrollar una comunicación espontánea. ¿En qué contexto esta conducta fue útil? Con su silencio se opuso y, además, no dio lugar a que emergieran sermones severos y precisos, como también se opuso y creyó así evitar la generación de ansiedad en el objeto.

La entrega de la situación defensiva pudo realizarla a través de una regresión a la dependencia, es decir dismantelar un sistema patológico de autocuración. No posicionarse engrosando, convalidando la "mente", tomando la coraza defensiva como si fuera el sujeto. El posicionamiento del terapeuta generó espacio y tiempo para su desenvolvimiento espontáneo. Necesitó tener la certeza, a través de la confianza en el medio analítico, de que su conducta silenciosa no era reactiva. Pudo mutar el sentido reactivo de su retiro en lugar de descanso y de inicio.

La cura como creación de la zona intermedia

Al considerar que la cura permite la creación de la zona intermedia o la expansión de las potencialidades transicionales del funcionamiento psíquico y que la psicoterapia se lleva a cabo en esta zona, está admitiendo la posibilidad de que el analista o sus producciones sean usadas de la misma forma que es usado el objeto transicional: se

depende de él, se lo “manipula” y se permite de este modo la discriminación de los espacios psíquicos del paciente.

Esta “zona de juego” creada entre paciente y analista está fundamentalmente basada en la actitud del analista que acepta las paradojas que el paciente plantea. No se “presenta” bruscamente la realidad, no se confronta, se espera. Creo que en aras de facilitar la creación de esta zona es que Winnicott ha planteado el tema de las interpretaciones no dichas. De sus historiales conocemos que podía pensar y hasta escribir interpretaciones sin decirlas, esperando que el paciente las halle por sí mismo, estando acompañado, dando tiempo de esta manera a que surja el gesto espontáneo. Vale decir que el analista, a lo largo de su trabajo con pacientes no neuróticos, representa los diversos tipos de objeto que él ha considerado: el subjetivo, el objetivo y también el transicional.

Winnicott enfatizó que además de las pulsiones, las defensas y las fantasías que un sujeto pone en juego, la posición, la actitud y la respuesta del objeto adquieren relevancia tanto en el desarrollo como en el proceso terapéutico. Esto ha generado muchos malentendidos, por eso pienso que debió aclarar que la enfermedad siempre es personal, aunque en la etiología del caso hayan participado fallas ambientales. Con quien se trabaja y a quien se interpreta es al paciente. Lo que sí ha remarcado es que el psiquismo se desarrolla, se distorsiona y se modifica por mediación del otro, y también que en ciertos procesos lo interpretable debe ser construido.

Winnicott extendió los contenidos del concepto de transferencia a las necesidades de dependencia, alentó a no interferirla, desplazó el interés de las resistencias del paciente a las resistencias del analista y jerarquizó el aspecto lúdico de la transferencia en el análisis de adultos, además de dar valor al conocimiento introspectivo y al insight.

El intercambio discursivo es importante, pero no lo es menos el encontrar sus bases emocionales y experienciales.

Esta ampliación de la comprensión del psiquismo temprano, incluyendo lo interpersonal y el intersubjetivo, fue además el basamento para desarrollos psicoanalíticos ulteriores.

El rol del analista, sus funciones y la interpretación

La posición del analista estará marcada por su actitud paciente, empática, lúdica y expresiva. También por la aceptación del rol que el paciente le adjudica y la tolerancia a su tiempo personal, su capacidad para las identificaciones cruzadas y su comprensión, conjuntamente con la continencia de sentimientos contratransferenciales intensos. Este lugar apunta a generar un campo virtual en el que tengan cabida la no-integración y la no-comunicación, el uso de las fallas del analista por parte del paciente, el reconocimiento de las fallas personales, la sobrevivencia y la interpretación por parte del analista. Este campo de juego se construye a partir de que ambos integrantes participan con un status de igualdad aunque con funciones diferenciadas.

Winnicott no cuestionó el valor central de la interpretación sino que recalcó sus

condiciones de producción, el modo en que el analista las ofrece y el uso fructífero de las mismas que el paciente lleva a cabo.

La interpretación, equiparada a la contribución que realiza el analista en el garabato, condicionará aceptar que el paciente la continúe, corrija y amplíe. El analista al ofrecer la interpretación en estas condiciones realiza una donación narcisista ya que permite que la interpretación sea descubierta-creada por el paciente. Al igual que la madre con el pecho: ahí está para que el infante pueda crearlo.

Es importante señalar que Winnicott se interesó también en la actitud que el analista adoptaba frente a la respuesta del paciente a sus intervenciones, señalando que existen diferentes posturas analíticas y analistas. Están quienes aceptan y quienes no las correcciones que los pacientes hacen a las interpretaciones. Algunos, poniéndose en una posición casi inexpugnable, siempre están dispuestos a pensar en la resistencia de los pacientes y no en que la comunicación ha sido errónea o inadecuadamente recibida.

Como expresión cabal de esta actitud frente a la propia labor surgió su peculiar concepto del interpretar: el analista interpreta principalmente para mostrar los límites de su comprensión y para estimular entonces la producción del paciente.

Por otra parte, también muestra cuál es la idea directriz que lo guía en su trabajo clínico y la visión de la cura: “el paciente, y sólo él, conoce las respuestas” (Winnicott, 1991, p. 263).

Lograr esta capacidad analítica no es fácil y lleva tiempo. Él mismo se mostró como exponente de esta difícil empresa cuando dijo que creía haber impedido o demorado cambios en sus pacientes por “su necesidad de interpretar” o por querer “gozar del sentimiento de haber sido inteligente”, más que disfrutar del júbilo del autodescubrimiento del paciente (Winnicott, 1991, p. 263).

De esta forma Winnicott ha jerarquizado la interpretación al señalar sus límites. Las interpretaciones están dirigidas a la persona total que las puede usar como intercambio simbólico. Si esto no es posible deben limitarse para no restringir la comunicación a simbolismos específicos, y también para permitir la coexistencia de diferentes significados.

Es así como considero que la interpretación es el “objeto” que el analista brinda al paciente para que pueda ser “encontrado-creado”.

Winnicott alertó acerca de no robarle lo que gesta el analizando para luego inyectárselo desde el analista. El aporte del paciente es el “don-insignia de su contribución” (Winnicott, 1993, p. 111) que no sólo debemos reconocer, sino no disputarle su creación. La posición del analista será la de sostener algo mientras se gestan las razones.

Por lo anterior podemos considerar que el analista ocupa el lugar de partero socrático, siendo posibilitador y no dador de saber.

Para Winnicott el área donde se lleva a cabo la psicoterapia proviene de la superposición de dos zonas de juego, la del paciente, y la del analista. En este terreno el analista debe trabajar, si el paciente no tiene esta posibilidad, para llevarlo a un

estado en el que pueda jugar. Él ha extendido su experiencia en el tratamiento de niños al trabajo con adultos porque “el jugar” está íntimamente ligado a experimentar. Sólo cuando se despliega el campo del juego es posible la comunicación. Aunque la explicación que se le aporte al paciente sea correcta, ésta resulta insuficiente para la transformación del mismo. Necesitan una nueva experiencia en el marco de la transferencia, en el cual las interpretaciones puedan ser encontradas-creadas.

El placer de jugar es el contexto en el que podrá advenir la posibilidad de entender. El jugar no es el nombre de un acto o acción, sino la denominación de un marco de acción en el que tiene cabida el hacer, el experimentar y el conocer.

Sabemos que lo comprendido no se transforma directamente en representación sino que, siguiendo pautas de tiempo emocional, debe ser reconstruido o inventado en la transferencia para transformarse en representación. En esta zona de producción de conocimiento se hace subjetivo lo intersubjetivo. Por lo tanto, la tarea terapéutica no consiste sólo en interpretar procesos mentales sino también en ejercer funciones para que tengan lugar dichos procesos que, elaboración mediante, devendrán representativos. Pienso que el uso que hace Winnicott del aporte de funciones da lugar a que las tendencias potenciales del paciente se puedan realizar. Por lo tanto, se aleja de las ideas que consideran a la maduración y al desarrollo como lineales.

A partir de todo esto, podemos comprender que los aportes del analista se han diversificado, no es sólo quien develará el inconsciente a través de la interpretación, sino quien cumple numerosas funciones, tales como:

- aceptar la transferencia
- sostener la situación y la paradoja
- adaptarse a las necesidades de dependencia y contener la regresión
- tolerar la no integración, lo insensato y la no comunicación
- presentar el objeto y la realidad
- contener interpretaciones y emociones
- posibilitar el estado de juego
- espejar
- sobrevivir
- ofrecer interpretaciones
- rescatar los gestos reparatorios
- aceptar ser usado y olvidado

Es posible que algunas de estas funciones estén implícitas en la regla de abstinencia y la atención flotante que todos los analistas observamos, pero creo que el trabajo con niños y pacientes graves, más sus descubrimientos acerca de la vida y la naturaleza humana, le han permitido subrayarlos de esta manera.

Quisiera decir algo sobre el final del análisis. Éste se visualiza cuando el paciente recuperó la posibilidad de vivir por propia iniciativa, y cuando el analista ha podido ser usado y podrá ser olvidado. Su función se extingue como se extingue la necesidad de un vástago-tutor. Al igual que el objeto transicional, el analista “cae” en el limbo, se “hunde”, no debemos esperar un duelo por él.

Los testimonios de Harry Guntrip y de Margaret Little de sus análisis con Winnicott (Guntrip,1981. Little, 1995) permiten vislumbrar la perspectiva del analista. A la pregunta que Guntrip se formulaba de por qué su pasado lo perseguía y se le imponía, impidiéndole poner fin a su repetición y a su análisis, surge una respuesta posible desde el punto de vista de Winnicott. La experiencia original de padecimiento primitivo no puede quedarse en el pasado a menos que el yo lo incorpore primero a su propia experiencia presente y al control omnipotente actual. La madre le contó a Guntrip, ya de vieja, que entró a la habitación y lo vio a Percy (su hermanito) muerto sobre sus faldas y le dijo a Harry “no lo dejes ir, nunca lo volverás a encontrar”. Guntrip fue severamente perturbado, había sufrido un derrumbe temprano, defendiéndose de él con hiperactividad.

Necesitó hacer una regresión a la dependencia para poder rescatarse. Este proceso lo prolongó sin analista. Una diferencia significativa con su primer análisis fue que Winnicott no permaneció adherido a la postura de jerarquizar sólo el insight discursivo, de tal manera que el acceso a zonas archivadas pero no representadas por parte del paciente, a zonas de fronteras difusas e infinitas, posibilitaron el acceso a espacios re-criables y re-representables.

Margaret Little describió a Winnicott como un analista que podía hablar de la locura y con la locura. Su experiencia analítica anterior había jerarquizado primordialmente lo hablado. Con Winnicott se amplió el intercambio a la posición subjetiva de Margaret como hablante. Como con Guntrip, la terminación del análisis posibilitó e incrementó la dimensión interminable de un análisis.

Pienso que tanto en el curso del tratamiento como en la finalización, Winnicott contribuía a dejarse mejorar, sorteando de esta forma la idealización y la desestimación.

Objetivos terapéuticos generales

Desde la visión de Winnicott, el paciente se modifica en el campo interpersonal e intersubjetivo a partir del entretendido de las intervenciones del analista y sus propias producciones, jerarquizando el aporte creativo y el autodescubrimiento del paciente. Este autodescubrimiento, para ser genuino, tiene que emerger del psiquesoma y no ser producto de mecanismos intelectuales. Además la cura debe facilitar la apertura y ampliación de la zona intermedia de experiencia y la expansión de la personalidad integrando los aspectos femeninos y masculinos. Como resultado del cumplimiento de las metas ideales surgirá una mejor diferenciación entre lo interior y lo exterior, una mayor iniciativa con libertad interior y capacidad para tener experiencias culturales, una ampliación de la conciencia de la deuda con el ambiente y saber que se es “el diente de un engranaje”. Esto permitirá la ampliación de la gama de soluciones alternativas a las restricciones del carácter.

Todo lo dicho se asienta en una consolidación o reconstitución de los espacios psíquicos subjetivo, transicional y objetivo.

El acceso a estos objetivos logrados desde el verdadero self, es decir desde lo experiencial, conlleva que el individuo se sienta real, viviendo en un mundo de realidades compartidas.

La ayuda terapéutica, principalmente en casos no neuróticos, no se limita a develar lo ya dado, lo oculto, sino que consiste en descongelar, recomponer y reactualizar las

situaciones traumáticas tempranas que pudieron dar origen a los padecimientos, para elaborarlas.

Winnicott afirmó que el psicoanálisis no cura, pero sí puede ser usado por los pacientes para obtener un grado de integración, comprensión y socialización que sin él no hubieran logrado. Ha planteado con claridad que la “buena salud” implica un desarrollo de la hospitalidad para la “mala salud”.

Al desestimar una postura terapéutica radicalizada nos enfrenta a nosotros, los psicoanalistas, con una herida que no sólo debemos tolerar sino poder ver en ella un estímulo productor de nuevos conocimientos. Todo el dispositivo se coloca al servicio de la creación, la ocurrencia y la emergencia del genuino deseo. De este modo, pienso que estuvo más interesado en ampliar su horizonte de comprensión que en restringir sus ideas a sistemas autoexplicativos cerrados.

Metas terapéuticas en la clínica

Winnicott dice que existen “dos tipos de personas: a las que no se ha dejado caer y las que han sufrido experiencias traumáticas debidas a un dejar caer” (Winnicott, 1996, p. 36). Podemos pensar que las personas del primer tipo tuvieron un contexto de cuidado infantil suficiente, y podrán desarrollar neurosis, depresiones reactivas o manifestaciones clínicas de privación emocional. Los que han tenido un déficit en el cuidado infantil, tienen la facilitación para padecer psicosis, cuadros fronterizos o esquizoidías. Según Winnicott, las metas terapéuticas en las neurosis no difieren de las que planteó S. Freud.

Al ampliar la teorización y comprensión de las depresiones, pudo señalar que para que se produzca un cambio en el estado anímico, la supervivencia del analista es fundamental para lograr el despliegue de la destructividad inconciente del paciente y la reparación, y de esta forma poder focalizar su propia depresión.

Al no “abandonar ni vengarse”, el terapeuta contribuye a no confirmar la destructividad del paciente y a rescatar los gestos reparatorios que se esbozan en él, posibilitando de esta forma que el paciente pueda tornarse más osado en la expresión de su agresividad.

Podemos pensar entonces que el reconocimiento del gesto reparatorio por parte del otro, hace tolerable la destructividad personal y surge entonces la preocupación por el semejante, pudiéndose asumir de esta forma la responsabilidad por los propios impulsos.

Fidias era un joven de 26 años que consultó por angustia y depresión que él no se explicaba, pues su vida estuvo llena de excitación y actividad. Procuraba el bienestar de la gente cercana y estaba dispuesto a ayudar a quien se lo solicitase. Esto era paralelo a una desestimación por su propio cuidado. Ocuparse de sí no lo sólo lo avergonzaba sino que lo exponía a una vivencia de pérdida del objeto. Confundía negar los problemas a través de la convocatoria a la alegría con resolverlos. No diferenciaba la culpa genuina de la culpa inducida por necesidades del objeto. Creía repararse reparando, de manera imposible, la depresión del otro para su propio sostén narcisista.

La externalización de la agresión sin la sombra del temor a la desaparición o a la venganza del objeto y rescatando sus propios gestos reparatorios contribuyeron a modificar su estado de base depresivo.

En las deprivaciones emocionales es central propender, como norte terapéutico, al reconocimiento de la desposesión y a la comprensión del sentido profundo del derecho a reclamar. Winnicott manifiesta que estos pacientes plantean reclamos porque han sentido que se les ha negado el derecho a reclamar, de tal forma que lo reclamado no tendrá sentido para ellos si previamente no les es reconocida esa potestad. De ahí que no puedan usar al ambiente que movilizan.

Lucas, de 17 años, tenía problemas de conducta y dificultades para finalizar su escuela secundaria. Lo traen a la consulta luego de pegarle a su padre, a un compañero de colegio y amenazar con irse de la casa sin rumbo claro. Transcurría por períodos de apatía depresiva, que acompañaba con consumo de marihuana y alcohol, seguidos de actuaciones provocativas y violentas. Pertenecía a una “pandilla” con la que iba a boliches a “castigar a los estúpidos que escuchan esa música basura”.

Su padre permaneció, y lo sigue haciendo, largos períodos fuera del país. Se desprende de relatos de Lucas que su padre es hipomaniaco y fabulador, “le puede vender un buzón a cualquiera”. Cuando Lucas era pequeño, lo acompañó a realizar transacciones semiclandestinas. Se enteró hace dos años que en uno de los lapsos de ausencia del padre, éste había estado encarcelado en el extranjero. Su madre tuvo depresiones cíclicas durante su infancia. Cuando se sentía mejor, se alejaba bruscamente de él, quedando Lucas al cuidado de sus abuelos maternos.

Lucas era violento cuando “lo engañaban, le mentían o lo tomaban por pelotudo”. Era el protector de los más débiles, pero “implacable” con los que “te sobran y te usan”. En ciertos períodos de la transferencia yo era un objeto “omnisciente y autosuficiente” que prescindía de él. Esto era motivo suficiente para ser irónico, mordaz, actuador y amenazante conmigo. Insistió en llevarse algo del consultorio, remedando conductas arcaicas de “llevarse” cosas de la casa de sus amigos porque “le gustaban”.

La persistencia de la tendencia antisocial hará que la cognición, el afecto y la conducta sean inadecuadas a las circunstancias corrientes. Persistirá la matriz reivindicativa de lo sustraído más la desesperanza de no encontrarla. La ira seguirá dirigida a objetivos equivocados, la ansiedad se disparará de contextos inapropiados y tendrá una expectación de ser sustraído de fuentes inadecuadas.

El tratamiento fue complejo y tormentoso dado que se aferraba a conductas desafiantes y provocadoras como fuente de esperanza en ser reconocido como sujeto de derecho. Mejoró cuando pudo deponerlas y romper el círculo vicioso de reivindicación sin fin. En la dirección del tratamiento se ha jerarquizado el logro de la comprensión profunda por parte de Lucas de su derecho a apelar al otro. Para ello es fundamental diferenciar el derecho a reapropiarse de necesidades del ego, que le pertenecían y se eclipsaron, de los métodos usados para reivindicarlas.

En las privaciones emocionales ha habido una distorsión en la provisión de las necesidades de dependencia, perturbándose la constitución de la transicionalidad. Necesitan la recreación del sostén y la posibilidad de desplegar una regresión terapéutica para descongelar la falla ambiental consolidada como falso self

En estos cuadros adquiere valor la metaforización del setting como cuidado materno, y el analista tiene tareas terapéuticas centrales como las de soportar la no integración del paciente, aceptar el rol de objeto subjetivo, permitir el uso analítico de las fallas del terapeuta e interpretar.

En la clínica de psicóticos y fronterizos se observa una persistencia de la tendencia destructiva no integrada. El sujeto experimenta como destructividad personal la no supervivencia del objeto; por lo tanto la agresividad pierde el valor funcional intrapsíquico, su carácter potencial, generándose confusión entre lo interior y exterior.

Esto constituye una visión diferente de las perturbaciones en la agresividad, ya que no implican una intolerancia a la frustración esencial ni un ataque primario al vínculo. Lo que buscan con el ataque, y no logran, es dismantelar sistemáticamente la supuesta inestabilidad del objeto desplegado en la transferencia, así como emerger de la indiferenciación primaria.

Sabemos que a través del impulso agresivo, mediatizado por la oposición y sobrevivencia del objeto, se accede a la realidad objetiva.

En pacientes que han sufrido situaciones traumáticas precoces, en el período en que el lenguaje verbal aún no ha sido adquirido, el analista debe contribuir a que ocurra la experiencia paradójica del objeto creado-destruido, es decir, que pueda presentificarse, en el vínculo con el analista, lo archivado no representado para así poder significarlo. La experiencia es paradójica porque es transferencia de un proceso que no se produjo para el sujeto.

Las situaciones traumáticas tempranas así perdidas, están insertadas, "archivadas", en el narcisismo primario, pues en las etapas fundantes del psiquismo el medio ambiente se corresponde con estructuración de la identificación y del narcisismo primario. De tal modo que la confusión yo-otro hace que el sujeto no pueda dejar de atribuirse lo que fueron inadecuaciones del ambiente primero. Este enquistamiento da albergue a investiduras de rechazo, masoquistas y autopunitivas.

Ciertas actuaciones de los pacientes son manifestaciones de una forma especial de recordar reviviendo situaciones mentales primitivas no inscriptas, reexperimentándolas a partir de fallas o inconsistencias del analista, posibilitadas por la regresión del paciente. La ira resultante y la sobrevivencia del analista a la destructividad del paciente, le permitirá la reubicación de la situación traumática o falla ambiental dentro del área de omnipotencia personal.

Es traumático todo hecho que impida o perturbe poder ser agente coautor de la propia historia, es decir que interrumpa la continuidad existencial y la capacidad para representarla.

En síntesis, la concepción de la cura se apoya en su fe en la naturaleza humana y apunta al despliegue de las motivaciones inconscientes y al desarrollo del self. Para generar condiciones de posibilidad constructiva, se respeta el tiempo personal del paciente, tolerando para ello la ambigüedad entre lo subjetivo y objetivo, y se realiza el acercamiento al espacio del paciente con el espíritu de generar un flujo de intercambio que siga el diseño de un garabato dialógico-experiencial.

La idea de que la curación acontece en un campo que se construye entre paciente y terapeuta lleva a una concepción de terapia participativa, exploratoria y creativa.

BIBLIOGRAFÍA

Guntrip H. (1981) Mi experiencia analítica con Fairbairn y Winnicott, *Revista de Psicoanálisis* XXXVIII, 1

Little M. (1995) *Relato de mi análisis con Winnicott*. Buenos Aires, Lugar Editorial

Modell A. (1988) *El psicoanálisis en un contexto nuevo*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu

Painceira A. (1993) *Algunas ideas acerca del proceso analítico y la actitud del psicoanalista en la obra de Winnicott*. Segundo Encuentro Latinoamericano sobre el Pensamiento de Winnicott. Montevideo, Uruguay

Pelento M.L. (1985) Teoría de los objetos y proceso de curación en el pensamiento de Winnicott. *Revista de la AEAPG*, 11, Buenos Aires

A função materna na obra de D. Winnicott. En: *Donald W. Winnicott. Estudos*. Outeiral J. y Graña R., comp. (1991). Porto Alegre, Artes Médicas

La memoria y los recuerdos en la tópica Winnicottiana. Cuarto Encuentro Latinoamericano sobre el Pensamiento de Winnicott. Santiago, Chile, 1995.

Prego Silva L.E. (1994) *Desde Winnicott hacia el futuro*. Tercer Encuentro Latinoamericano sobre el pensamiento de Winnicott. Gramado, Brasil

Rousillón R. (1995) *Paradojas y situaciones fronterizas del psicoanálisis*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu

Winnicott, D. (1972) *Realidad y juego*. Buenos Aires. Granica Ed.

Winnicott D. (1979) *De la pediatría al psicoanálisis*. Barcelona, Ed. Laia

Winnicott, D. (1980) *La familia y el desarrollo del individuo* Buenos Aires. Ed. Hormé

Winnicott, D. (1980) *Psicoanálisis de una niña pequeña*. Barcelona. Ed. Gedisa

Winnicott, D. (1982) *Sostén e interpretación*. Buenos Aires. Ed. Paidós

Winnicott, D. (1990) *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires. Ed. Paidós

Winnicott, D. (1991) *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Buenos Aires. Ed. Paidós

Winnicott, D. (1992) *Clínica psicoanalítica infantil*. Buenos Aires. Ed. Hormé

Winnicott, D. (1993) *El hogar, nuestro punto de partida*. Buenos Aires. Ed. Paidós

Winnicott, D. (1993) *La naturaleza humana*. Buenos Aires. Ed. Paidós

Winnicott, D. (1996) *El proceso de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires. Ed. Paidós

Zirlinger S. (1995) *La moral y el superyó en Winnicott. Delincuencia y democracia*. Cuarto Encuentro Latinoamericano sobre el Pensamiento de Winnicott. Santiago, Chile

Zirlinger, S. (1996) *Perturbaciones clínicas de la construcción de la realidad y la alteridad*. Quinto Encuentro Latinoamericano sobre el pensamiento de Winnicott. Lima, Perú

Sponsored Links : [Walmart Flyer](#), [Safeway Flyer](#), [Sobeys Flyer](#), [Kaufland Prospekt](#), [M&M Food Market Flyer](#)