

Artículos temáticos

Winnicott lector de Freud: tradición e innovación clínica

Julieta Bareiro

1. TRADICION ANALITICA: SIMILITUDES TEORICAS EN FREUD Y WINNICOTT

Winnicott inició su formación analítica en 1923, cuando ya estaba ejerciendo como médico y en el mismo período en que comienza su cargo como consultor en medicina infantil en Londres. Este acercamiento no tuvo desde su comienzo un aspecto dogmático, por decirlo así, a la teoría freudiana. Por el contrario siempre estuvo signada por una posición de reconocimiento crítico. Es lo que lo lleva a decir:

“Quiero advertir al lector que soy producto de la escuela freudiana o psicoanalítica. Ello no significa que acepto ciegamente todo lo que Freud dijo o escribió, lo cual sería absurdo ya que Freud desarrolló, eso es, modificó, sus puntos de vista (en forma ordenada, como cualquier otro científico) ininterrumpidamente hasta su muerte en 1939. En realidad, algunas de las conclusiones de Freud son erróneas, tanto en mi opinión como en la de muchos otros analistas, pero eso no tiene la menor importancia. Lo esencial es que con Freud se inicia una actitud científica en el estudio del desarrollo humano; superó la resistencia a examinar abiertamente las cuestiones de índole sexual, sobre todo la sexualidad infantil, y aceptó los instintos como algo básico y digno de estudio; nos dio un método, susceptible de ser aprendido, para que lo usáramos y lo desarrolláramos, y para que se empleara como instrumento destinado a verificar las observaciones en otros y a contribuir con las nuestras; demostró la existencia del inconsciente reprimido y los efectos del conflicto inconsciente; insistió en que se reconociera plenamente la realidad psíquica (lo que es verdadero para el individuo al margen de lo que es real); intentó audazmente formular teorías sobre los

procesos mentales, algunas de las cuales gozan hoy de aceptación general” (Winnicott, 2006b:36).

Esta frase puede entenderse como la piedra basal desde donde Winnicott piensa los aportes freudianos. Nótese que reconoce la importancia de conceptos tales como: lo inconsciente, la represión, el método analítico, la importancia de la realidad psíquica, etc. Y que el mismo tiempo, se piensa a sí mismo como “resultado” de esos aportes. Estas afirmaciones se acercan a la manera en que Winnicott, siguiendo a Freud, plantea la cuestión de la clínica. Ésta no es una práctica cualquiera, podría decirse que para ambos constituye una experiencia. En la lectura que hace Winnicott de Freud establece los rudimentos básicos para su propia conceptualización del análisis.

1.1 ANALISIS

En el artículo “Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico” de 1954 Winnicott busca los puntos coincidentes con Freud para luego diferenciarse de él.

Entiende que Freud plantea el tratamiento dentro de un marco particular, dentro del cual “el material presentado por el paciente debe ser entendido e interpretado” (Winnicott, 1979:386). Este marco posee características precisas que refieren a su encuadre, tales como la hora, la frecuencia, etc. Este modo regular va a ser adoptado por Winnicott en relación a sus pacientes. Para él era una cuestión de principios tal, que en determinadas ocasiones y con pacientes en situación de dependencia intensa hacia que hubiera “fases en las que todo depende de la puntualidad del analista” (Winnicott, 1979:390). Y a su vez, esta regularidad se programaba en un espacio físico tal que podía ser diferenciado del resto.¹ Lo que está haciendo Winnicott es darle al espacio analítico una preeminencia que lo destaque por sobre los demás ámbitos. Esta lectura de las variables ambientales de la terapia de Freud va a constituirse también en términos metafóricos.

En cuanto al objetivo del análisis lee en Freud que en última

¹ “Esta labor se realizaba en una habitación, no en un pasillo, sino en una habitación que estuviese tranquila y en la que no hubiese riesgo de ruidos súbitos, pero no en una habitación tranquila como un sepulcro y a los que no llegasen los ruidos normales de la casa” (Winnicott, 1979:387).

instancia se trata de “establecer contacto con el proceso del paciente, comprender el material presentado, comunicar tal comprensión por medio de las palabras. La resistencia entrañaba sufrimiento y podía ser suavizada por medio de la interpretación” (Winnicott, 1979:386). Aquí de nuevo aparece que el análisis es un encuentro en un ámbito diferenciado en donde se ponen en juego las particularidades del psiquismo del paciente. Justamente, esa particularidad es la que hace que lo significativo sea lo que el analizante trae de su propia subjetividad. Esta se escenifica en ese espacio analítico y por lo general, el discurso es la vía privilegiada para ese encuentro. Coincide en la manifestación de la resistencia en el que encuentra malestar. La interpretación tiene por función aliviar dicho sufrimiento. Lo que puede entenderse como el sentido que le da Freud a la palabra “análisis” en la medida que desata lo que se manifiesta como un compuesto enigmático cuyas consecuencias no están desprovistas de afectos.

Por su parte “hay en el análisis una distinción muy clara entre realidad y fantasía, de manera que el analista no recibe ningún daño a causa de algún sueño agresivo” (ibíd.). No se trata tanto si *efectivamente* fantasía y realidad sean o no escenarios distintos. Sino que, básicamente, la primera no debe causar temor. Se trata de darle confiabilidad al paciente de lo que pueda suceder en un análisis. Presentándose como un ámbito confiable en donde se pueden tomar riesgos. Lo que se pone de lleno, en todo caso, es un modo winnicotteano de pensar la regla fundamental. Cuando Freud establece que ésta como principio del tratamiento, lleve al paciente a decir lo que se le ocurra sin seleccionar ni omitir nada, está invitando a la aparición de lo inconsciente. Del mismo modo, Winnicott invita a que el análisis es un lugar donde ocurren cosas, pero que éstas, no generan daño. Aquí las fantasías pueden desplegarse, e incluir al analista por efecto de la transferencia, sin riesgo a que éste desaparezca o se destruya. En todo caso, esta lectura es la que habilita a Winnicott a pensar al análisis como un ámbito confiable que se puede usar.

1.2: ANALISTA

En el mismo texto mencionado, Winnicott propone que Freud “se hallaba allí, puntualmente, vivo, respirando” (Winnicott, 1979:386). Esta mirada de la praxis pone a Freud en la línea de la relación analítica en términos intersubjetivos. No en tanto que se trate de un vínculo yo-tú, sino que la condición mínima es que el analista *esté presente*. Esta característica que podría parecer obvia y hasta trivial, muestra el grado de compromiso que Winnicott entiende del lado del analista. No se refiere a que sea sagaz, o demasiado inteligente. Estas habilidades, según su lectura, podrían resultar hasta perjudiciales. Por el contrario, que esté allí como presencia real refiere a la noción de analista como otro existente y que en virtud de ello, el paciente puede comenzar a *ser*. Básicamente, remite a la idea de este otro que sostiene y aloja para el proceso de la dependencia hacia la independencia relativa. Para Winnicott, no hay modo de llegar a ser sí mismo, si no hay una presencia humana que hospeda y habilita a semejante desafío. No hay subjetividad si no pasa primero a través de otro. De la fusión primigenia del niño con la madre a su paulatina separación, Winnicott lee el modelo desde donde pensar la clínica. El otro aporta sostén y cuidado en presencia activa. Sin esta idea del otro como *holding* no existe el marco necesario para el descubrimiento de la verdad de sí. Este marco está a su vez vivo y real y, nuevamente, por esa misma razón se lo puede *usar*. Es una mirada winnicotteana del principio freudiano de la transferencia que permite la dirección de la cura. En la medida que el fenómeno transferencial aparece dentro del tratamiento, obliga al analista a no huir ni temerle por las dificultades que pueda acarrear. “...pues, en definitiva, nadie puede ser ajusticado *in absentia* o *in effigie*” (Freud, 1996a:105).

También, respecto del analista, Winnicott plantea que “durante el breve período de tiempo fijado (cerca de una hora) el analista se mantenía despierto y se preocupaba por el paciente”. Esta idea entra en continuación con lo anterior. La función del analista winnicotteano es de sostén vivo y real. Un análisis en donde el analista se encuentre en otro lugar es un análisis fallido. Si bien no se puede garantizar los resultados del tratamiento, la condición mínima para que éste sea posible es que el analista exista como tal. *Mantenerse despierto* no sólo es una cuestión de la técnica sino también de la ética analítica. Señala la posición de la escucha analítica. No se trata de cualquier modo, sino de estar alerta, presente. Sin esta característica, el analista

queda en el lugar de un semejante cualquiera, y no de otro que se distingue en particular.² Justamente, esta idea de estar despierto que podría vincularse con la atención flotante descripta por Freud, tiene aún más profundidad. Significa no desaparecer frente al paciente ni dejarse llevar por las propias emociones en la medida que éstas obedezcan a la propia subjetividad. Es otra lectura sobre la intersubjetividad de la clínica winnicotteana que va más allá de la tensión yo-tú. No se trata sólo de un encuentro entre dos, *sino que hace falta dos para que emerja uno*. Este uno alude al paciente como sujeto vivo, verdadero y real. Es imposible si no existe un analista que esté dispuesto a acompañar dicho proceso. Así, ética y técnica conforman dos caras de la misma moneda.

Dos cuestiones más respecto del analista que lee Winnicott en Freud. La primera tiene que ver con la posición del analista y la segunda, por su comportamiento. Winnicott señala que “el analista se abstiene de juzgar moralmente la relación, no se entromete con detalles de su vida e ideas personales y no toma partido en los sistemas persecutorios incluso cuando los mismos aparecen en forma de verdaderas situaciones compartidas, locales, políticas, etc. Naturalmente, que si hay guerra, se produce un terremoto o muere el rey, el analista se entera” (Winnicott, 1979:387). Esta frase muestra que en Winnicott no se trata de que el Yo fuerte del analista sostiene al Yo débil del paciente mostrando lo que es correcto o no. Por el contrario, un analista se abstiene de semejantes formulaciones. No porque no tenga sus propias ideas, sino porque no son válidas en el ámbito clínico. En este sentido sería una intrusión y como tal, provocaría sofocamiento en la posibilidad de ser sí mismo. Freud mismo advierte sobre este riesgo de moralidad y enuncia claramente su proceder. Por ello mismo, no atañen al analista. En Winnicott tampoco. Sin embargo, que no ocupe semejante lugar no lo hace menos real o vivo. Es justamente lo contrario. El contexto es parte de lo que sucede en el análisis. La realidad en la que ambos existen. Eso también tiene efectos de subjetividad y señala que el analista es presencia porque está vivo. Es lo que indica con la frase que el analista se entera si hay guerra o se produce un terremoto. La relación entre mundo-sujeto es de tal intimidad que no es lícito separar a uno

² “En la situación analítica el analista es mucho más digno de confianza que el resto de la gente en la vida normal; en general es puntual, está libre de arrebatos temperamentales, de enamoramientos compulsivos, etc.” (“Winnicott, 1979:387).

u otro. Es de hecho, imposible. No se trata de la tensión sujeto-mundo, es justamente lo opuesto: el mundo que habita el sujeto. A esta modalidad en Winnicott se le agrega una característica: la realidad compartida. Es lo que le lleva a Winnicott a decir la famosa frase “afuera están tirando bombas”. Es una advertencia al analista sobre creer erróneamente que está por fuera de la realidad, cuando en su condición de humano, él mismo es realidad. Y debido a ello, puede ser presencia que aloja y sostiene.

Por último, Winnicott lee en la clínica de Freud lo siguiente: “el analista se comporta como es debido” (Winnicott, 1979:387). Tamaña frase que indica la fundamentación ética del analista. Comportarse como es debido resume lo que Winnicott entiende por analista. Este no toma represalias, no analiza a través de sus emociones, no se enamora de su paciente. Está presente a la hora convenida y está vivo. No habita un mundo irreal, sino que puede compartir los acontecimientos de la realidad compartida. En todo caso, se abstiene de incluir su propia visión en el espacio terapéutico. Pero no por ello lo hace menos verdadero. Nótese que estas características van más allá de la interpretación. En todo caso, son su condición de posibilidad. Sin este sustrato, el análisis se torna confuso y peligroso. Determinados requisitos resultan fundamentales para establecer qué es un analista, o al menos, cómo se comporta. Requisitos que señalan tanto sus posibilidades como sus límites. Y no sólo es una cuestión de ética sino que constituyen la base de la técnica misma: “Si Freud no se hubiese comportado correctamente, no hubiera podido desarrollar la técnica psicoanalítica ni la teoría a la que dicha técnica le condujo, por muy inteligente que fuese” (Winnicott, 1979: 387).

1.3: TRANSFERENCIA

Otro punto que señala al quehacer analítico de Freud: “el analista sobrevive” (ibíd.). Frase que encuentra en su interpretación de la clínica freudiana. Los avatares de la transferencia a los que Freud alentaba a no temerles, implican sobrevivir a ellos. Justamente, si en Freud el fenómeno transferencial daba cuenta del analista como sustitución y actualización de fantasías inconscientes y satisfacciones pulsionales, en Winnicott, la figura del analista reviste la cuestión de éste como objeto de uso para las mismas condiciones. Sobrevivir implica un reposicionamiento del analista y una prueba que el

analizante debe arriesgarse a dar: la manifestación de su propia agresividad. Esta prueba posibilita la instalación del análisis propiamente dicho.

La prueba de exterioridad del analista como objeto habilita a que sobre él sea posible la cuestión del uso. En términos freudianos es la condición misma de la transferencia. Debido a ello, posibilita que este conflicto se escenifique y pueda elaborarse. Esta idea remite al sistema paradojal de la que Winnicott entiende su práctica: ser algo al mismo tiempo que no se lo es. El analista se ubica como objeto en la transferencia, pero al mismo tiempo no es ninguna de las figuras significativas de la infancia del paciente. En Freud podría leerse algo semejante: la condición de la transferencia pone en juego la problemática inconsciente pero de ninguna manera implica que el analista responda efectivamente a ella. Esta respuesta de parte del analista señala también su uso. Es lo que Winnicott menciona en este texto como que es posible para el paciente confiar en su analista en la medida que éste no es retaliativo, ni es víctima de impulsos hacia el paciente. Debido a ello, se lo puede usar ya que “es algo más que un manojo de proyecciones”.

Para la cuestión del uso es requisito fundamental que el analista sobreviva. Es una prueba que lo ubica como exterioridad. Al sobrevivir, resulta digno de confianza. Como presencia real que aloja y sostiene para trabajar lo que aparece como malestar o maneras inauténticas de existir. Si esto es así, la prueba de supervivencia resulta la plataforma en donde es posible sostener el fenómeno transferencial.

2. NUEVOS CAMINOS: LA DIFERENCIA

Según los continuadores de la obra de Winnicott, Davis y Wallbridge,³ pronto se hicieron evidentes para el psicoanalista inglés las limitaciones de la teoría freudiana. En general, salvo los intentos kleinianos en el tratamiento de la psicosis, el análisis aceptaba sólo pacientes psiconeuróticos. Y además, consideraba que no se había advertido que la observación directa de niños podía tener importancia para la teoría psicoanalítica y una mejor comprensión en el análisis de adultos. Estos autores mencionados, rescatan la siguiente opinión de Winnicott:

³ Davis y Wallbridge, 1981: 31.

“Por aquella época, en la década de 1920, en el núcleo de todo estaba el complejo de Edipo. El análisis de las psiconeurosis enfrentaba al analista una y otra vez con angustias correspondientes a la vida instintual del período que se extiende del cuarto al quinto año dentro del vínculo del niño con los dos progenitores (...) Ahora bien, innumerables historias clínicas me demostraron que niños que contraían perturbación, fuera ésta psiconeurótica, psicótica o antisocial, habían tenido dificultades en su desarrollo emocional en la infancia, aun de bebés (...) en alguna parte había algo equivocado” (Winnicott citado en Límite y Espacio, Davis y Wallbridge, 1981:32).

Por su parte, Nemirovsky plantea innovaciones en relación a su clínica: “cuando Winnicott categoriza sus pacientes en términos psicopatológicos lo hace básicamente por el grado de estructuración del self, por la existencia y posibilidad de ponerse de manifiesto aquello verdadero de él, por la ‘porosidad’ del falso self” (Nemirovsky, 2007:127)

A partir de estas lecturas de la obra winnicotteana, es posible descubrir no sólo la reformulación de la subjetividad sino también de sus causas, sus devaneos y sus orígenes. De allí procede entonces un novedoso modo de comprender y ejercer la clínica.

2.1: ANALISIS

Los intentos de Winnicott sobre el análisis lo llevan a traducir una teoría del deseo sexual hacia una teoría de la crianza emocional. Esta posición lo lleva a entender el análisis antes que nada como la provisión de un ambiente apropiado análogo al cuidado materno. Este detalle del amparo como modo de cuidado indispensable para la primera infancia, sirvió de modelo en el sentido de que el análisis se podía extender hacia atrás, más allá de la conflictiva edípica, hasta unos elementos constitutivos de la personalidad.

Lo que puede destacarse es que la clínica winnicotteana no se detiene únicamente en el conflicto psíquico freudiano entendido como la tensión entre deber y la realización del deseo o la triangulación del complejo de Edipo. Por el contrario, fenómenos de diversa naturaleza aparecen en el análisis winnicotteano: la experiencia de futilidad, de inauténticidad, de vacío. Podría decirse que todos aquellos que remiten a la problemática de la incertidumbre entre *ser*

y *existir*. No se trata de que rechace el factor del síntoma, la rivalidad edípica, el problema del deseo y su satisfacción. Pareciera que da un paso más atrás y pone el acento en donde éstos se sostienen. En todo caso, la problemática freudiana podría leerse como un derivado del existencialismo winnicotteano. Para el psicoanalista inglés lo radical es la continuidad de la existencia, a partir de donde un sujeto comienza a ser. Los avatares pulsionales y la diferencia sexual se manifiestan con posterioridad. Esa es la diferencia que Winnicott menciona que en los primerísimos estadios el problema no es frente al deseo, sino ante la *necesidad*. Justamente, necesidad de existir. Aquí resulta indispensable la existencia de otro que cobije y sostenga. Aunque no se tenga conciencia alguna de ello. Es lo que Winnicott atribuye al niño visto y analizado por Freud:

“Freud da por sentado la situación de maternalización precoz y mi argumento es que apareció en la provisión de un marco para su labor, casi sin que él se diese cuenta de la que estaba haciendo. Freud pudo analizarse a sí mismo en calidad de persona completa e independiente y se interesó por las angustias propias de las relaciones” (Winnicott, 1979:385).

Así una de las diferencias más sustantivas entre la clínica de Freud y Winnicott radica en que mientras el primero se abocó al trabajo clínico de las neurosis de transferencia; el segundo se dedicó especialmente a aquellos cuyas perturbaciones podían responder a conflictos ubicados en momentos anteriores. Freud da por sentado el cuidado de las necesidades del niño, Winnicott advierte de los fenómenos que aparecen en su clínica cuando éstos no han sido lo suficientemente buenos. Esta *elección clínica*, por llamarla así, obedecería al modo en que ambos entienden al hombre y sus avatares.

En virtud de ello, se podría decir que la cura winnicotteana no es algo que el análisis *le hace al paciente*, sino en la medida que el paciente es capaz de hacer consigo mismo en presencia del analista. Este giro sobre el comando del análisis indica que en última instancia lo significativo de cualquier tratamiento es que el paciente se sorprenda a sí mismo. De hecho, uno de los objetivos del análisis winnicotteano es el desarrollo de esa capacidad. Aquí no habría saber teórico que se otorga al analizante para el conocimiento de sí. En todo caso, el análisis resulta un marco favorecedor para que el paciente llegue por sí mismo a ese propósito. Nótese que sobre esta idea no existe ningún

conocimiento previo, dado que para Winnicott lo terapéutico lo constituía la vida misma. Lo que lleva a pensar que lo impuesto como saber no tiene lugar en este tipo de análisis. El acento está puesto sobre lo propio de sí, lo creativo, lo espontáneo.

Otro de los objetivos analíticos es el respeto y la emergencia por el verdadero *self*. Phillips entiende que Winnicott descubrió en sus pacientes que la necesidad del *self* era tanto inteligible como oculta y que esto llevaba a sus pacientes a la tarea de encontrar un sentido personal y un sinsentido personal.⁴ Esta idea sugiere un límite en el análisis frente al silencio del paciente. La tradición analítica entendía que el silencio resultaba una manifestación resistencial donde la regla fundamental venía al rescate. En contraposición, Winnicott señala que existe una dimensión sumamente íntima del paciente consigo mismo donde la insistencia del analista sería perturbadora:

“En la posibilidad de relajarse que resulta de la confianza y de la aceptación de la seguridad profesional del marco terapéutico...hay lugar para la idea de secuencias de pensamientos no relacionados entre sí que el analista haría bien en aceptar como tales, sin presuponer la existencia de una trama significativa” (Winnicott, en *Winnicott*, Phillips, 1997: 28).

De lo que se trata aquí es que la emergencia del verdadero *self* no responde a las interpretaciones sagaces. Por el contrario, *saber demasiado* en estas experiencias resultan intrusivas e inhibitorias. Para decirlo de otra manera, la manifestación del sí mismo es una experiencia singular que necesita de un marco confiable, más que de interpretaciones.⁵ Esta lectura constituye una versión inédita de la clínica, de la labor terapéutica y de la regla fundamental. Sin embargo adquiere relevancia al comprender que la clínica winnicotteana pretende otros objetivos, la de la continuidad de la existencia. Sobre este principio el análisis se ordena como un ámbito confiable en la medida que no puede haber sentido ajeno en la experiencia de ser sí mismo. Algo de lo inefable, de lo que queda por fuera del entendi-

⁴ Phillips, 1997:28.

⁵ “Se ha perdido una oportunidad de reposo debido a la necesidad del terapeuta de encontrar sentido donde existe lo carente de sentido. (...) Sin saberlo, el terapeuta abandonó el papel profesional, y lo hizo al esforzarse en ser un analista penetrante y ver orden en el caos” (Winnicott, 2007a:82).

miento acontece pero, paradójicamente, ocurre en un marco especializado...y en presencia de otro. Aquí aparece metaforizado el cuidado materno. No puede haber sujeto sin otro, pero no en una relación de obediencia sino de potencialidad. La tarea es la de sostener la experiencia de ser resguardando la singularidad. Difícil camino que lleva a diferenciar lo propio de lo que no lo es. El deber del analista es ser un guardián, un testigo de dicha experiencia, nunca protagonista.⁶

Un último punto a considerar sobre el análisis winnicotteano. Básicamente es considerarlo como un espacio de juego y un modo de jugar. Esta idea sugiere que en el análisis no existen reglas prefijadas en la medida que el juego obedece a lo espontáneo. No se trata tanto que el análisis no “tiene reglas”, por así decir, sino que el ajuste extremo a ellas sería del orden del acatamiento. La invitación de Winnicott es a que el análisis no quede enquistado en fórmulas o definiciones enigmáticas, sino a que sea una experiencia real y significativa para el paciente. Si como se mencionaba anteriormente, si el análisis winnicotteano apunta a la continuidad de la existencia, el jugar del paciente en términos de espontaneidad y creatividad sería su manifestación. Es por ello que jugar es terapéutico en sí mismo, y que en todo caso, la labor analítica consiste en que un paciente sea capaz de hacerlo. La función del analista es acompañar y sostener el descubrimiento de dicha capacidad:

“...pero la conciencia de que la base de lo que hacemos es el juego del paciente, una experiencia creadora que necesita tiempo y espacio, y que tiene para éste una intensa realidad, nos ayuda a entender nuestra tarea” (Winnicott, 2007a:75).

Esta particularidad del análisis en relación al juego y el jugar, traducen a la experiencia analítica como un fenómeno transicional.

⁶ “Winnicott admite que adherir a la teoría psicoanalítica y al saber del inconsciente, podría obstaculizar formas de entendimiento más idiosincráticas. El estar informado acerca de esos mecanismos tenía un costo personal. Para Winnicott, la salud siempre estaría caracterizada por la espontaneidad y la intuición, ideas que casi no figuraban en el pensamiento de Freud o Klein. Por supuesto, la espontaneidad y la intuición no se pueden calcular. Están más allá de la intuición” (Phillips, 1997:68).

2.2: ANALISTA

La figura del analista se inspira en la madre de los primeros cuidados. Es el sentido de la preocupación que el analista da a la creación de un marco suficientemente bueno para el trabajo analítico con el paciente. Aquí aparecen conceptos como *holding* y *handling* cuyos propósitos consisten en dar cabida al verdadero *self* en la medida que el paciente pueda sorprenderse a sí mismo.

En este sentido, la interpretación que realiza el analista busca allanar el camino hacia esa experiencia. Lo que otorga a la interpretación un carácter de maternalización. Sin embargo, esta cualidad no se sostiene tanto en el saber (del inconsciente, del conflicto psíquico) sino en la disponibilidad del analista para ayudar al paciente. Lo que habla en última instancia más que de sagacidad, es de compromiso. Aparece así una dimensión ética en la labor analítica. El cuidado por el paciente y la prudencia en la interpretación.

Aparte de su contenido, el acto de la interpretación expresa un interés colaborativo. El analista se presta a la tarea de que el paciente se descubra a sí mismo a partir de sí mismo. El analista, al igual que la madre, facilita al proporcionar oportunidad para la comunicación y su reconocimiento. No desde la “mirada objetiva” que la interpretación pueda ofrecer, sino desde el registro que el paciente está allí, en presencia. Nótese que la tarea del analista se sostiene en condiciones muy distintas a la de ser una especie de traductor de las motivaciones inconscientes o de oráculo. Tampoco puede verse aquí la imagen del analista como cirujano. Aparece en cambio, el analista como anfitrión hacia una experiencia singular que incluye lo inconsciente, pero que no se limita únicamente a él. Es como si diera un paso más atrás y dijera “aquí hay una persona”. Es decir, señala la condición misma de la existencia. Parecerá obvio en cuestiones neuróticas pero adquiere un profundo sentido en las perturbaciones psicóticas donde la despersonalización suele causar estragos. Nuevamente surge la idea de un horizonte primario, primigenio en donde Winnicott sostiene su praxis que es el de reconocer lo que está allí, sin motivaciones latentes. En todo caso la interpretación de la conflictiva edípica, por poner un ejemplo, se manifiesta sobre este escenario primordial.

Asimismo, la interpretación tiene otros límites aparte del mencionado. Winnicott parece muy preocupado en que el analista pueda convertirse en un falso seductor dando muestras equívocas de omni-

potencia. Como por ejemplo si fuera un analista demasiado “callado”⁷ podría sugerir que sabe demasiado. Aquí aparece un factor inédito en el analista y es que éste falle. Esta idea se sostiene en que el paciente se dé cuenta cuán poco hay de saber en el analista, derrumbando toda sobrevaloración de éste:

“Al interpretar, el analista muestra cuánto y cuán poco puede recibir de la comunicación del paciente” (Winnicott, 2007a: 101).

Nótese la apuesta de Winnicott en contra de cualquier imagen equívoca del analista. No podría existir un saber más allá que el del paciente que puede abordar por sí mismo en un marco altamente especializado como el análisis. Pero en todo caso, el analista brinda el sostén para dicho proceso a costa de un protagonismo que conlleve algún tipo de sumisión o acatamiento al paciente.

Las fallas del analista apuntan que el paciente pueda innovar desde sí mismo. No en cualquier momento, de allí la importancia del *timing* del análisis. Sino cuando aparezcan las condiciones de que el paciente a lo largo del proceso analítico vaya descubriendose a sí mismo y al entorno. Resolviendo experiencias traumáticas de dicha relación. Al fallar el analista habilita/permite que el análisis pueda en última instancia tener un fin. Como lo establece Nemirovsky, “Recordemos que tarde o temprano, el analista fallará. Esta falla si todo va bien y a diferencia de la patógena, será contenida por el marco del análisis. (...) Sólo allí se crearán condiciones propicias para la edición de nuevas estructuras psíquicas” (Nemirovsky, 2007: 107). En este sentido, las fallas del analista además de inevitables, aparecen como operativas. Del mismo modo en que lo transicional aparece en el proceso de ilusión-desilusión entre la madre y el niño, el analista *desilusiona* sobre la promesa de saber. A partir de allí lo creativo del paciente puede emerger como lo nuevo.

Un último punto a considerar sobre el analista y es sobre éste como objeto de uso. El objeto de uso permite el pasaje de las vivencias subjetivas a las experiencias compartidas junto con otros. Lo que equivaldría a decir a que es el viraje de una nueva posición por parte del sujeto frente a sí y el mundo.

El uso de objeto hace que la destructividad ponga en jaque las

⁷ “Interpreto, porque si no lo hago, el paciente tiene la impresión de que entiendo todo” (Winnicott, 2007a: 125).

vivencias de omnipotencia mágicas dándole lugar a la creatividad. La madre (la analista original de Winnicott) debe reconocer y reflejar lo que el bebé inicia y debe ser flexible de una manera no retaliativa cuando el bebé busca el reconocimiento inherente a la destructividad. Esta experiencia se sostiene en la confianza al analista en la medida que éste no va a reaccionar vengativamente y, por el contrario, da lugar a esa vivencia como signo de exterioridad. Rompiendo así fantasías de reacción. Davis y Wallbridge entienden que el paso de la relación al uso distingue al sueño de la vigilia y al reconocimiento de la otra persona como entidad viva por derecho propio.⁸ Esta posibilidad hace que el otro aparezca como tal y debido a lo mismo, el paciente tenga igual entidad. En este sentido, el analista como objeto de uso refiere más a una experiencia sobre el ser que sobre el inconsciente. Es justamente lo que da la posibilidad de la creatividad, pero también de la alteridad.

2.3: TRANSFERENCIA

Winnicott ubica el conflicto en las primeras vivencias de la temprana infancia, y sobre todo en la relación madre-bebé. Esta particularidad hace que en el análisis dicho conflicto apareciera bajo transferencia en las manifestaciones de amor y odio. Es el concepto de la contratransferencia aplicable sobre todo, aunque no exclusivamente, en la clínica de pacientes psicóticos.

Aquí odio se diferencia de agresión, porque esta última tiene principios distintos tales como la creatividad primaria, alteridad, etc. En el artículo de 1954 “El odio en la contratransferencia”, Winnicott señala que el analista sufre una tensión en donde el paciente debido a las experiencias de su infancia y a las fallas traumatizantes del ambiente va a buscar que éste lo odie. Lo que advierte es a no dejarse caer en la trampa de la repetición en la transferencia, por el contrario, aboga a que el analista pueda ver lo que se expresa en esa búsqueda: una esperanza. Phillips entiende que en estos fenómenos se juegan los conflictos de amor y odio, pero en relación a que el paciente se

⁸ “Además, la supervivencia de la persona que ha sido destruida significa que esta misma persona puede ser odiada con seguridad, que se la puede repudiar y que es posible rebelarse contra ella, todo lo cual simultáneamente concurre a que se la ame, se la acepte y se confíe en ella” (Davis y Wallbridge, 1988:90).

permitiría sentirse amado sólo si ha sido odiado. Este tipo de situaciones constituyen una prueba difícil para el analista. Marca los riesgos que el tratamiento conlleva, que apuntan a los efectos que tiene el análisis en él.

Debido a tales dificultades, Winnicott apela a la ética del analista para su resolución. Es aquí cuando aparece el análisis del analista para no “caer” en la trampa de la transferencia. Discernir sobre lo propio del analista que puede entrar en el análisis obedece también a una cuestión de técnica: es lo que permite que el trabajo analítico prosiga sin peligro. Es una nueva forma de comprender la cuestión del *holding* y del uso en análisis. Lo que sucede en él tiene que responder a lo que acontece en el paciente, no al analista. Si el analista respondiera a partir de sí mismo quedaría desdibujada la imagen de sostén-sostenido que Winnicott intentó darle al análisis a partir del vínculo materno. Del mismo modo, un analista que reacciona en lugar de sobrevivir da lugar a que se refuerzen las experiencias subjetivas de hostilidad y persecución. De allí la importancia radical de que el analista sea el que, debido a su propio análisis, no sólo sepa jugar al juego del paciente, sino que sepa no hacer jugar al paciente el juego del analista. Es la dimensión ética que se haya involucrada en la técnica. En el trabajo de análisis se vuelven indiferenciables.

3. CONCLUSIONES

En este trabajo se hizo un rastreo de las diferencias y semejanzas que relacionan a la clínica de Freud y Winnicott. Se detalló cómo el modo de conceptualizar análisis, analista y transferencia generaban acercamientos y distancias en la manera que Winnicott lee a Freud. Así como Winnicott se considera “resultado” de la obra freudiana, también pudo notar que el paciente que ambos miraban tenían problemáticas y conflictos diversos. Lo que Freud ubicaba como lo nuclear de la neurosis en el diván, Winnicott lo observó en las relaciones tempranas con el entorno y la necesidad de cuidado. Sin embargo, ambos tenían un compromiso con sus pacientes y una búsqueda de la verdad. Ninguno de los dos ha sido condescendiente con dichos propósitos.

BIBLIOGRAFIA

- BOUHSIRA, J. Y DURIEUX, M. C. (2005) *Winnicott insólito*. Nueva Visión, Bs. As.
- DAVIS, M. Y WALLBRIDGE, D. (1981) *Límite y espacio*. Amorrortu, Bs. As.
- FREUD, S. (1996a) Sobre la dinámica de la transferencia. *O.C.*, Tomo XII, Amorrortu, Bs. As.
- (1996b) Sobre la iniciación al tratamiento. *O.C.*, Tomo XII, Amorrortu, Bs. As.
- (1996c) Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. *O.C.*, Tomo XII, Amorrortu, Bs. As.
- NEMIROVSKY, C. (2007) *Winnicott y Kohut: nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría*. Grama ediciones, Bs. As.
- PHILLIPS, A. (1997) *Winnicott*. Lugar editorial, Bs. As.
- WINNICOTT, D.W. (1979) *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Laia, Barcelona.
- (1993) *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Paidós, Bs. As.
- (2006a) *El hogar, nuestro punto de partida*. Paidós, Bs. As.
- (2006b) *La familia y el desarrollo del individuo*. Hormé, Bs. As.
- (2007a) *Realidad y juego*. Gedisa, Bs. As.
- (2007b) *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós, Bs. As.

Trabajo presentado: 27-8-2010

Trabajo aceptado: 9-9-2010

Julieta Bareiro (UBA-UBACyT)
Yeruá 4939, “C”
1427, Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Argentina

E-mail: Jumba75@hotmail.com