



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

EL FENOMENO ESQUIZOIDE.
APORTES DEL PSICOANALISIS A LA COMPRESION DE LOS
EFECTOS DEL TRAUMA TEMPRANO
EN LA ETIOLOGIA DE ANGUSTIA PSICÓTICA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MARIANA CLAUDIA DE VINCENZI GIANNOTTI

DIRECTOR DE TESIS: LIC. YOLANDA BERNAL ALVAREZ



MEXICO, D. F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

El desarrollo de este trabajo tiene anhelos bien específicos, que se consolidan al poner en relieve una faceta propia del ser humano: los alcances de la interrelación en la formación de la subjetividad.

Toda nuestra vida es una tendencia hacia la integración, dirá Winnicott, que no puede ocurrir en el aislamiento o en la incomunicación sino, que se posibilita al conformar el propio ser en el espacio de relación con el otro.

Este agradecimiento se funda en esta visión. Este trabajo de creación no surge y se plasma en forma solitaria, sino que adquiere su forma y sentido a partir de la interrelación con las distintas personas que creyeron, confiaron y apoyaron el proyecto.

En primera instancia agradezco a María Ángela Warth Costa Cabral por su incondicional apoyo y por haber sembrado en mí la confianza para emprender un nuevo camino de vida; mi retribución también a Bárbara Siminovich Blok, porque juntas creyeron y confiaron en el proyecto cuando aún ni siquiera lo había imaginado.

Quiero destacar las incansables horas de trabajo, de explicación, corrección y discusión, que con total desinterés de reconocimiento propio, llevó a cabo el Dr. Walter Moure, en la guía del trabajo acerca de las ideas y propuestas teóricas y clínicas de Winnicott. Y, en conjunto, también agradezco a la Dra. Matilde Vitullo su tiempo, su apoyo, su guía creativa, su discusión y correcciones acerca de Freud, que delineó el camino del Psicoanálisis como campo teórico de aproximación a nuestra temática.

Gracias también, a mi directora Lic. Yolanda Bernal Álvarez por guiarme con dedicación en cada paso del proyecto y a la Mtra. Araceli Lambarri Rodríguez por la lectura y comentarios inspiradores.

Agradezco a los amigos, a los que están y a los que extraño, que conforman el universo de mi vida y son cómplices de mis proyectos; agradezco a Gloria Margarita Menéndez López por su generosidad, al ofrecer el soporte para el desarrollo de mi vida profesional; también agradezco a Cecilia Escalante Ochoa y Terry Fernández porque de todas recibo cuidados y alegría por compartir sus vidas.

Un especial reconocimiento a Andrea Aburto, Gloriamar Gámez Menéndez y Alejandro Estrada Gurza por sus tiempos, al haberme apoyado con la edición digital y la impresión de texto, de la enorme cantidad de material del trabajo.

Agradezco a la UNAM, por el buen recibimiento, a sus maestros y a su personal administrativo, haciendo siempre posible, con buena voluntad y dedicación que todas mis necesidades se llevaran a cabo. Agradezco a mis compañeros: Ángeles, Maru, Toño, Pati... ahora amigos de promoción, por haber pasado con ellos imborrables horas de encanto universitario.

Agradezco a todos en mi familia, porque siempre están, porque siempre dicen que sí, porque siempre se regocijan de mis logros: Tía Ana y el Padrino, Papá, Marta y Na Bentivoglio, Horacio Beck, los chicos y Pupi De Vincenzi.

Quiero dedicar el esfuerzo de este trabajo a todos aquellos en los que me inspiré para hacerlo, a todos aquellos que sufren y a aquellos que cuidan a los que sufren.

Índice	Pág.
Introducción	1
<i>Tema y objetivo</i>	1
<i>Elección del tema</i>	4
<i>Propuesta del trabajo</i>	8
<i>Winnicott. Naturaleza Humana, propuesta ontológica</i>	9
<i>Necesidad de Acontecer</i>	10
<i>Creatividad originaria</i>	14
<i>Gesto espontáneo</i>	16
<i>Espacio potencial</i>	19
<i>Capitulado</i>	22
Capítulo I	25
<i>El fenómeno esquizoide. Conceptualización</i>	25
<i>Trayectoria que modeló el concepto esquizoide en el ámbito de la psiquiatría</i>	25
<i>Francia</i>	26
<i>Alemania</i>	30
<i>Caracterizaciones del fenómeno a inicios del sigloXXI</i>	36
<i>Espectro del fenómeno esquizoide</i>	48
<i>La psicosis según el psicoanálisis clásico</i>	49
<i>Defensa. Inconsciente de lo reprimido</i>	49
<i>Schreber, narcisismo y homosexualidad</i>	59
<i>Narcisismo</i>	63
<i>Psicosis, pérdida de la relación con la realidad</i>	66
<i>Introducción al concepto de salud, según Winnicott</i>	69
<i>Diferencias con la Psiquiatría y el Psicoanálisis Clásico</i>	69
Capítulo II	80
<i>Necesidad de acontecer</i>	80
<i>Ser a partir de otro. Ambiente facilitador</i>	81
<i>Devoción</i>	85
<i>Continuidad del ser</i>	90
<i>Creatividad originaria, Precariedad</i>	95
<i>Hacia la integración</i>	95
<i>De la no-integración del inicio a la Precariedad del encuentro</i>	103
<i>Conquistas</i>	105
<i>A. Integración del Self unitario a partir de un estado no-integrado</i>	108
<i>B. Alojamiento de la psique en el cuerpo: personalización</i>	117
<i>C. Establecimiento de la relación con la realidad externa</i>	121
<i>Creatividad Originaria. Precariedad</i>	125
Capítulo III	129
<i>Agonías Impensables</i>	129
<i>Gesto espontáneo</i>	129
<i>Fallas ambientales: etiología de las agonías impensables</i>	135

Agonías Impensables.....	143
Concepto clásico del trauma.....	145
Concepto y clasificación winnicottianos de trauma.....	148
Clasificación de los traumas.....	150
Agonías Impensables: traumas desencadenadores de psicosis.....	155
1. Retorno a un estado de no-integración.....	160
2. Caer para siempre.....	160
3. Pérdida de la relación psicossomática.....	163
4. Pérdida del sentido de lo real.....	164
5. Pérdida de la capacidad de relacionarse con objetos.....	165
Espacio Potencial. Varios sentidos de la realidad.....	166
Realidad subjetiva. Objeto subjetivo.....	168
Ilusión.....	171
Desilusión.....	
Capítulo	178
IV	
Psicosis como organizaciones defensivas.....	178
Defensas.....	182
Primarias.....	
Defensa por invulnerabilidad (esquizofrenia infantil o autismo).....	183
Defensa por intelecto escindido.....	190
Defensa por escisión de verdadero o falso self.....	193
Defensa por auto-desorganización o desintegración.....	197
Organizaciones defensivas complejas.....	199
Límitrofe (Borderline).....	199
Esquizoide.....	204
Naturaleza de la Psicosis según Winnicott.....	210
Diferencias con el Psicoanálisis tradicional.....	210
Un camino hacia la cura.....	214
Conclusiones	221
Bibliografía	229

INTRODUCCIÓN

“La experiencia de ser esquizoide implica a un individuo cuya experiencia está dividida de dos maneras principales: hay una brecha en su relación con el mundo y hay una rotura en la relación consigo mismo”.
Laing: 1960.

Tema y objetivo del presente estudio

El tema elegido para nuestro trabajo es el fenómeno de la disociación esquizoide, entendido como el proceso por el cual la personalidad ha necesitado recurrir para soportar un tipo de angustia que en la clínica suele llamarse psicótica y que nosotros adoptaremos el término de *agonía impensable* para definirla.

Consideramos necesario poner en relieve que al hablar de este fenómeno no nos situamos, exclusivamente, dentro del marco de las psicosis francas tales como la esquizofrenia o el autismo infantil, sino también incluimos en nuestra investigación aquellas formas defensivas que resultan en una personalidad tipo esquizoide y borderline, que también se hallan signadas y organizadas a partir de este tipo de angustia o *agonía impensable*.

Nuestra elección del tema, en cierto modo, fue poco dificultosa; a lo largo de las experiencias en el campo terapéutico y encuentros clínicos siempre estuvo presente el deseo de develar las razones del sufrimiento provocado por este tipo de padecimiento. Cometeríamos un error si dijésemos que nuestro interés sólo se centra en un proceso de entendimiento y explicación, nuestros objetivos van

más allá de esta primera meta, se hallan sustentados en la determinación de: acceder a una cura para aquellas personas que sus vidas han sido mutiladas por este tipo de sufrimiento; y, prevenirlo en aquellos que se hallan suficientemente lejos de que estas agonías se manifiesten.

Siguiendo esta línea de pensamiento, el fenómeno de lo esquizoide, en los procesos psicóticos que lo implican, echa luz, ante la propia persona y a la comunidad de involucrados, sobre el desgarramiento que promueve este padecimiento en la propia humanidad. Las razones para la elección de este tema de investigación se centran en lo antedicho debido a que aún es muy alto el sufrimiento que envuelve y el modo en que hace mella en la vida este tipo de infortunio.

Por otra parte, este tema remarca, en forma delineada, los parámetros a los que se halla sujeta la Salud Mental en nuestra sociedad actual: el sufrimiento humano derivado de la insania mental aún hoy no es considerado por nuestro sistema como acreedor de mayores recursos para prevención y cura. Nuestro trabajo se halla orientado no sólo a promover la investigación e interés sobre este modo de sufrimiento, y con ello el deseo de erradicarlo de nuestras vidas, sino también notar que la prevención es posible en este caso.

Al hablar de prevención tácitamente estamos señalando también un lugar de etiologías posibles, éste es nuestro caso: la investigación se ha centrado fundamentalmente en la etiología que genera este tipo de desorden, de modo que pueda ser dado un aporte en el campo del área clínica que señala los

recursos preventivos con los que trabajar.

Valga entonces de justificación para esta investigación aportar con nuestro esfuerzo un marco de discusión teórica y clínica a un tema que aún es centro de las mayores controversias en nuestro quehacer.

Debido a las razones planteadas, nuestro camino de investigación se abrió a la búsqueda de trabajos y corrientes que, en principio, permitieran la mejor comprensión del fenómeno. El trabajo a realizar se planteó desde el acercamiento de una investigación documental sobre el tema, que nos llevó a encontrar, por un lado, formas descriptivas, y, por otro, también sus procesos y etiologías.

De esta primera documentación sobre el desarrollo del concepto a lo largo de la historia -de la cual haremos una reseña- extrajimos varias observaciones así como nuestras preguntas e hipótesis de trabajo, que, bajo la guía de un objetivo preventivo se cristalizaron del siguiente modo y, por tanto, la investigación se centró en esta área: **¿Qué son las psicosis?**

Y, en segundo término, y como derivación natural: **¿Cuál es la etiología que genera los desórdenes esquizoides y promueve la psicosis?**

Preguntas, que consideramos, podemos responder a partir del material presentado, planteando **las siguientes hipótesis de trabajo:**

Consideramos a las psicosis como **organizaciones defensivas complejas generadas por agonías impensables, que implican la dificultad para acceder aparentemente a un sentido de realidad: la *realidad compartida*, pero que, en verdad, es otro: la *realidad subjetiva*, esto es, aquello por lo cual la persona se siente viva y real.**

En respuesta a nuestra segunda pregunta, hallamos que: **se desencadenan a partir de una falla ambiental durante los inicios de la vida, siendo las *agonías impensables* la defensa contra esa falla.**

Motivos de la elección del tema

Por otra parte, en la revisión efectuada, el término psicosis se lo halló desde sus comienzos asociado al tratamiento psiquiátrico, cuyo fundamento ideológico es el tratamiento, no de la persona sino de su cuerpo: considerando a la persona un organismo funcional de la Biología (Kolb, 1992); conocimiento que parece haber sido priorizado en la actualidad por el ámbito de poder que jerarquiza las disciplinas que abordan al ser humano como un organismo en disfunción, como un cuerpo que ha enfermado a raíz de determinadas sustancias que no cumplen bien su papel.

Como consecuencia de esta visión, nuestra era se ha convertido en una carrera por la eficacia del psicofármaco. Al respecto, ya Lacan en 1955, daba aviso de esta tendencia: “ Cada vez que la psiquiatría avanza un poco, profundiza, pierde de inmediato el terreno conquistado por el mismo modo de conceptualizar lo que era inmediatamente sensible a la observación.”¹

En la actualidad, el término psicótico adquiere aún mayor importancia y, debemos considerar para nuestro estudio que, su definición en la visión psiquiátrica, sólo está en referencia a la expresión de la sintomatología, según

¹ Lacan J. El Seminario 3. “Las psicosis”. (1955-1956). Paidós. Barcelona. 1984

expresa el DSM-IV-R: “la presencia de ideas delirantes o alucinaciones manifiestas que no son reconocidas por el sujeto como de naturaleza patológica”.

Esta definición es recurrente al limitar el término según el modelo de los síntomas presentes; en anteriores ediciones del mismo manual se podían leer aún otros conceptos referidos a “una pérdida de las fronteras del ego” (término que en la edición actual desaparece); o, a un “gran deterioro de la evaluación de la realidad”. En definiciones anteriores encontramos lo psicótico como lo opuesto a las demencias.

La psiquiatría ha sabido delimitar estos dos grupos mórbidos a partir no de los signos clínicos que nos proveen, sino a partir de las demencias como entidades mórbidas de base orgánico-cerebral, productores de los llamados déficit de capacidad. Las psicosis, por el contrario, designaron trastornos específicos también de la síntesis psíquica, en sus funciones superiores de juicio, afectividad, conducta, volición; la diferencia se centró en la dificultad para hallar pruebas que correlacionaran una lesión de base orgánica, una disfunción cerebral.

Dos experiencias, que también fueron determinantes para la elección y tratamiento del tema, llegan de la memoria en estos momentos. La experiencia de una joven adolescente de 18 años, quien refirió que, luego de varios años de trabajo terapéutico, su analista había admitido, con pesar, que no pudo hacer trabajo de análisis porque ¡se había tenido que encargarse de trabajar su Yo, de

tan maltrecho que estaba! Dicho que atestigua que sus expectativas de analizar se vieron frustradas, hasta tal punto que terminó, para él, en una derivación, y para ella, en el ahondamiento de sus sentimientos de falta de contacto y de desintegración que la habían llevado hasta el consultorio.

Al preguntarnos por la fatalidad de este hecho, creemos hallar la respuesta en el marco teórico sustentado por aquel terapeuta, que no sería suficiente para acceder a la cura del sufrimiento de este tipo de trastornos; dado que, la hiperformalización precipitó el fracaso de ese tipo de terapia, que estaba en pleno auge durante la década de los ochentas.

El otro caso, mucho más actual, se remonta al evento de una declarada psicosis esquizofrénica plena en un delirio paranoico fuertemente organizado, que se presenta en una mujer de 38 años. Se opta por la internación hospitalaria para controlar los signos; a partir de la inclusión de los psicofármacos, el delirio comienza a agrietarse, permitiendo la intervención de la terapia de modo más efectivo. Los antipsicóticos funcionaron en el sentido que los signos positivos de la esquizofrenia cedieron, pero la persona no sanó con ellos, pues la agonía impensable persistió.

Los fármacos modulan el comportamiento de los neurotransmisores, y los cuadros de alucinaciones y delirios pueden, en muchos casos, ser controlados, pero la base psíquica de agonía y desintegración permanece intacta, aunque se le ofrezcan barreras para su sentir. A pesar de que se modifique el funcionamiento cerebral, los procesos psíquicos derivados de las agonías impensables se mantienen. Entendemos que los psicofármacos no alcanzan y

que no es suficiente la pretensión de actuar sólo neuro-bioquímicamente allí donde el daño ocurrió en el ser, según veremos en nuestro trabajo.

Traemos la referencia de este tipo de casos por ser cada vez más importantes y numerosos dentro de la experiencia cotidiana en el campo de trabajo que se desarrollan los psicoterapeutas.

Asistimos a un momento científico en el que los resultados de la aplicación de la Psicofarmacología para el tratamiento de los estados psicóticos nos hace reflexionar acerca de la creciente importancia que han ganado a finales del siglo XX las hipótesis de las bases biológicas como sustrato de la conducta. Una era que parece estar dada por la prevalencia de los neurolépticos, y por tanto, donde el sufrimiento emocional parecería acercarse, como enfermedad mental, al cuidado de la Medicina y la Psiquiatría. Disciplinas que promueven, una visión cartesiana del ser humano como organismo, como materia orgánica y no como unidad psique-soma.

Nosotros no coincidimos con esa visión. Nuestra propuesta, en contraposición, está guiada por una perspectiva teórica que ofrece un marco referencial del individuo considerado como psique-soma, en relación a su cultura y a su ambiente; el ser humano considerado en su salud, entendiendo ésta no como ausencia de enfermedad, sino como la expresión de positiva vitalidad.

Un ser temporal que surge de la interacción con el otro y su ambiente. Es en el *Psicoanálisis* donde hallamos los fundamentos para este acercamiento.

Otro aspecto de la misma discusión es considerar las presiones que la industria farmacológica hace sentir sobre la necesidad de clasificación nosológica, no proviniendo entonces ésta de la clínica, sino de razones económicas cuya necesidad es el aumento del grado de fiabilidad y validez en la investigación².

La presión económica de las farmacéuticas por la homogenización mayor de los grupos hacen del fenómeno esquizoide un camino muy cerrado y dirigido hacia un determinado conjunto de signos y síntomas englobados bajo “esquizofrenia” y por tanto es allí donde está dirigida la atención y los recursos, administrando de este modo de categorización de la enfermedad y el acuerdo de la inversión.

Por estas razones, otros trastornos -parte del mismo fenómeno- son, en general, dejados de lado: los trastornos esquizoides y borderline de la personalidad, los cuales serán abordados en nuestro trabajo, dadas las diferencias de aproximación teórica que hacemos de nuestro tema y que nos permite englobar al fenómeno no sólo bajo categorías nosológicas, sino como la expresión de un determinado tipo de *interacción* entre el sujeto y su ambiente³.

Visión propuesta en el presente trabajo

Dentro del psicoanálisis nos remitiremos a los aportes que hiciera D. W. Winnicott por considerarlos innovadores dentro del entendimiento del ser humano; por proponer un estudio acerca de la “naturaleza humana” en

² No olvidemos que las clasificaciones nosológicas son entidades empíricas, provisionales y de valor estadístico medio, sin haber una discontinuidad rígida entre las mismas.

³ Interacción aquí es entendida como ser alguien a partir de la presencia de un otro.

general, en la salud, de la cual podemos desprender luego los aspectos de cuándo ésta no es dada.

Winnicott ubica su atención sobre los fenómenos tempranos de la vida del ser humano; mientras Freud trata de responder al acontecer psíquico a partir del complejo de Edipo y de la lucha pulsional, Winnicott, guiado por sus pacientes, puede acceder a un tiempo anterior donde la pulsión del Ello y la represión inconsciente no son relevantes. Lo que está en juego, en primer plano, no es el deseo inconsciente sino la necesidad de venir-a-ser (*Self*) del individuo y de continuar existiendo en su proceso de integración.

Durante este proceso se despliegan diversas conceptualizaciones, que veremos a continuación, que marcan la originalidad del pensamiento winnicottiano para abordar lo fundamental del ser humano y de lo nuclear de los fenómenos psíquicos.

Winnicott Naturaleza Humana, propuesta ontológica.

“Pero lo que sí tenemos que hacer es tratar de formular una teoría del crecimiento normal de manera que podamos comprender la enfermedad y los diversos tipos de inmadurez, puesto que ya no nos damos por satisfechos si no somos capaces de curar y prevenir.

Nos resulta tan inaceptable la esquizofrenia infantil como, por ejemplo, la poliomielitis o la parálisis cerebral.

Nos esforzamos en prevenir y confiamos en llegar a la curación allí donde la anormalidad esté presente, es decir, allí donde haya alguien que sufra”

D. W. Winnicott: 1962

Necesidad de Acontecer

En su trabajo sobre *La Naturaleza Humana*, Winnicott hace una profunda reflexión, no de la enfermedad y las patologías observadas en la clínica, sino de aquello propio del ser humano en tanto ser. Winnicott se encuentra con el paciente desde esa formulación, considerando su estructura, de modo que este tipo de acercamiento lo lleva a buscar la dimensión del sufrimiento dentro de la propia estructura del ser, de lo inherente a lo humano.

Por tanto, el texto de *La Naturaleza Humana* parte del intento de dar una respuesta a la pregunta por la dimensión ontológica del ser humano; situación que nos hace reflexionar acerca de convergencias posibles con otros autores, tales como Husserl y Heidegger, representantes de la Fenomenología⁴ y de la Filosofía pos-metafísica.

Una breve introducción al tema nos recuerda que la Filosofía cartesiana del siglo XVII ubica al ser humano como tal a partir de su razón, la existencia se corrobora en su propio pensamiento, el ser humano se constituye a partir de sí, independientemente del mundo y del tiempo. Es en la Fenomenología de Husserl y Heidegger que esta posición es profundamente criticada: el sujeto no

⁴ Según la Fenomenología el mundo que se nos ofrece por medio de la experiencia sólo es una apariencia de la realidad, proporcionada por la experiencia sensible. Las cosas no son reveladas tal cual son, no se muestran en su realidad. Pero, tanto para Heidegger como para Husserl, *el fenómeno no es diferente de la cosa en sí, sino la expresión de ésta*. Según Heidegger, el ser en su carácter temporal, se oculta y se muestra; por ser el tiempo constitutivo del ser, el fenómeno o la apariencia, *no es diferente del ser en sí*. De este modo, Heidegger sostiene lo necesario de hacer un trabajo de *interpretación* para que el ser sea develado, un proceso de desciframiento como método de la fenomenología, que Heidegger encuentra en la Hermenéutica.

está solo, se constituye en la historia y en el acontecer de la alteridad y el tiempo.

Dice Corres que

“Así como Descartes eliminó todo para llegar al *yo existo*: cuerpo, mundo de los sentidos, visiones, imágenes, conocimientos adquiridos... y se quedó solo, con la duda, Husserl marca un camino para llegar a la conclusión de que ese Yo existe, no únicamente con su duda y por ella, sino en el mundo y con los otros, que le dan sentido a él y simultáneamente, lo adquieren desde él”.
(Corres, 1997)

Moure (2000) y Oliveira Dias (2003) estudian posibles aproximaciones entre el pensamiento de Winnicott y el de Heidegger, mostrándonos la complejidad de la base filosófica del pensamiento winnicottiano, en especial respecto de la reflexión ontológica.

En *Sein und Zeit (Ser y Tiempo)*, Heidegger se pregunta por el ser del ente privilegiado: el hombre. De todos los entes, es él el que busca la comprensión de su propio ser. Heidegger afirma aún más: que el hombre *debe* hacer esa pregunta para alcanzar su humanidad, para alcanzar su esencia. El ser humano entonces es un *Da-Sein* un “ser ahí”. Sólo un ente que pregunta por el ser de su propio ser puede ser un Dasein: su naturaleza medular es “cotidianeidad”.

Heidegger, siguiendo a su maestro Husserl, ubica el concepto de ser de modo diferente de la Metafísica platónica, donde se ha propuesto al hombre separado de la experiencia común, como observador racional de un marco de apariencias que son la experiencia en sí, separando -como en Descartes- el cuerpo del alma.

Dice Steiner al respecto: “Dasein es “ser ahí”, y “ahí” es el mundo: el mundo concreto, literal, real, cotidiano; ser humano significa estar sumergido,

plantado, arraigado en la tierra, en la materialidad cotidiana del mundo...

Heidegger usa la palabra compuesta *In-der-Welt-sein* (un ser-en-el-mundo) para expresar esta inmanencia, esta incorporación radical." (Steiner, 1986)

Por otra parte, este Dasein implica no sólo materialidad, sino a diferencia, nuevamente, de la Metafísica de Platón, por ser-en-el-mundo, el ser es en sí mismo temporal, limitado. Un ser que *tiene como tarea llegar a ser, a través de encarnarse*; porque esta materialidad y el estar in-corporado, tanto para Heidegger como para Winnicott, no es un a priori, sino una tarea más de llegar a ser, una conquista.

En el presupuesto de Heidegger notamos las coincidencias con la propuesta ontológica que Winnicott hace, alejándose del Psicoanálisis clásico, respecto de la naturaleza de lo humano. Un aspecto lo hallamos en el concepto de ser humano como la reunión entre el cuerpo y la psique; para Winnicott, psique y soma están reunidos -en caso de conquistar la tarea del ser en el mundo esa unión- que, por otra parte, se caracteriza por su fragilidad, pues en las crisis graves, esa unión se deshace. El ser humano se posibilita en esa reunión entre psique-soma, que da forma a la estructura propia del ser.

Notamos la distancia con el planteo cartesiano de alma y cuerpo separados, sin relación alguna, o incluso la reducción del cuerpo a materia. Winnicott define la psique de la persona a la que se

"ocupa de las relaciones internas del cuerpo, de las relaciones con el cuerpo y con el mundo externo. A partir de lo que podría llamarse la elaboración imaginativa del funcionamiento corporal de toda índole y la acumulación

de recuerdos, la psique... liga el pasado que se ha experimentado con el presente y el futuro previsto, confiere sentido del sentimiento que tiene la persona de su propio self, y justifica nuestra percepción de que en ese cuerpo hay individuo." (1954 -70)

Notemos que la especificidad de ser-en-el-mundo se halla en íntima relación con la de un ser encarnado y que por tanto el *ser humano* es tiempo, según Heidegger; o "... una muestra cronológica de la naturaleza humana", según Winnicott. (1954-70)

Para Heidegger el tema de la corporeidad

"se halla ligado a la *abertura-en-el-mundo* del ser humano, en la medida que es el cuerpo el que puede sustentar tal abertura. En la relación de su propio *ser-relacionado*, perceptivo con lo que la abertura le habla, el ser humano es solicitado para algo a lo cual debe corresponder con una actitud, un gesto. Sólo es capaz de corresponder a esa solicitud o cuidado - y por tanto, sólo es capaz de ayudar al desarrollo de las esencias - porque tiene una naturaleza corporal. Entonces todo lo que llamamos corporeidad, hasta la última fibra, hace parte esencial del existir." (Moure, 2000)

¿Por qué lo enunciado es relevante a nuestro estudio? Debido a que ese ser conformado por esa reunión psique-soma no es un ser dado, *es llegar a ser esa unión a través del tiempo* a lo largo de un desarrollo, de su constitución. La posibilidad de partida y de lograr esa unidad está dada por una interrelación de tipo muy especial con el ambiente. Tanto en Psicoanálisis como en la Fenomenología el otro es parte constitutiva del ser.

Y, por lo tanto, el otro juega un papel primordial en la posibilidad de ser en el mundo: hay allí un otro, pero su naturaleza corporal es una cuestión: el otro

puede estar desencarnado (el cuerpo en su totalidad o partes de su cuerpo que no le pertenece). Entonces, el otro se presenta en su corporeidad positiva (si la conquistó), o negativa (si aún el propio cuerpo o partes del mismo no le pertenecen, y dificulta un acontecer, una interrelación).

En el caso de un bebé recién nacido su ambiente primordial es la madre. Como ser a encarnarse, él deberá llevar a cabo ciertas “*tareas*”, y por tanto la madre será solicitada a dedicarse para que su bebé: *llegue a ser a partir del ser del otro, a partir de ella*. Por otra parte, pero en íntima relación con esto, las tareas que el bebé necesitará hacer, requerirán de la madre, quien para responder esa solicitud deberá expresar “su devoción” a través de tareas corporales; su “ser ahí” es presencia en el mundo para el bebé, que permitirá realizar el proceso de “ser ahí”, de existir del bebé.

Creatividad Originaria

En tanto podemos definir a un ser que existe y es a partir de su encuentro con otro en un determinado tiempo, también es posible considerar la caracterización de ese encuentro que, según Winnicott, se signa por la creatividad propia de la naturaleza humana.

“Para ser creativa, una persona tiene que existir y sentir que existe, no en forma de percatamiento consciente, sino como base de su obrar. La creatividad es, pues, el hacer que surge del ser. Indica que aquel que es está vivo.” (Winnicott, 1970)

La propuesta de Winnicott es ontológica, la creatividad es primaria: es el impulso propio del ser que está vivo y se siente real. *"El ser precede al hacer"*, este concepto implica un aporte novedoso al mundo del Psicoanálisis y a la comprensión del ser humano en sí.

Se diferencia de la perspectiva clásica del Psicoanálisis en la cual Freud elabora el espacio de lo creativo como tributario de las pulsiones sexuales sublimadas; o en la teoría de Klein donde la constitución psíquica está guiada por una serie de introyecciones y proyecciones y ellas son las que forman la experiencia psíquica del bebé.

Winnicott propone la creatividad inherente al ser humano, que aunque no sabemos con seguridad, la puede ejercer desde aún antes de nacer. Pero, ¿dónde radica el aporte de la naturaleza creativa al propio ser humano? En dotar al mundo de un significado personal, vivir el mundo con un sentido de pertenencia que permite apropiarlo y dar al mundo la propia contribución. Es a través del camino de la creatividad que el ser humano constituye su propio ser. Si esta potencialidad muere o se adormece por no poder ser ejercida, el individuo no podrá otorgar al mundo un significado personal, le aparecerá ajeno, distante.

Indicamos al comienzo que la creatividad cumple su papel en el encuentro con el otro, o más bien, que en el encuentro con el otro y a través del ejercicio de la creatividad, el ser humano (el bebé) en relación con su madre (el ambiente) comienza a constituir su ser: creando el mundo.

Para que esta creación pueda ser ejercida el bebé necesita de la adaptación de su

ambiente, la madre, a sus propias necesidades y de este modo, realizar una paradoja, que -pide Winnicott - no necesita ni debe ser resuelta: el bebé crea aquello que está pronto a ser encontrado, dado que la madre se lo ofrece y es en este acto que el bebé crea el mundo y da un sentido a aquel.

Por esto dice Winnicott: "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." (1970)

El crear el mundo es un acto sencillo para el bebé ya que si la madre se adapta suficientemente bien a sus necesidades, y ofrece al bebé lo que éste necesita justo en el momento preciso, el bebé no se entera que el mundo que encuentra estaba ahí, antes de ser creado por su necesidad, pero de ese modo sí puede ubicar su propio gesto en relación a una realidad que lo antecede.

Dice Winnicott:

"Busco la palabra crear en el diccionario y encuentro: traer a la existencia. [...] Para mí, vivir creativamente significa no ser muerto o aniquilado todo el tiempo por la sumisión o la reacción a lo que nos llega del mundo; significa ver todas las cosas de un modo nuevo todo el tiempo. Me refiero a la apercepción que es lo contrario de la percepción." (1970)

Winnicott propone la constitución del ser a través del ejercicio de la creatividad, como modo de existir que atestigüe la presencia de un ser vivo.

Gesto Espontáneo

En noviembre de 1952, Winnicott escribe una carta a M. Klein, donde dice:

“Lo que yo quería el viernes era sin duda que hubiera habido algún movimiento de su parte en dirección al gesto que hago en este artículo. Es un gesto creativo, y no puedo establecer ninguna relación a través de este gesto si no hay alguien que salga a su encuentro”

Tomamos esta cita como presentación del tema, por expresar claramente la propia vivencia de desaliento de Winnicott cuando, a partir de su gesto el otro no acude y el gesto cae en el vacío.

Al hablar del gesto espontáneo Winnicott lo conceptualiza como lo propio, lo inherente al *Self*; siendo éste la identidad, única y original del ser humano: “el sentimiento de identidad que aparece con la percepción de la propia existencia.” (Abadi S., 1996)

La continuidad en el existir permite que el núcleo del ser se desarrolle hasta convertirse en el *verdadero self*: “Se podría decir que el núcleo del *self* es el potencial heredado que experimenta una continuidad de existir y que a su modo y a su ritmo adquiere una realidad psíquica personal y un esquema corporal personal.” (Winnicott, 1960)

Es del verdadero *self*, que siente la vida a través suyo, que puede surgir *espontáneamente* la creatividad y el gesto dirigido hacia el contacto con el otro, hacia la interacción con el mundo. Cuando ese gesto es tomado, el sentimiento de existencia real se refuerza, la vida merece ser vivida estableciendo contacto.

Hablar entonces de gesto espontáneo en el bebé es considerarlo en relación a la relación con el mundo exterior. Es considerar la experiencia de la vida como un

gesto que va en dirección hacia el otro, que se dirige al mundo y aporta lo suyo propio del *self*.

Si nos ubicamos al comienzo de la existencia, en la relación entre el bebé y su madre, entenderemos el modo de relación del bebé con el mundo externo, su madre, a partir de las primeras aportaciones que el bebé ya tiene para realizar y que se dirigen a descubrir el mundo a partir de su expectativa. Pueden tener un desenlace benéfico de acuerdo a la actitud de la madre de no dejar caer el gesto de su bebé en el vacío.

El bebé hace un movimiento hacia la madre, ya sea con la mano o con la boca, ese movimiento, ese gesto, parte de una necesidad personal, sustentada en el estar vivo de encontrar algo, sin saber que; el bebé está dispuesto a utilizar su creatividad originaria para hallar ese objeto que busca, “su gesto espontáneo anuncia: *estoy precisando de... estoy buscando algo...* y en ese exacto momento la madre facilitadora pone el pecho en posición de ser encontrado.” (Dias, 2003) y de ser creado por el bebé. “Cuando la madre responde de manera adaptativa al gesto espontáneo, el bebé siente como si el mamar o la leche fueran el resultado de su propio gesto: *él hace la experiencia de crear aquello que encuentra*” (Dias, 2003).

Según Winnicott existe una paradoja inherente a este proceso, pero jamás debe ser resuelta, sino sustentada y soportada por la madre, en mérito de la

creatividad y el gesto del bebé.

Espacio Potencial

El concepto de Winnicott acerca de la transicionalidad fue sin duda un aporte fundamental a la Teoría del Psicoanálisis que permitió revisar los conocimientos adquiridos hasta entonces, respecto de la conquista que realiza el ser humano al acceder a los distintos sentidos de la realidad, que es uno de los puntos nucleares en el tema de los fenómenos psicóticos. La experiencia transicional no se relaciona con el aspecto pulsional del ser humano, sino que está en estrecha relación con el establecimiento del contacto del bebé con la realidad externa.

Al nacer, el bebé, comienza a habitar en un espacio donde los fenómenos que suceden son, desde su punto de vista, subjetivos. Él se relaciona con el mundo y sus objetos desde su propia creación; el mundo está ahí, para ser creado... y el bebé lo vuelve a crear guiado por sus propias necesidades. Se relaciona, por lo tanto, con objetos subjetivos, obteniendo la ilusión de que la realidad exterior a él, en realidad es parte de sí mismo, que puede manejar, obteniendo así el resarcimiento de vivir destellos de omnipotencia. Nos hallamos en presencia de un sentido subjetivo del mundo real.

La madre alienta sus esperanzas actuando con la entrega suficiente, que hace que el bebé realmente sienta que esa omnipotencia creadora, a partir de su gesto de encuentro con el mundo, es real.

Por otra parte, llega un momento que el sentido de la realidad accede a diferentes planos; dejamos de habitar un mundo concebido subjetivamente para vivir en el mundo -que usualmente se llama realidad externa- de objetos percibidos objetivamente. Accedemos a un sentido de la realidad que es común al resto de los individuos, un sentido de *realidad compartida*.

Pero, entre la vivencia de ambos sentidos de la realidad, ubicamos otra área de experiencia: poco a poco la madre pierde ese estado de devoción y entrega hacia su bebé y propicia cierta desilusión en él, la sincronía entre ambos no es tan perfecta, el bebé comienza a sentirse frustrado y se inicia una fase intermedia de relación con los objetos del mundo, se suceden entonces los “fenómenos transicionales”.

Conocida como la “tercera área de experiencia”, los fenómenos que en ella ocurren están a mitad del camino entre los objetos subjetivos y los objetos objetivos. Establecer el contacto con la realidad, favorecido o no por el modo en que la madre presenta el mundo, lo realiza el bebé por medio de su gesto espontáneo y su creatividad originaria.

El bebé entra en contacto con el mundo creándolo, sin tener que darse cuenta que ese objeto no es parte de él, la ilusión de omnipotencia emerge. Cuando el proceso de desilusión gradual comienza a ocurrir hay modificaciones graduales también en el sentimiento de omnipotencia: comienzan a reconocerse los objetos externos como no-yo; los objetos ya no son parte de sí mismo, ya no se los puede controlar mágicamente; hay una pérdida de los derechos sobre el objeto, ya que éste parece ahora tener autonomía propia; el objeto ahora ya no

es yo; pero tampoco es completamente un no-yo, surge una tercer área de experiencia, llamada: *espacio potencial*. Ocurren entonces apegos a ciertos objetos, los objetos transicionales, que, en reemplazo, toman sobre sí la incipiente capacidad de simbolización para defenderse de la pérdida de la relación de omnipotencia creadora que se establece con la madre. Siendo los objetos transicionales la primer posesión no-yo del bebé.

El espacio transicional es aquel que surge entre los 6 y 18 meses de vida, entre el bebé y su madre; del que será heredero un espacio potencial propio del lugar donde se desarrolla la cultura y lo sagrado, el juego, las artes y la religión a lo largo de toda la vida del ser humano.

El espacio potencial es un área de experiencia donde se genera un tipo de sentido de realidad vivida con objetos exteriores de modo subjetivo.

Debido a esto, Winnicott ubica al espacio potencial en ese área de experiencia que relaciona el niño con el juego no reglado, espontáneo; y que; más adelante usará el adulto para vivir en el espacio de la cultura y la creatividad. Un espacio donde la realidad no deberá ser probada y que ofrece un espacio de solaz para la demanda constante de la realidad objetiva.

Winnicott, al trabajar este tema, propone varios sentidos de la realidad a los cuales accede el ser humano y que siempre pueden estar presentes en su experiencia.

Tomamos este breve recorrido por los conceptos centrales de la teoría de Winnicott, para señalar el marco de nuestra propuesta y las referencias teóricas y metodológicas en las cuales se desarrollará nuestro trabajo; y, porque, a través

de ellos y de cómo ellos actúan y se relacionan, podremos revisar el tema de la etiología de las psicosis, el fenómeno esquizoide y discutir sobre la propuesta clínica que se desprende de esta teoría.

CAPITULADO

El presente estudio se halla dividido en cuatro capítulos y una discusión final.

En el **Capítulo I**, se abordará la conceptualización de la psicosis, en especial de lo esquizoide. Se desarrollará una trayectoria histórica del término según el ámbito de la Psiquiatría, hasta llegar a su concepto actual. Por otra parte, se ubicará el concepto según el desarrollo teórico de Freud y el Psicoanálisis Clásico. Finalmente se hará una introducción a los fundamentos teóricos que guiaron la labor de Winnicott en referencia a los conceptos de salud y de enfermedad psíquica y se marcarán las diferencias de la posición winnicottiana con respecto a las otras dos.

En el **Capítulo II**, se hará un estudio sobre los conceptos relevantes de la teoría winnicottiana, que se fundamentan en la visión de la naturaleza humana. Implican la visión ontológica del ser humano, en la que se basa la obra de Winnicott. Sus presupuestos y conceptos fundamentales: Conceptos centrales de la Naturaleza Humana. Ambiente Facilitador: Individuo-Ambiente. Dependencia-Devoción materna (unidad madre-bebé). Necesidad de acontecer: Continuidad del Self. Concepto de Self y de Yo. Gesto espontáneo. Tendencia

hacia la integración. Estado de no-integración de los momentos iniciales. Estados excitados. Estados tranquilos. Tareas básicas: Integración-holding; Personalización-handling; Contacto con la realidad-presentación de objetos. Se abordará un tema central que hace al ser humano en lo específico de su ser, en tanto lo constituye: Creatividad originaria, precariedad.

En el **Capítulo III**, habiendo revisado el marco teórico y los conceptos centrales de la teoría winnicottiana, se examinará la cuestión de cómo se hallan implicados estos conceptos, a partir de la consideración nuclear de ser las fallas cometidas por el ambiente, las provocadoras de los trastornos psíquicos. Se considerarán las fallas ambientales en los momentos de dependencia como aquellas productoras de las agonías impensables. Siendo estas agonías los traumas que desencadenarán los fenómenos psicóticos. Para lograr un cabal entendimiento de las agonías se revisará el concepto y clasificación de los traumas y el concepto winnicottiano del mismo. Enmarcaremos estos conceptos dentro del campo del Gesto Espontáneo como oposición al efecto del trauma.

Estudiaremos dentro del Espacio Potencial los varios sentidos de realidad. Realidad subjetiva. Realidad compartida.

El **capítulo IV** tratará especialmente la organización de la psicosis como un recurso defensivo frente a la vivencia de agonías impensables a partir de fallas ambientales. Se ubicarán las psicosis como organizaciones defensivas y se desarrollará el concepto de defensa, para su mejor interpretación. Se resaltarán

las diferencias entre la producción de un inconsciente reprimido frente a la constitución de un inconsciente a partir de lo no acontecido.

Se estudiarán los tipos de defensas resultantes de tipo primarias y complejas; hallando entre las primarias las defensas: por vulnerabilidad (esquizofrenia infantil o autismo); por intelecto escindido; por escisión verdadero-falso self; por autodesorganización o desintegración.

Se considerarán las defensas complejas como las organizaciones borderline y esquizoide.

Trataremos el tema de la naturaleza de la psicosis y sus diferencias con el Psicoanálisis tradicional para indicar un camino hacia la cura.

Por último, en las **Conclusiones** se considerará la relevancia de las hipótesis trabajadas, abriendo el tema hacia la propuesta terapéutica winnicottiana, considerando la recuperación del gesto espontáneo y la importancia de la regresión en el *setting* analítico

CAPÍTULO I

EL FENÓMENO ESQUIZOIDE

Conceptualización del fenómeno de lo esquizoide. Trayectoria que modeló el concepto de lo esquizoide en el ámbito de la Psiquiatría. Francia y Alemania. Caracterización del fenómeno a comienzos del siglo XXI. Espectro del fenómeno esquizoide.

Ubicación del concepto de psicosis según Freud y el Psicoanálisis Clásico. Defensa. Inconsciente de lo reprimido. Schreber, narcisismo y homosexualidad. Narcisismo. Psicosis, pérdida de la relación con la realidad.

Introducción al concepto de salud y padecimiento psíquico según Winnicott. Diferencias con la Psiquiatría y el Psicoanálisis Clásico.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL FENÓMENO ESQUIZOIDE

Trayectoria que modeló el concepto de *esquizoide* en el ámbito de la Psiquiatría

La esquizofrenia y los fenómenos esquizoides que ella abarca nacieron al mundo como enfermedad, el sufrimiento humano ubicado como condición psicopatológica; como tal, fue dentro del campo de la Psiquiatría que fue acogida para ser curada, donde halló su expresión y el comienzo de una definición que alcanza nuestros días.

A finales del siglo XIX las psicosis eran un amplio abanico de síntomas, que englobados todos, parecían indicar una especie de decadencia demencial del paciente; sorpresivamente, luego de un desarrollo afortunado, el sujeto comenzaba a experimentar una serie de trastornos emocionales, volitivos e intelectuales que rápidamente evolucionaban hasta un deterioro final dado

por una degeneración mental. Los cuadros clínicos eran considerados de modo aislado y no parecía haber relación entre un tipo de manifestación y otro; tal fue el caso de la propuesta de Esquirol (Colodrón, 1990) al denominarlos “monomanías”. La clínica aparecía disgregada por una observación parcializada.

Aunque hacia 1849, John Conolly, (Colodrón, 1990) reconocía un cuadro clínico general del fenómeno; en sus *Croonian Lectures* indica:

“las personas jóvenes caen en un estado más o menos parecido a la melancolía... y continúan sus ocupaciones habituales en forma mecánica y sin interés; el intelecto, los afectos y pasiones parecen inactivos o amortiguados y los pacientes se vuelven extremadamente apáticos”.

Serían los trabajos en Francia y Alemania los que darían una organización y clasificación al fenómeno, casi tal cual, como lo hallamos en la Psiquiatría actual.

Francia

Tomamos un momento clave los finales del siglo XVIII por comenzar cambios trascendentes en el campo de las enfermedades mentales. Así, tanto en Francia de la mano de Pinel, en 1793 , como en otros sitios de Europa, la humanización del trato a los enfermos mentales se hace visible aunque no sea ésta producto de sentimientos humanitarios hacia el “insano”; sino más

bien, producto del surgimiento de una actitud racional científica, de observación e investigación, que siguió viendo a ese otro como ser extraño, distinto, y también, temible y castigable; pero, al que entonces se le añadió un signo de interrogación y permitió de ese modo, ubicado bajo la guía de la ciencia, ponerle orden. El “alienado” pasó a la categoría de ser “objeto de estudio”.

Bajo el auge de la psiquiatría clásica francesa, es Morel, (Broustra, 1979) médico jefe del asilo de Saint-Yon, quien pone los cimientos para la futura utilización del término *demenia precoz*, aunque bajo una distinta connotación a la que Kraepelin le dará mas adelante. Describe el cuadro de un paciente del siguiente modo

“el joven progresivamente olvidó todo lo que había aprendido y sus dotes intelectuales entraron en un período de estacionamiento muy penoso, una especie de inactividad reemplazó toda la actividad previa...”

Morel interpreta la desorganización de la personalidad, propia de los fenómenos esquizoides, como la pérdida de las facultades dada en la demencia.

Según indica Broustra (1979), Morel en su *Traité des dégénérescences physiques intellectuelles et morales de l'espèce humaine* introduce, en 1853, el concepto de “degeneración” como una desviación malsana de un tipo primitivo, desviaciones que evolucionan finalmente hasta la decadencia. La idea de la

demencia se asocia a la de degeneración y ésta, a su vez, producida por transmisión hereditaria.

Es a partir de estos conceptos, de su entrecruce, que surgirá la ubicación de la esquizofrenia dentro del marco cultural y conceptual que le dará el lugar que ocupa hasta hoy.

La degeneración fue un término introducido por Morel para designar una degradación progresiva; más tarde, Magnan le da el sentido de menor capacidad y menor resistencia psicofísica del sujeto que sus progenitores, uniendo así esta degeneración al factor hereditario.

Por otra parte, fue de gran influencia el descubrimiento de Fournier donde establece la correlación entre la parálisis general, caracterizada por el delirio de grandeza, con la presencia de microbios de sífilis en el cerebro. Esta correlación es de importancia dado que abriría los caminos de investigación hacia hallar en las enfermedades mentales lesiones orgánicas cerebrales.

Situamos en esta conceptualización la ubicación de lo que sería la futura esquizofrenia con relación al saber. El cuerpo de la medicina la incluiría entre sus objetivos, la esquizofrenia nace de las demencias como una enfermedad de déficit, de base cerebro-orgánica.

En 1816, Esquirol (Colodrón, 1990) hace algo más que hallar signos aislados, limita el campo de la "demencia" al diferenciarla del déficit intelectual

congénito, de las taras y los idiotas. La demencia pasa a ser una progresiva degradación de las funciones intelectuales, especialmente de la memoria, con pérdida del juicio y daño del lenguaje. Se caracteriza por dos aspectos: la enfermedad sobreviene en la vejez por degeneración de las células nerviosas y otras perturbaciones y es de curso irreversible.

Decíamos que Morel (Broustra, 1979) toma la demencia para definir lo que le sucede a los jóvenes de su asilo, dirá “están aquejados de estupidez desde su juventud” (1853), es el término que mejor le presta servicio para definir sus observaciones; pero algo no concuerda, necesita agregar la salvedad de “precoz” dada la edad de sus pacientes, no eran viejos.

Con Morel se identifica el surgimiento precoz del trastorno y la idea de degeneración dada por un modelo biológico apoyado en la transmisión hereditaria; sin embargo, no surge a partir de este concepto la definición y clasificación de una entidad nosológica, que habría de esperar hasta ser situada por Kraepelin.

Morel está preocupado en definir otro aspecto de la enfermedad, hallar el origen del trastorno que sitúa a partir de una concepción moral de la transmisión hereditaria, dada a partir de excesos cometidos en los antecesores, que se degeneraban en sus descendientes, ocasionando la demencia en éstos. Traemos sólo una referencia para dejar con claridad abarcado el tema, dice Morel (Broustra, 1979) en sus *Etudes Cliniques* de 1853:

“de precoces excesos venéreos, onanistas y otros, abuso de la bebida o una errónea dirección de la inteligencia...”

Hallamos en esta cita, cuanto de la conciencia moral, reprobadora, se hallaba en silencio, justificando el encierro y modos de aproximación al enfermo mental. Broustra lo pone del siguiente modo: “El observador médico leía en el cuerpo las consecuencias degenerativas de la sinrazón moral.” (1978)

Magnan, (Colodrón, 1990) hacia finales también del siglo XIX en su publicación junto a Dupré *“Le délire chronique a évolution systématique”* hace un planteo diferente de las descripciones del cuadro que hasta ahora se habían llevado a cabo; Magnan se refiere al curso del trastorno y de este modo hace una delimitación a partir de una síntesis clínica y evolutiva, el principio de entidad nosológica se funda sobre el recorte de la evolución del delirio.

La psiquiatría francesa realizó varios aportes por la delimitación del concepto, en principio siempre fue considerado como un trastorno de orden endógeno, de etiología hereditaria y luego siempre hubo un esfuerzo por delimitar todas las formas de organización delirante de la esquizofrenia en sí misma.

Alemania

Contemporáneamente a los estudios franceses, la Psiquiatría clínica alemana,

de la mano de Griesinger, (Colodrón1990) inscribe también las enfermedades mentales dentro del ámbito de la medicina, en su publicación *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* en 1845, realiza la siguiente afirmación: “las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro.” No hay causas psicológicas y traza así el rumbo de una psiquiatría que se inscribirá en el camino propuesto por el positivismo científico.

Nos interesa recordar a Kahlbaum, (Colodrón, 1990) que al darse cuenta de la imposibilidad de encontrar las causas cerebrales de las psicosis, decide investigar en su curso y evolución, el modo del comienzo, desarrollo y final y, para esta tarea, se guía por la búsqueda de un principio unitario dentro de la generalidad de síndromes que hacen aparición en el cuadro. Encuentra que hay formas más o menos estables en que estos síndromes se combinan, que el enfermar, en general, evoluciona según determinados modos; propone un cuadro clínico donde la enfermedad se desarrolla con un comienzo de difícil detección, engañoso y tras un largo curso termina en alienación.

Debido al comienzo temprano de la enfermedad la denomina *Parafrenia hebética*, y, frente a esta categoría, limita otra entidad, otra forma de enfermar: llega la descripción de la *catatonia* en 1874, diferenciándose de la otra por las específicas alteraciones del tono muscular. Kahlbaum la detalla del siguiente modo:

“Un estado en el cual el paciente se sienta, calladamente o mudo por completo, inmóvil, sin que nada lo haga cambiar de posición, con el

aspecto de estar absorto en la contemplación de un objeto, con los ojos fijos en un punto distante y sin una volición aparente, sin reacción ante las impresiones sensoriales...”

Su discípulo Hecker, (Colodrón, 1990) introduce el término *hebefrenia* (enfermedad mental de los jóvenes) y realiza la descripción más detallada del síndrome de la que hace su maestro:

“Su aparición ligada a la pubertad, la sucesión de diversas formas o su aparición cambiante (melancolía, manía y confusión), la rápida evolución del padecimiento que termina en un debilitamiento psíquico y una forma característica de deterioro final.”(1871)

Son Kraepelin y Bleuler quienes delimitarían la enfermedad desde la ubicación nosológica; tanto por su curso, producto de Kraepelin, como por su estructura, en caso de Bleuler. Señalamos, que aunque ambos hayan dejado explícito de lo provisorio del término, las bases construidas por ellos se mantienen hasta hoy.

Es Kraepelin, en 1896, (Colodrón, 1990) quien siguiendo el camino delineado por Kahlbaum, busca definir entidades nosológicas no de acuerdo con la etiología o las investigaciones anatómico-cerebrales, sino en función del desarrollo y curso de la enfermedad, la evolución fue el factor significativo para establecer determinado diagnóstico o no. Con la observación a lo largo del tiempo del curso de la enfermedad, se podría delimitar bajo un mismo patrón, los numerosos signos que se presentaban.

Con descripciones clínicas detalladas, en la sexta edición de su *Compendio de Psiquiatría*, 1899, (Colodrón, 1990) unifica los trastornos en una sola entidad nosológica bajo el nombre de *Demencia Precoz*, los criterios tomados para ese orden fueron entonces evolutivos, tales como el desarrollo de la enfermedad y su primer manifestación en la adolescencia o primeros años de la edad adulta, el trastorno del pensamiento y el final en un estado parademencial. Delimita los tipos hebefrénico, en arreglo con lo definido anteriormente por Hecker, el tipo catatónico siguiendo a Kahlbaum y agrega el tipo paranoide, que se diferencia de la paranoia y la parafrenia porque ésta no lleva a la demencia.

Kraepelin toma entonces, el término de demencia precoz de Morel, ya sin esa complicación moral, para agrupar bajo el mismo, los diversos síndromes que hasta ahora se explicaban aisladamente, guiado por la idea que los síndromes provenían del mismo proceso patológico.

“Las tres formas pueden darse en el mismo paciente. Caracterizan el estado de déficit, el bloqueo, el negativismo, la debilidad del juicio y la disminución de la productividad psíquica, el empobrecimiento motor, la pérdida de la energía y el embotamiento afectivo... así, pues, describió los invariantes de la enfermedad.” (Colodrón, 1990)

Según Colodrón (1990) la última definición de la demencia precoz de Kraepelin en 1913, dice así:

“Serie de síndromes clínicos cuya común característica la constituye la peculiarísima destrucción de la correlación o armonía interna de la

personalidad psíquica con preferente participación de la afectividad y de la voluntad.”

Kraepelin ubicó la esquizofrenia dentro del ámbito de una etiología endógena, bajo la forma de una autotoxicidad y la explicó a través de un diagnóstico que se fundamentó en el curso, en el modo de enfermar, no en el contenido de la enfermedad misma. Ubicado en la importancia de estas áreas no se preocupó en demasía de las emociones y experiencias vividas por el sujeto.

Sin embargo, en 1911, Bleuler, (Colodrón, 1990) que ya había entrado en contacto con el Psicoanálisis y Freud, propuso un nuevo término para esta amplia sintomatología, dado que no era correcto proponer una semejanza del estado mental entre los pacientes con deterioro orgánico cerebrales, personas con debilidad mental y los pacientes con “demencia precoz”.

En realidad, la situación “demencial” planteada por Kraepelin revestía el concepto de “parademencial” puesto que no se trataba de la destrucción de la actividad psíquica del sujeto, sino el acceso a estados, en apariencia, demenciales en forma precoz.

Bleuler encuentra que la de-mencia (disminución de la mente) no era el caso de estos pacientes, ya que sus reacciones eran complejas y definidas y no simples y elementales, propias de la demencia. Era por tanto, más bien un estado de desarmonía entre tendencias, sentimientos y pensamientos

opuestos y contradictorios generando un estado de división en la personalidad, era una situación de desarmonía afectiva que repercutía sobre las funciones superiores provocando el aparente estado demencial.

El término que propuso para ese estado fue de “disociación” (*Spaltung*) como el estado de funciones psíquicas en el que se hallaba el sujeto, que dio lugar al término de *esquizofrenia* que manejamos en la actualidad, que señala una división de la mente; o en su sentido etimológico literal “espíritu desgarrado o escindido”.

El momento de creación del término señala claramente no sólo la creación de un concepto, sino una distinta forma de acercamiento al fenómeno:

“Bleuler crea un nombre, esquizofrenia (*skizeb* - romper, escindir; *phrenos*-espíritu), y con él un nuevo modo de aprehender la noción de ese modo de enfermar: ahora más que pormenorizar una causa, un cuadro sintomático y un curso, se describe una presunta estructura psíquica patológica.”
(Colodrón, 1990)

Con este término se propone que el rasgo central de la enfermedad no es su deterioro parademencial, su curso o evolución, sino un estado del sujeto caracterizado por la disociación de sus funciones psíquicas, en términos de Bleuler una “relajación de las asociaciones” que se ve expresada fundamentalmente en el pensamiento y el lenguaje.

El enfermo pierde sus capacidades superiores en función de la pérdida de la

capacidad de síntesis, misma que está dada por *procesos psicoafectivos*, derivados de procesos orgánicos. Se introduce, aunque de modo tangencial, una nueva visión.

A partir de la interpretación de las manifestaciones sintomáticas en términos dinámicos, comenzó a explicarse la enfermedad en términos de relaciones entre tendencias, deseos, instintos y antecedentes vitales. La esquizofrenia pasó a formar parte de la investigación de la psicología y de los procesos psicológicos, hubo un esfuerzo por entender al sujeto, no sólo la enfermedad que se padece.

Otro aporte, por su influencia en el modelaje del concepto, está dado por la introducción de un tipo de esquizofrenia que es la “latente”, aquella que aún subyace en el sujeto pero que seguramente en número supera a la de los enfermos manifiestos. Esta idea introduce en la clínica una dimensión de grados, de matices, de un espectro del fenómeno esquizoide, que ya es aceptado en la actualidad.

Caracterizaciones del fenómeno a inicios del siglo XXI

Los criterios para definir la enfermedad siguen siendo fundamentalmente sintomatológicos y clínicos, guiados por la búsqueda de clasificaciones; cuadros descriptivos donde se hallan las influencias de Kraepelin, Bleuler y

Schneider.

Recordemos que a mediados del siglo pasado, Kurt Schneider, 1950 (Colodrón, 1990) diferenció, a partir de criterios clínicos, tres núcleos constituyentes de los signos de la esquizofrenia, los trastornos se ubican dentro de las áreas de sentimiento de identidad, continuidad de los procesos psíquicos y contacto con la realidad; en base a eso organizó un cuadro sintomatológico formado por síntomas de primer orden y síntomas accesorios.

Los síntomas de primer orden representaban aquellos específicos o patognomónicos que podrían diferenciar la enfermedad y recortarla de otras entidades, en función siempre de hallar criterios de diagnósticos validados y fiables. Los aportes de Schneider respecto de la clasificación fueron introducidos en el DSM-III y son los que modelaron la visión para un diagnóstico.

En 1980, Crow (Colodrón, 1990) realiza otro aporte en el terreno de la clasificación, diagnóstico y nosología al diferenciar dos síndromes que componen la esquizofrenia, los tipos I y II, que corresponden con los signos positivos y negativos que comentaremos adelante.

La historia de la esquizofrenia avanzó por diferentes caminos entre disciplinas y teorías a veces en franca oposición; ubicados en la psiquiatría actual encontramos, a través de su publicación normativa, el DSM-IV-TR, las

siguientes indicaciones respecto del fenómeno de lo esquizoide pero, que deja claramente expresado al comienzo del capítulo de Esquizofrenia la relación de los trastornos allí descriptos con los síntomas psicóticos:

“A pesar que estos trastornos se han agrupado en este capítulo, debe tenerse en cuenta que los síntomas psicóticos no tienen que considerarse necesariamente los rasgos fundamentales de estos trastornos, y que los trastornos en esta sección no tienen tampoco una etiología común.” (DSM-IV-TR)

El manual diagnóstico, dejando en claro su incertidumbre, describe claramente que aunque los trastornos de ese capítulo no tienen etiología en común, se los agrupa por sus rasgos, que también aclara, los rasgos psicóticos no son lo fundamental de este recorte.

Por otra parte, sugiere mayor relación etiológica y de rasgos en común entre fenómenos esquizoides que por el sólo hecho de la presencia de síntomas psicóticos,

“...de hecho varios estudios sugieren asociaciones etiológicas más estrechas entre la esquizofrenia y otros trastornos que, por definición, no se manifiestan con síntomas psicóticos (por Ej., trastorno esquizotípico de la personalidad).” (DSM-IV-TR)

Estaríamos en presencia, según lo plantea el manual, ante un tipo de selección no satisfactoria, y que, las leyes de la etiología biológica no aportan

mayor esclarecimiento a las nosologías psiquiátricas.

Finalmente, y por tanto, el concepto central que guía y determina, en la actualidad el campo de la Psiquiatría, aparece reflejado a través del DSM-IV-TR según un criterio descriptivo; por la presencia o no de signos y síntomas. Y, que bajo la clasificación de términos positivos y negativos, expresan la amplia gama de disfunciones cognoscitivas y emocionales que sufre el esquizofrénico. Los tomamos como base para determinar su conceptualización actual.

Los *síntomas positivos* reflejan una exacerbación de las funciones normales, un exceso, tales como las que hallamos bajo las distorsiones del pensamiento inferencial, *ideas delirantes*, producto de mala interpretación de las percepciones o experiencias y la distorsión de la percepción, *alucinaciones en cualquier modalidad sensorial*.

Los podemos llamar también errores del contenido del pensamiento, que no siempre tienen que ir acompañados por errores formales del pensamiento. En general los temas recurrentes se centran en los delirios de *persecución y auto-referencia*. Estos delirios muchas veces se asocian a alucinaciones, que en su conjunto en sí, conforma un estado de confusión del sentido del yo, de la identidad y cuadros de *despersonalización* que derivan en sentimientos de extrañeza y *desrealización*. En general, las percepciones más alteradas son las auditivas, usualmente se oyen voces que murmuran, ordenan, que hacen un

objeto, de la persona esquizofrénica.

El *lenguaje y la comunicación del pensamiento* apareció ya en los autores clásicos como el desorden básico de la esquizofrenia, explicitado como *asociaciones laxas o desorganización* del pensamiento (lenguaje desorganizado) como trastornos formales en la expresión del pensamiento en lenguaje en sus diversas formas, mencionaremos aquí las formas recurrentes: pérdida de las asociaciones *perder el hilo o descarrilamiento* al saltar de un tema a otro con pérdida de la idea directriz; las respuestas no tienen una relación directa con las preguntas formuladas, *tangencialidad*; también el lenguaje se puede presentar desorganizado de modo que sea incomprensible, *incoherencia* con graves fallas en las reglas gramaticales o semánticas, alteraciones en la deducciones o producción de neologismos.

Otras veces, cuando la desorganización no es tan pronunciada, nos enfrentamos ante un diálogo muy escueto, con primacía de monosílabos dando una *pobreza del habla o del pensamiento*; en otras ocasiones el paciente habla pero con vacío del contenido, el parecer es que no ha dicho nada.

La organización del comportamiento (*comportamiento gravemente desorganizado o catatónico*) que comprende desde actitudes infantiles hasta agitación impredecible o inmotivada. El comportamiento motor catatónico (estupor, rigidez, negativismo, posturas) también forman parte de este aspecto.

Los síntomas positivos incluyen dos dimensiones: la “dimensión psicótica” con las ideas delirantes y las alucinaciones; y la “dimensión de desorganización” que incluye lenguaje y comportamiento desorganizados.

Por otra parte, los *síntomas negativos* se engloban en la restricción fundamentalmente afectiva, síntomas de disminución de funciones. Reducción de la expresión emocional, *aplanamiento afectivo*, la falta de respuesta de la expresión facial o una sonrisa discordante al afecto evidenciado o contacto visual pobre; los pacientes pueden referirse a un *vacío*, una *incapacidad para sentir*, *el deterioro de su vida emocional*, *la pérdida de la pasión* por una anterior afición. En una ausencia de expresión, una falta de conexión o simpatía.

Y en estrecha relación al desorden afectivo hallamos una reducción de la productividad y fluidez, en un serio *trastorno de la volición*, que incluye el pensamiento, pobreza del habla con respuestas breves, lacónicas o vacías (alogia); falta de comportamiento dirigido a un objetivo (abulia) con incapacidad de iniciar y dirigir un comportamiento dirigido hacia un fin; pérdida de interés o placer (anhedonia).

Cansancio e incapacidad para tomar una decisión y llevarla a cabo son parte de los síntomas, nos referimos a la falta de capacidad para proyectar sus vidas y a la falta de iniciativa. Todo esto nos lleva a un progresivo *aislamiento*

y desentendimiento de las relaciones afectivas y sociales.

Décadas atrás hablar acerca de la etiología de la esquizofrenia equivalía a participar en una discusión acerca de si ésta se relacionaba con un origen hereditario o de tipo ambiental. Desde la gran renovación que han introducido los anti-psicóticos en los cuadros clínicos del trastorno, parecería que esa pregunta fue contestada por la evidencia empírica. De hecho, y gracias a la misma, las teorías que sostenían etiologías diversas a las médico-biológicas perdieron su peso y cayeron bajo la palabra de <especulaciones>. La mayor parte de la investigación se volcó hacia el campo de la Neurotransmisión, la búsqueda de la localización cerebral de la patogenia, las áreas de disfunción cerebral, los estudios genéticos, alteraciones neuroanatómicas, influencias tóxicas durante el desarrollo e investigaciones psico-fisiológicas del cerebro. Comenzó lo que usualmente se denomina “la era de los neurolépticos”.

Fue la declaración de una ciencia de validación empírica, sostenida teóricamente por el modelo biológico que se continúa en nuestros días en los planteos de nuevas nosologías; la psiquiatría se halla en la actualidad validando el trastorno según diferentes subtipos, mismos, que recuerdan los momentos de desarrollo teórico centrados en la heterogeneidad del cuadro.

La eficacia de los psicofármacos es reconocida, al mismo tiempo que sabemos que no “curan” el fenómeno que llamamos esquizofrenia sino que sólo

algunos síntomas son sensibles a los neurolépticos mientras otros parecen recrudescerse. Los síntomas positivos tienden a desaparecer mientras los negativos como abulia, apatía, anhedonia, parecen acrecentarse, y continúan de igual modo.

Debemos considerar que los fármacos no son específicos de la esquizofrenia, sino que abarcan un amplio espectro de síntomas psicóticos como alucinaciones o delirios, que son compartidos con otro tipo de psicosis y de estados demenciales.

Cumplen con la función de modular el funcionamiento de neurotransmisores, en especial, aquellos que regulan las catecolaminas (dopamina, noradrenalina y adrenalina), que debido a este auge en la década de los '80s fueron hechas numerosas investigaciones al respecto.

Frente al problema, y como soluciones alternativas, se han intentado nuevas clasificaciones, tales como: aguda-crónica; productiva-defectual; paranoide-no paranoide; y, en especial en las dos últimas décadas los criterios de positiva-negativa.

Siendo éste el panorama general, en los últimos años se han desprendido nuevos modelos que intentan recuperar el fenómeno desde nuevos marcos: se ha clasificado un nuevo subtipo que tiende a ligar la descripción del cuadro clínico con una etiopatología ubicada dentro de la alteración del *neurodesarrollo*.

Así el trastorno encuentra entonces un anclaje etiológico que permite abrir el campo a un nuevo modelo nosográfico al definir nuevos tipos, (Golstein et al, 1990; Castle et al, 1994) aunque, no hay suficiente evidencia empírica que permita comprobar la existencia de esta nueva entidad (Mc Donald et al, 2000).

La nueva dicotomía neurodesarrollo - no neurodesarrollo no cuenta con suficientes estudios que la validen; de hecho, parecería no haber demasiada diferencia con el subtipo de esquizofrenia de signos negativos, que tampoco ha sido completamente demarcado, por las dificultades que trae aparejado el intento de ubicación categorial que promueve la Psiquiatría; dado que dentro del terreno de las Psicosis, continuamente los tipos se solapan y no se encuentran delimitaciones que permitan establecer grupos homogéneos.

La hipótesis del neurodesarrollo (Murray y Lewis, 1987; Murray, 1994) combina diversos factores. Se parte de una causalidad genética ligada a factores ambientales físicos que influyen en los momentos precoces del neurodesarrollo del individuo, el cerebro sufre una alteración anatómo-funcional que origina las alteraciones de la psicosis. La alteración es la conectividad neuronal, anomalías en los circuitos originando desconexiones neuronales, no hay una localización específica a pesar de la sugerente dilatación ventricular, según Friston (1999) "fallo en la conectividad" desde una perspectiva funcional.

Se puede hablar de incidencia genética en la enfermedad, en ese sentido la hipótesis busca definir qué gen o genes estarían implicados en el desarrollo normal del SNC en los momentos precoces de formación y de qué manera factores ambientales podrían lograr que no se lleve a cabo correctamente la función genética. Se habla entonces de etiología mixta, considerando que los factores ambientales agresivos deben ubicarse dentro del rango de situaciones físicas tales como: lesión de origen hipóxico/isquémico; complicaciones obstétricas y perinatales; factores víricos, estacionalidad, malnutrición; infección e incluso, estrés materno.

Puede considerarse en el caso de estrés materno circunstancias tales como pérdida del marido durante el embarazo o un embarazo no deseado, o circunstancias familiares o sociales graves o malnutrición. En un estudio de Van Os y Selte (1998) descubrieron altos factores de riesgo de esquizofrenia en madres que durante el embarazo habían estado expuestas a la invasión alemana en Holanda.

Las explicaciones dadas por los investigadores se centraron en una segregación excesiva de glucocorticoides (corticoides neurotóxicos que retrasan el crecimiento fetal) por la madre o la respuesta del feto por las altas concentraciones de catecolaminas que inducen a la hipoxia fetal.

Sin embargo, las conclusiones no satisfacen, los estudios neurofisiológicos no pueden explicar una realidad que parece estar fuera de su alcance. Sanjuán Arias lo pone del siguiente modo (Obiols, 2001)

“Sin embargo, aunque es obvio que debe de haber un problema en el neurodesarrollo (¿dónde sino?) al menos en algunos de estos pacientes, lo cierto es que todos los datos aportados hasta ahora son completamente inespecíficos y no explican por sí solos ni los síntomas psicóticos ni el curso de la enfermedad.” (2001)

Otra hipótesis importante con la que se trabaja en la actualidad, provino de Weinberger, 1986, quien propuso una lesión fronto-temporal del cerebro, que aunque no fuera puntual y sí difusa, afectaría las interconexión funcional de la estructuras diencefálicas temporales y el córtex prefrontal. En las primeras habría una hiperactividad dopaminérgica debido a un exceso de receptores D2, lo que produciría los llamados síntomas positivos, por el contrario, en la zona frontal habría una hipofunción dopaminérgica (hipofrontalidad) que explicaría los síntomas negativos.

En base a esta teoría se realizaron sumos esfuerzos y estudios pero, aún así, los resultados no fueron esclarecedores. Esta hipótesis, llamada hiperdopaminérgica, recibió su desilusión al encontrarse que los genes codificadores de las proteínas de los receptores dopaminérgicos eran normales.

Es posible entender que la ubicación de disfunciones en las áreas temporales, ocasionaran síntomas tales como alucinaciones auditivas que podrían originarse de una disfunción de las áreas auditivas y del lenguaje del lóbulo temporal. Lo que aún seguimos sin resolver, dado que parecería ser éste uno

de los límites de la neurobiología y en general, de los conceptos desde la biología, la razón por la cuál el tipo de alucinaciones siempre tienen el mismo carácter en todos los sujetos.

Finalmente, las investigaciones de un posible origen genético se abordaron a través de tres tipos de estudios para determinar cómo era la transmisión: estudios en familias, gemelos y adopción; siendo los estudios de gemelos los que brindan la información más interesante.

Los datos confirmados demuestran que ante la presencia de gemelos monocigóticos, siendo uno de ellos esquizofrénico se puede predecir que en un 50% de los casos su gemelo también lo será. Lo interesante es que el porcentaje es elevado pero no es el total, ¿Qué hace que no haya una concordancia del 100%, dado que ambos gemelos cuentan con la misma carga genética?

La influencia genética fue altamente estudiada en las últimas décadas, estudios que buscaron delimitar la influencia de padres biológicos y de padres adoptivos fueron los centros de atención (Kety y cols., 1968; Wender y cols., 1974) los datos hallados confirmaron transmisión genética; pero también quedaron grandes dudas, ya que los datos hablaban de un predominio pero no pudieron confirmar la hipótesis.

Es relevante considerar que si las hipótesis hereditarias y genéticas parecen nunca poder confirmarse, la injerencia del ambiente puede ser la decisiva.

Los factores ambientales surgen una vez más, bajo los interrogantes: ¿En qué situaciones se vuelven críticas las influencias del medio?; ¿Qué tipos de factores entran en juego?; ¿Educación?; ¿Emocionales?; ¿Factores psicosociales?; ¿Factores afectivos?; ¿Infecciones?; ¿Virus?; ¿Patrones de comunicación?

Nuestra propuesta está centrada en delimitar cuál es la influencia del ambiente en la etiología del fenómeno esquizoide.

Espectro del fenómeno esquizoide

Por último, podemos rastrear una amplia gama de trastornos en los cuales está involucrado el concepto de *esquizo*: esquizofrenia; trastorno esquizofreniforme; trastorno esquizoafectivo; trastorno esquizo-obsesivo; trastorno esquizoide y esquizotípico de la personalidad; trastorno paranoide de personalidad; trastorno límite de la personalidad. Diversos cuadros clínicos que están presentes tanto en la esquizofrenia y autismo infantil como en personalidades borderline y neuróticas con rasgos esquizoides.

Las categorías no pueden ser tajantemente demarcadas, los estudios emprendidos para confirmar las teorías genéticas de la esquizofrenia, han arrojado luz a otro fenómeno concomitante: la gran dificultad para poner límites precisos de diagnóstico entre cuadros que se solapan y se

superponen: el llamado espectro esquizofrénico.

Nos situamos frente a un abanico, que más que ahondar sobre las diferencias entre categorías, plantea la posibilidad de un *continuum* normalidad-psicosis. Situación que permite pensar en etiologías que consideren factores no orgánicos, que convoquen elementos ambientales presentes en el ser humano; considerando datos como los aportados por estudios epidemiológicos que señalan un alto porcentaje de síntomas psicóticos en la población general (Van Os et al, 1999).

“la esquizofrenia crónica o procesual se parece a otros cuadros que se solapan entre sí y que, desde siempre, han planteado problemas a los psiquiatras a la hora de diagnosticar a ciertos enfermos. Los casos de esquizofrenia <borderline> o latente, la esquizofrenia aguda, las psicosis esquizoafectivas, los casos dudosos forman este grupo de trastornos.” (Obiols, 1989).

LA PSICOSIS SEGÚN EL PSICOANÁLISIS CLÁSICO

Defensa. Inconsciente de lo Reprimido

La lectura de la obra de Freud, al acercarnos al desarrollo de su concepto de psicosis, impone en cierta medida realizar otro trabajo de investigación, y es el de asistir al mismo tiempo al nacimiento de la teoría del psicoanálisis. No pudiendo aislar el concepto fuera del surgimiento de la misma teoría que lo

sustenta y, entonces, hablar del Psicoanálisis freudiano o clásico, es hacerlo también de su origen, de su nacimiento, del modo en que las primeras articulaciones vieron luz, a partir de dos ejes fundantes que tomaremos a continuación.

Si bien es cierto que en sus primeros escritos Freud buscaba el andamiaje principal sobre el que articular los mecanismos y la etiología de la histeria y luego las neurosis en general, ya podemos ubicar desde estos tempranos trabajos los bosquejos que irían sustentando su modo de acercamiento a las psicosis.

En su escrito de 1893, *Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos* habla del carácter simbólico de los síntomas; trata de explicar la etiología de las neurosis, a través de la teoría del trauma psíquico: "Su título ya les advierte que se trata de la patogénesis de los síntomas histéricos y que los fundamentos más directos para la génesis de síntomas histéricos han de buscarse en el ámbito de la vida psíquica." (Freud, 1893)

Freud advierte que el escenario de su trabajo inaugura un nuevo espacio de conocimiento, una nueva dimensión se abre paso, los fundamentos psíquicos se hacen presentes para no quedar sólo reducidos a las neurosis sino que, en trabajos posteriores también abarcará los procesos psicóticos.

Postula un *trauma*, un hecho determinado, ocurrido en la vida de la persona que es la causa de su enfermar, que es el productor del síntoma; aunque no

es el trauma como tal, sino la *representación psíquica* de éste, que tiene fuerza patógena.

Comienza por marcar las características que deben tener esas representaciones, que son rechazadas de la conciencia y por tanto, al quedar excluidas de los caminos asociativos del resto de las representaciones, producen la enfermedad. Encuentra que lo específico de las representaciones psíquicas que pueden ser excluidas o reprimidas es ser de índole sexual.

A partir de estudios sobre la dimensión psíquica y las representaciones patógenas, Freud elaborará los conceptos de defensa e inconsciente y ubicará el papel de la sexualidad, a partir de los cuales dará explicación para las neurosis y psicosis.

Diferencia medular con la obra de Winnicott, en la cual, la explicación para la psicosis se contrapone estrictamente con lo arriba mencionado, otorgando un lugar primordial a aquello que *no pudo ser representado*, separándose así de las hipótesis freudianas. Tema que veremos en los siguientes capítulos.

Tomemos nuestra primera referencia de Freud en un texto de 1894, en su escrito "*Las Neuropsicosis de Defensa*", Freud plantea los primeros conceptos que sustentarían la teoría del psicoanálisis.

En este texto Freud establece que, vivencias que despertaron afectos penosos, representaciones inconciliables para el yo, fueron sometidas a un esfuerzo de

alejamiento de la conciencia, el yo se “defendía” de esas representaciones alejándolas de sí: “Su propósito de ahuyentar, empujar lejos la cosa” (1894).

Surge en este texto el concepto de *defensa* como una de las piedras angulares de la teoría, que ya habiendo sido mencionada en la *Comunicación Preliminar* un año antes, toma ahora su lugar en la explicación de las etiologías de patologías mentales.

La defensa, que en este momento se superpone con el concepto de “represión”, se ubicará entonces como uno de los dos ejes sobre los que se sostendrá los fundamentos del psicoanálisis; reservando el otro lugar a la sexualidad, que en su momento tomaremos.

En el texto, Freud dice “ese olvido no se logró, sino que llevó a diversas reacciones patológicas que provocaron una histeria, o una representación obsesiva o una psicosis alucinatoria.” Comienzo de una respuesta a las psicosis. Los procesos tienen en común un aspecto: la función de la defensa; que es tratar como “no acontecida” la representación inconciliable; de este modo, hay una anticipación del concepto del fracaso de la defensa en la producción de la patología.

Freud explica la formación del síntoma neurótico, en sus procesos de representaciones obsesivas, histeria y fobias, en los siguientes términos:

“La tarea que el yo defensor se impone, tratar como no acontecida la representación inconciliable, es directamente insoluble para él; una vez que

la huella mnémica y el afecto adherido a la representación están ahí, ya no se los puede extirpar. Por eso equivale a una solución aproximada de esta tarea lograr *convertir esta representación intensa en una débil*, arrancarle el afecto, la suma de excitación que sobre ella gravita. Entonces esta representación débil dejará de plantear totalmente exigencias al trabajo asociativo; *empero la suma de excitación divorciada de ella tiene que ser aplicada a otro empleo.*" (1894)

La diferencia entre los procesos se ubica en este punto, al distinguir el tipo de mecanismo aplicado para defenderse de la representación amenazante.

Mientras que la defensa en la neurosis impone una separación "divorcio" entre la representación inconciliable y su afecto; para un caso de "confusión alucinatoria" Freud describe el mecanismo del siguiente modo:

"Existe una modalidad defensiva mucho más enérgica y exitosa, que consiste en que el yo desestima (verwerfen) la representación inconciliable junto con su afecto y se comporta como si la representación nunca hubiera comparecido. Sólo que en el momento en que se ha conseguido esto, la persona se encuentra en una psicosis que no admite otra clasificación que confusión alucinatoria."(1894)

La aparición de la psicosis se refiere al tipo específico de operación defensiva: de rechazo, desestimación de la representación junto con su afecto por tanto, al tomar un camino distinto al de la neurosis, provoca esos otros resultados. Para explicar esta situación Freud propone considerar su hipótesis auxiliar:

“En las funciones psíquicas cabe distinguir algo (monto de afecto, suma de excitación) que tiene todas las propiedades de una cantidad -aunque no poseamos medio alguno para medirla-; algo que es susceptible de aumento, disminución, desplazamiento y descarga, y se difunde por las huellas mnémicas de las representaciones como lo haría una carga eléctrica por la superficie de los cuerpos.” (Freud, 1894)

El ejercicio de la represión sobre la representación inconciliable es por la capacidad de divorcio entre la representación y su afecto; de este modo la suma de excitación puede desplazarse de una representación a otra.

Pero, en la modalidad defensiva de la psicosis, esto no ocurre, sino que: “se rechaza la representación inconciliable junto con su afecto”; la separación de la que se habla en la neurosis no acontece para la psicosis, la defensa no llega a actuar separando la representación de su afecto y permitiendo que éste se enlace a otras representaciones, sino que ambos antes de ser reprimidos, son rechazados de la conciencia, quedando así en el inconsciente pero, sin marca o representación debilitada.

Aunque, Freud señala ya en este precoz momento, un mecanismo distinto para diferenciar neurosis de psicosis, no avanza sobre el tema y trata a ambas estructuras de modo similar, equiparando la psicosis a la neurosis como el efecto de la represión inconsciente.

Explicando la operación en la psicosis, dice

“El yo se arranca de la representación insoportable, pero esta se entrama de manera inseparable con una fragmento de la realidad objetiva, y en

tanto el yo lleva a cabo esa operación, se desase también, total o parcialmente, de la realidad objetiva.” (Freud, 1894)

Aparecen varias cuestiones en juego: equiparación de neurosis con psicosis; utilización del concepto de representación para ambos casos; el efecto final es la represión en lo inconsciente. Estas cuestiones que aparecen ya al comienzo del Psicoanálisis y que serán mantenidas, ubican la propuesta de Winnicott divergente del concepto freudiano, quien señalará que la psicosis no se trata de un cuadro que surge del efecto de la represión inconsciente del yo amenazado, sino que es un cuadro que se establece cuando no hay todavía un yo formado que pueda reprimir.

Para comprender mejor estos conceptos revisemos el *Manuscrito K* (1896) en el que Freud continúa su elaboración de la defensa basada en la operación de no guiar la energía psíquica de modo que ésta genere displacer.

Hallamos el concepto de *defensa normal* como una tendencia de la psique a defenderse contra las representaciones que entran en conflicto con el yo, inconciliables para éste. Esta tendencia defensiva, propia del sujeto, acarrea las consecuencias de desconocimiento de las que el psicoanálisis hablará más tarde, las consecuencias de una dimensión humana donde el sujeto aparecerá como un sujeto que en alguna parte se desconoce, le es enigmática; anticipando con el orden de la defensa la dimensión de lo *Inconsciente*.

Freud habla de una *defensa patológica*, se vuelve nociva cuando esta defensa se

dirige hacia representaciones que siendo recuerdos puedan desprender un displacer actual. Esta capacidad sólo es plausible de encontrar en las representaciones sexuales. De este modo se enlazan los dos pilares en los que se iría a sustentar la teoría y práctica del Psicoanálisis freudiano: defensa y sexualidad.

La paranoia acontece también a partir de una vivencia primaria que ha desprendido displacer que desencadena la *represión*, pero en este caso a diferencia de la neurosis obsesiva no se “forma un reproche luego reprimido, sino que el displacer que se genera es atribuido al prójimo según el esquema psíquico de proyección;” la desconfianza es el síntoma primario que se forma, a diferencia de la creencia en un reproche que provocará la escrupulosidad moral en caso de la obsesión.

Y, también hay en caso de la paranoia un *retorno de lo reprimido* bajo la forma de alucinación de voces, cuando retorna el afecto reprimido, “como un pensamiento en forma de ocurrencia, o como alucinación visual o sensorial”, dando lugar al fracaso de la defensa.

A pesar de indicar, tanto en el texto de 1894 como en el presente, que hay un modo de operar distinto por parte de la defensa, entendemos que Freud pasa por alto su propia observación y hace coincidir bajo la represión los mecanismos implicados en la neurosis y psicosis; “las premisas de la represión son sin dudas las mismas”, nos dice en este escrito, la defensa, en

tanto represión inconsciente y la sexualidad son la base tanto para una como para la otra.

Si revisamos el *Manuscrito H* (1895), antecedente del K, encontraremos el tratamiento del mismo tema focalizado en la Paranoia, pero aún de un modo más extenso en el tratamiento de los conceptos que, tempranamente Freud ya esboza en este anexo menos difundido que el Manuscrito K.

Equipara las perturbaciones afectivas de la neurosis y la psicosis bajo el concepto de un <conflicto psíquico>: “la paranoia crónica en su forma clásica es un modo patológico de defensa, como la histeria, la neurosis obsesiva y la confusión alucinatoria.” (Freud, 1895)

Centra su explicación entre un conflicto de representaciones y defensa ante las mismas, pero además se pregunta sobre la predisposición psíquica que hace la defensa de un modo y no de otro. Aparece por vez primera el enunciado de la defensa en cuanto al concepto de proyección: “la paranoia tiene, por tanto, el propósito de defenderse de una representación inconciliable para el yo proyectando al mundo exterior el sumario de la causa que la representación misma establece.” (1895)

A través del mismo mecanismo explica la *confusión alucinatoria*, donde la representación inconciliable para el yo queda, por medio de la defensa, apartada tanto en su contenido como en su afecto, pero en este querer

deshacerse de ella también se arranca un pedazo de la realidad con la cual la representación se entrama.

Explicación de la psicosis sobre la que volverá al año siguiente en *Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa* (1896), donde el mecanismo de la defensa se ubica como el espacio nuclear dentro de la teoría, llamada entonces “psicosis de defensa” y, cuando ante fracaso de la misma, en el retorno de lo reprimido, deviene en síntoma la pérdida de la realidad.

Es en 1897, en la Carta 69, donde Freud pone en duda su teoría respecto de la etiología traumática para comenzar un camino de varios años hasta dar cabida a la idea que las fantasías pudieran actuar con toda la fuerza de una vivencia real. Pero todavía en este texto la psicosis aparece relacionada con el mecanismo de proyección y tratada de modo similar que la neurosis obsesiva, donde plantea para ambas que el centro del mecanismo es la represión de un suceso sexual infantil ejecutado con placer, al respecto dice:

“En la neurosis obsesiva, el reproche inicial ha sido reprimido (desalojado - suplantado) por la formación de un síntoma defensivo primario: desconfianza de si mismo. Así se reconoció la lasitud del reproche, y entonces, para compensar eso, la vigencia que el escrúpulo de la conciencia moral adquirió en el intervalo de salud protege de dar crédito al reproche que retorna como representación obsesiva. En la paranoia, el reproche es reprimido por un camino que se puede designar como proyección, puesto

que se erige el síntoma defensivo de desconfianza hacia los otros; con ello se quita reconocimiento al reproche" (1897)

Introduce el mecanismo de la proyección para marcar una diferencia con la neurosis, aunque sigue siendo tributario de la teoría del retorno de lo reprimido y, con esto, equiparar los mismos mecanismos.

Schreber, narcisismo y homosexualidad

Freud analiza en 1911 el Caso Schreber, *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente*, Freud considera un nexo entre paranoia y homosexualidad como un aspecto central en la producción delirante, menciona la cita del fallo por el que Schreber recobra su libertad, al explicar su sistema de delirio: "Se considera llamado a redimir el mundo y devolverle la bienaventuranza. Pero cree que sólo lo conseguirá luego de ser mudado de hombre a mujer"; y agrega más adelante que la relación entre ambas creencias se centra en el mantener una posición femenina respecto a Dios.

A diferencia del diagnóstico de Weber al informar del caso, en el que aparecía el delirio redentor en primer término, Freud advierte que el papel de la mudanza en mujer (emasculación) opera como delirio primario que luego busca expresión y origina para su propósito el delirio religioso de grandeza; la transformación en mujer aparece como el punto saliente del

delirio, por donde éste comienza y lo que sobrevive a su restablecimiento. Freud informa que “un delirio de persecución sexual se transformó en el paciente, con posterioridad, en el delirio religioso de grandeza.”

En el centro del conflicto se halla la sexualidad: “había tenido la representación de lo hermosísimo que es sin duda ser una mujer sometida al acoplamiento, una representación que de estar con plena conciencia habría rechazado con gran indignación”.

Entonces, el primer persecutor se centra sobre la persona de Flechsig, el médico que lo atiende en su primer episodio de internación y del cual queda agradecido, para transformarse luego con el delirio religioso, sobre la figura de Dios. Ahora, es éste quien lo persigue y quien pide su transformación para que se plasme la redención de la humanidad. Es ahora el orden del universo quien pide su emasculación, pedido ante el que Schreber no puede forzarse.

Freud halla en esta asociación un profuso material de investigación que se sustenta en la teoría de la sexualidad como promotora del desorden psíquico. Ubica, en primera instancia, la función del persecutor, Flechsig, el médico, que según bajo el mecanismo defensivo de la proyección: “la persona ahora odiada y temida a causa de su persecución es alguien que alguna vez fue amado y venerado”.

De este modo se ha trastocado el sentimiento hacia el exterior transformado en lo contrario. Dice Freud acerca del mecanismo de formación del síntoma:

“El ansiado devino entonces perseguidor, y el contenido de la fantasía de deseo pasó a ser de la persecución”.

Freud explica bajo este mecanismo de formación de síntomas, la acción de la defensa frente a la irrupción de la fantasía de un deseo homosexual y al fracaso de la misma en la formación del delirio. Freud trae una cita de las Memorias para afirmar la cuestión de que la persona del médico era el objeto de las fantasías de Schreber, quién escribe “*se me entregaría a un hombre, y de tal suerte que le darían mi alma, y en cuanto a mi cuerpo, mudado en un cuerpo de mujer (...) sería entregado así al hombre en cuestión.*”

La libido dirigida a la figura del médico, no es más por lo que éste representa, a modo de sustituto, a través de un proceso transferencial, los afectos originados en su padre o su hermano. Flechsig, que luego se torna en la figura de Dios y en quien descubre a su padre, se correspondería a una serie asociativa que le permite transponer los sentimientos por éste en la persona de los otros.

Freud da parte de la explicación del estallido de la psicosis fundamentándola en “el terreno bien familiar del complejo paterno. Si la lucha con Flechsig se le revela al enfermo como un conflicto con Dios, nosotros no podemos menos que traducirlo a un conflicto infantil con el padre amado”.

Y para situarlo en el terreno de los conflictos de la sexualidad infantil nos aclara que “la más temida amenaza del padre, la castración ha prestado su

material a la fantasía de deseo de la mudanza en mujer, combatida primero, aceptada después”.

Hasta el momento Freud ha situado el análisis de la psicosis en la intersección entre los dos ejes pilares del psicoanálisis: La acción de la defensa, por medio de la represión y la proyección ante el avance de la libido homosexual. La temida amenaza del padre, la castración, presta el material a la fantasía de deseo de transformarse en mujer; que aparece como la única posibilidad de eludir el temor a la castración. Podemos observar que los procesos de la psicosis se mantienen dentro de los mismos parámetros utilizados para explicar las neurosis, ubicando en el centro el complejo de Edipo y el temor a la castración.

Freud agrega en este historial un aspecto particular: la relación de la paranoia con el deseo homosexual como mecanismo que propicia el delirio, que, para defenderse de la fantasía del deseo homosexual, se reacciona con el delirio de persecución.

Hace referencia a un estadio de libido, que denomina narcisismo. Consiste básicamente en que el individuo, se toma primero a si mismo, a su cuerpo, como objeto de amor, para pasar luego a la elección de objeto en otra persona. Es una fase intermedia entre autoerotismo y elección de objeto.

La fijación en este estadio puede traer una predisposición patológica, y ante

una situación de avance libidinal provocar una regresión a estos momentos. Lo cual, explicaría también que la libido sustraída al mundo se vuelca sobre el propio yo tomándose como único objeto sexual.

Entonces, la psicosis se origina por defenderse de una fantasía de deseo homosexual, ante la cual se reacciona con delirio de persecución; y dicho deseo está en relación a una fijación en el estadio de narcisismo que provoca una predisposición patológica.

Los mecanismos relevantes que actúan en la psicosis son la represión (en relación a la castración) la regresión y la proyección.

Situación que Winnicott criticará en sus escritos, ubicando los procesos de psicosis y neurosis bien diferenciados en cuanto a sus mecanismos, desplazando el complejo de Edipo y la angustia de castración de la etiología de los fenómenos psicóticos.

Narcisismo

En (1914), *Introducción del Narcisismo*, Freud declara que es un estadio intermedio entre el autoerotismo y el amor de objeto, le da un lugar en el desarrollo sexual como narcisismo primario y normal.

Con la introducción de este concepto Freud intenta abarcar dentro de la teoría de la libido los cuadros de *dementia praecox* de Kraepelin o la

esquizofrenia de Bleuler. Denomina estos cuadros de parafrenia en los que considera dos rasgos fundamentales:

“el delirio de grandeza y el extrañamiento de su interés respecto del mundo exterior (personas y cosas)...Los parafrénicos parecen haber retirado realmente su libido de las personas y cosas del mundo exterior, pero sin sustituirlas por otras en la fantasía.”

Pero, esta libido que han retirado del mundo, ¿hacia dónde fue destinada? Freud señala que los delirios de grandeza nacieron a expensas de esa libido extraída a los objetos y puesta en el mismo yo, generando la conducta llamada narcisismo¹. El repliegue de esta energía sobre el yo estaría en la base de los cuadros de esquizofrenia.

Freud continúa la investigación sobre este tema en un texto que escribe al año siguiente *Duelo y melancolía*, (1917 [1915]). Continúa aquí con la hipótesis del texto anterior, en la base de las patologías psicóticas se halla la libido fijada en el estadio narcisista: libido narcisista, que se vuelve hacia el propio yo.

Al explicar la melancolía la pregunta que aparece se refiere a la aparente contradicción en que la libido esté fuertemente fijada al objeto y por otro

¹ Freud encuentra en este retiro libidinal de los objetos, la razón por la cual considera que el psicoanálisis no es aplicable a pacientes con estas condiciones. El extrañamiento del parafrénico no le permite entrar en contacto con la persona del psicoanalista. “Esta última alteración los hace inmunes al psicoanálisis” (1914).

lado, tenga una leve resistencia a la investidura de objeto. Freud contesta que la única posibilidad es que la libido sea narcisista, de tal modo que si se presentan dificultades con el objeto, pueda regresar al narcisismo.

De este modo

“La identificación narcisista con el objeto se convierte entonces en el sustituto de la investidura de amor, lo cual trae por resultado que el vínculo con el amor no deba resignarse a pesar del conflicto con la persona amada. Un sustituto así del amor de objeto por identificación es un mecanismo importante para las afecciones narcisistas”.

El término *identificación* es introducido en el marco de las afecciones psicóticas. La identificación como etapa previa a la elección de objeto,

“es el primer modo, ambivalente en su expresión, como el yo distingue a un objeto. Querría incorporárselo, en verdad, por la vía de la devoración, de acuerdo con la fase oral o canibálica del desarrollo libidinal”.

De ese modo, cuando hay una *regresión* de la libido desde la elección de objeto hasta el narcisismo originario, resulta de un proceso ocurrido a partir de una elección de objeto realizada sobre bases de la identificación y no del amor de objeto; estando este proceso en la base de la afección melancólica.

Es a partir de estos textos donde hallamos formulaciones conceptuales que buscan dar un estatuto específico para el campo de las psicosis y ubicarla como objeto de estudio e investigación por su propia cuenta.

Con la formulación teórica del narcisismo, Freud introduce una nueva polaridad pulsional entre libido objetal y libido del yo. Hasta el momento del desarrollo de esta teoría Freud había construido dos nosografías: las neurosis actuales y las neurosis de defensa. Después de 1915, las neurosis de defensa se dividirán en dos categorías: neurosis de transferencia (histeria de conversión, histeria de angustia y neurosis obsesiva) y la neurosis narcisistas (paranoia, esquizofrenia y melancolía).

Las neurosis narcisistas son la primera caracterización que Freud hace de las psicosis, manteniendo los conceptos de fijación y de regreso de la libido al yo; considerando la esquizofrenia como *un punto de fijación en el narcisismo primario*.

Psicosis, pérdida de relación con la realidad

En *Neurosis y Psicosis* (1923) se propone una fórmula para identificar la diferencia genética más importante de la neurosis y la psicosis:

“La neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y el ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación entre los vínculos entre el yo y el mundo exterior.”

Freud ubica en este texto las diferencias entre un cuadro y el otro. Con respecto a la neurosis recuerda que se genera porque el yo no quiere dar cabida a una moción pulsional del ello. El yo se defiende mediante el

mecanismo de represión, pero lo reprimido retorna a través de una formación de compromiso, el síntoma. El yo ahora lucha contra el síntoma del mismo modo en la lucha anterior contra la pulsión, lo que da por resultado el cuadro de la neurosis.

Por otro lado, plantea la formación de la psicosis basada en la ruptura con la realidad exterior, “el mundo exterior no es percibido de ningún modo”, se produce “una perturbación del nexo entre el yo y el mundo exterior”; frente a esta ruptura el yo crea un nuevo mundo, no guiado por la percepciones del exterior sino bajo el mandato de las mociones de deseo del ello. Centra el motivo de esa ruptura en una grave frustración del deseo por parte de la realidad.

El yo envuelto en un grave conflicto es avasallado por el deseo del ello y así “se deja arrancar de la realidad”.

Freud plantea el conflicto del yo con las diferentes instancias psíquicas que lo gobiernan, de ese modo, el conflicto con el ello promueve a la neurosis; el conflicto con el superyó a las psiconeurosis narcisistas y el conflicto con la realidad externa origina la psicosis.

En otro texto, *La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis*, de 1924, Freud ahonda más en las diferencias de los procesos de neurosis y psicosis y, por otra parte, también busca equiparar cuadros, tomando como eje el

comportamiento de una y de otra respecto del comportamiento con la realidad².

Freud plantea un paralelismo para con el proceso de la psicosis, también propone dos momentos, en el primer paso el yo es arrancado de la realidad por dar trámite a las mociones pulsionales del ello, en tanto, en el segundo paso se quisiera “reparar” los daños cometidos contra los nexos con la realidad. Pero en el caso de la psicosis no es a expensas del ello, el paralelismo no puede ser tan amplio, sino que busca otro camino: “la creación de una realidad nueva que ya no ofrece el mismo motivo de escándalo que la abandonada”.

“En consecuencia, el segundo paso tiene por soporte las mismas tendencias en la neurosis y la psicosis; en ambos casos sirve al afán de poder del ello, que no se deja constreñir por la realidad. Tanto neurosis como psicosis expresan la rebelión del ello contra el mundo exterior; expresan su displacer o, si se quiere, su incapacidad para adaptarse al apremio de la realidad”.

Es a raíz de estos textos que Freud hace una definición explícita sobre la naturaleza de las psicosis, que consisten en *una ruptura con la realidad*. Esta ruptura acontece cuando el yo se topa con una realidad insoportable: la realidad de la castración.

² Debemos señalar que el concepto de realidad en Freud siempre se refiere a una realidad externa, objetiva, algo que está afuera, ya dado.

Pero, a pesar de esta afirmación, no hay en ella el elemento diferenciador que opera en la neurosis para que halla una renuncia pulsional y en la psicosis para que sobrevenga un rompimiento con la realidad cuando aparece la amenaza de castración.

INTRODUCCIÓN AL CONCEPTO DE SALUD SEGÚN WINNICOTT

Diferencias con la Psiquiatría y el Psicoanálisis Clásico

A través de su trabajo clínico, Winnicott accede a una formulación original acerca de la estructura del ser humano, en especial aquello fundante de la naturaleza humana, a su ontología, que ubica al ser humano como una muestra en el tiempo³ (1954-70), el ser humano arrojado al mundo, donde nada está dado por sí, sino con la necesidad de acontecer para lograr una existencia; visión que se vincula estrechamente con la posibilidad de llegar a ser..., a partir de un otro, en el ejercicio de un gesto, originario, que es creativo, que nace del mismo ser y que lleva al ser humano en dirección hacia el mundo.

Bajo estos criterios que surgen de su práctica, Winnicott toma el padecimiento psicótico no como una entidad nosológica a clasificar o una

³ Según Winnicott (time- sample). El ser humano ubicado como sujeto histórico, temporal, que constituye su existencia en su accionar sobre el mundo.

categoría de enfermedad, no como una deficiencia o desequilibrio constitucional en el cuerpo de la persona, sino que, alejado de los abordajes dados por la Medicina y la Psiquiatría, encuentra en esta forma de padecimiento una expresión de aspectos fundamentales de la naturaleza humana, que no podrían ser observados en estado de salud.

A partir de criterios originales, que también se diferencian del Psicoanálisis Clásico, Winnicott observa que la naturaleza y etiología de la psicosis están en estrecha relación con los procesos de conformación de la psique del ser humano desde los momentos más precoces de vida y con el núcleo central de la naturaleza humana: el venir a ser, surgir, a partir de otro; acceder de ese modo a una subjetividad propia, al propio gesto creativo en el mundo.

Para situarnos en el desarrollo de su pensamiento citaremos que Winnicott fue un pediatra que a lo largo de su vida, en su trabajo clínico en el Paddington Green Children's Hospital de Londres, desde 1923, tuvo acceso a miles de casos de niños que lo llevaron a pensar que las perturbaciones psíquicas eran las que estaban en la base de esos padecimientos, camino que lo guió hasta el Psicoanálisis, para profundizar y completar su experiencia clínica, disciplina que, junto con la pediatría, ejerció hasta su muerte, en 1971. La formación de Winnicott fue determinante para la constitución de su teoría, dado que en muchos casos encontraba que determinaciones físicas producían síntomas psíquicos secundarios y, que también, bajo la ausencia

de síntomas físicos aparecía un cuadro completamente psíquico, como por ejemplo, ante la depresión de las madres, niños que respondían con disturbios emocionales.

Pudo observar que la base de muchos padecimientos se hallaban en dificultades emocionales precoces, en la relación que se establecía entre la madre y el bebé en los primeros momentos de vida; fue tan alto el impacto que recibió por la precocidad de los disturbios que observaba, que se acercó al Psicoanálisis para hallar un marco que permitiera ubicar sus observaciones y desarrollar sus investigaciones respecto al temprano desarrollo emocional.

Su idea respecto a la salud se entronca con estos hechos, dado que estar saludable era un estado sumamente complejo, que no podía ser pensado tan sólo como la ausencia de síntomas, sino en cómo el ser humano accedía a la conformación de su propia psique; lo cual implica considerar que la vida misma imponía tareas a realizar desde el mismo nacimiento, que estar vivo y sentirse vivo eran conquistas a las que se podía acceder o no, que no estaban dadas y, que implicaban tareas para toda la vida.

Por una parte, la Psiquiatría Clásica, pre-psicoanalítica, ofrece un tipo de mirada fundada en el cuerpo como campo etiológico, a partir de un ser humano cuyo cuerpo y psique se hallan separados, sin ligazón en sentido cartesiano. De ese modo, se observa la dolencia pero no al individuo en su

propio sufrimiento. Bajo esta línea, la salud comienza a ser interpretada en su definición negativa, como la ausencia de enfermedad y síntomas. Por lo tanto, lo que interesa es la sintomatología a partir de la que se pueden construir entidades nosológicas.

Otro punto que también hace a la cuestión es el hecho de asimilar la mente a la psique y ubicar a ambas en el cerebro y en contraposición al cuerpo. Cuando un paciente, en función de los problemas derivados de las tareas de vivir, desarrollaba, por ejemplo, una hipermentalización defensiva que es torturante y apunta hacia un cuadro de esquizofrenia, el diagnóstico psiquiátrico encuentra algo errado en su mente, que por extensión está en su cerebro.

O, en otros casos, y siguiendo la asociación entre mente y psique, especialmente en el siglo XIX, bajo la influencia de la noción de idiotismo de Pinel, había cuadros rotulados de deficiencia mental que, incluso, continúan en el presente, de déficits mentales asociados a males neurológicos, pero que, tienen su etiología en perturbaciones emocionales muy precoces de tipo psicótico.

Winnicott consideró la esquizofrenia una dolencia que se establece en la más temprana infancia, esto es: de carácter no hereditario y no constitucional

“Hay una enorme resistencia, en especial entre los psiquiatras que no son de orientación psicoanalítica, a considerar que la esquizofrenia es psicológica, vale decir, que al menos teóricamente puede ser objeto de prevención y cura.” (1965a)

Lo psicótico no es definido a partir de la herencia del algún proceso degenerativo familiar o constitucional, porque para Winnicott “la psicosis no es una enfermedad” (1959), sino un cuadro psíquico, complejo, en el que puede entrar un ser humano a raíz de la lucha por las tareas que le pide la vida misma para llegar a ser en el mundo; y diferencia estos cuadros de origen psíquico de aquellos cuyos desórdenes psicológicos son secundarios y surgen de procesos físicos: “las enfermedades que surgen de la lucha humana no deberían ser agrupadas junto con los desórdenes que son secundarios a procesos degenerativos.” (1965)

Al tiempo que Winnicott profundizaba sobre las primeras necesidades del bebé y las *conquistas* que debía desarrollar todo ser humano, desde el momento de su nacimiento para acceder a una vida en el mundo, observó que los fenómenos psicóticos, en especial la esquizofrenia o los estados esquizoides, que se remitían, en general, a los fenómenos de no organización o no integración, podían ser hallados en los estados de los primeros momentos de la vida. Los bebés atravesaban estos estados en la conquista de su existencia.

De este modo, el estudio de estos fenómenos, en los individuos de cualquier edad, se transformó en el estudio del establecimiento de la existencia del bebé, en el contacto con la madre, en la constitución de su *self*, en el estudio del desarrollo de las bases de su personalidad. Winnicott profundizaba en el

fenómeno de lo esquizoide trabajando con sus pacientes esquizofrénicos o *borderlines*, y se nutría de las observaciones de los diferentes estados de bebés. De ese modo, podía corroborar que los desórdenes originados en esas etapas se remiten a los fenómenos de nuestro interés.

Esta perspectiva lo llevará a situar los fundamentos de la personalidad y de la salud psíquica en el inicio de vida, en los primeros momentos de existencia, y a las posibles etiologías, en fallas que impiden el adecuado desarrollo de las tareas que realiza el bebé en el establecimiento de su psique. A pesar de teorizar desde el campo del Psicoanálisis, a lo largo de su trayectoria marcará diferencias fundamentales en la concepción de la enfermedad y salud psíquicas propuestas por Freud y Melanie Klein.

En primera instancia se diferenciará de Freud en un aspecto que trae numerosas implicaciones teóricas. A pesar que Freud había superado la visión somática como posible etiología de los disturbios psíquicos, aún se halla sujeto a un modelo de funcionamiento psíquico regido por las funciones biológicas, en un intento de asimilar la psique al modelo neurofisiológico; el desarrollo de la sexualidad es un ejemplo, con sus progresión de las zonas erógenas, respecto a un ser humano conceptualizado bajo esta intención. Si bien, el instinto es transformado en pulsión y con esto

adquiere un carácter fuera del ámbito de la neurofisiología, vuelve a ser tratado como tal al incorporar el concepto de fuerza, de origen física.

El Psicoanálisis es fundado por Freud sobre un concepto de psique que surge de una lucha de fuerzas, en términos de economía, que parecería seguir sujeto al determinismo de final del siglo XIX, queriendo asimilar el modelo de funcionamiento mental semejante a una máquina: fuerza y mecanismos, un “aparato” psíquico que entonces, puede ser modelo para ser inscripto bajo los lineamientos de las ciencias físicas.

A diferencia, la teoría de Winnicott no se soporta en la naturaleza biológica del hombre, sino que la naturaleza humana está dada por la capacidad de existir.

Otro aspecto importante a considerar es la objeción hacia la teoría kleiniana. Reside en que al explicar los fenómenos precoces Klein apela al factor constitucional, tales como la intensidad de la fuerza destructiva de la pulsión de muerte o la de la envidia innata, negando desde el comienzo, cualquier papel que juegue el ambiente y la experiencia.

Winnicott desarrolló su teoría con base en la experiencia a partir de lo ambiental. A pesar de muchos, de querer ver en Winnicott un continuador de la teoría objetual de Klein, el factor del ambiente marca una diferenciación

fundamental entre ambos, que lo aleja por completo de los enunciados kleinianos e inaugura una nueva visión dentro del Psicoanálisis.

Por último, para diferenciar del Psicoanálisis Clásico, Winnicott no adhiere a la idea de que la naturaleza y la dinámica de las Neurosis pudieran ser el modelo de todo funcionamiento psíquico; el estudio de las neurosis no puede llevar a una comprensión profunda sobre la naturaleza humana, siendo el eje de esos padecimientos psíquicos la angustia de castración y el Complejo de Edipo.

El argumento de Winnicott surgió de comprobar que con pocas semanas los bebés ya presentaban sufrimiento. Acordaba con la idea presentada por Freud de que las etiologías de las neurosis sí eran posibles ubicarlas en relación a la angustia de castración, pero en el caso de angustias tan tempranas no era posible relacionarlas con factores fuera de esos momentos.

Según Winnicott, las bases de la salud psíquica se asientan en los comienzos de la vida, cuando aún no hay un yo establecido y que está en proceso de conformarse. La constitución de la salud psíquica se halla soportada en los procesos que ocurren los primeros meses de vida; cuando el ser humano necesita realizar conquistas que lo llevarán a poder constituir su yo.

Llegar a los padecimientos de tipo neurótico implica que el ser humano ya realizó algunas conquistas, que ya cuenta con un yo que puede padecer los conflictos inherentes a las relaciones triangulares, propias del Edipo. Desde

una perspectiva winnicottiana, en este sentido bien específico, la presencia de neurosis implica tener “salud suficiente” para alcanzar una neurosis. (1954-70)

Por el contrario, y a diferencia de los padecimientos neuróticos, en la psicosis, las angustias que experimenta el bebé son en momentos tan precoces que aún no ha terminado de constituirse un yo; aún no se tiene una salud suficiente para alcanzar los padecimientos neuróticos. Si el yo no está constituido, sus procesos propios de integración tales como: temporalización, relacionado con el acceso a una memoria personal; espacialización, integración de la psique y el cuerpo y relación con la realidad, no se han conformado. Es difícil entender estos aspectos de la naturaleza humana bajo el concepto de pulsión, “Tiempo y espacio no son objetos, tampoco son metas y fuerzas. En tanto, sin tiempo y espacio no hay como encontrar objetos y, mucho menos deseárselos.” (Dias, 2003)

Ubicar el concepto de salud desde la estructura de la neurosis implica que el sujeto está relativamente libre de un conflicto pulsional y de defensas rígidas, originadas a partir de éste. Volveremos con mayor profundidad sobre este punto en el capítulo IV, al hablar de las defensas en la psicosis.

Es en este sentido que la salud también es considerada como ausencia de síntoma neurótico, es negativa, sin que tenga una cualidad propia; dice Winnicott que “la ausencia de una dolencia psiconeurótica puede ser salud,

más no es vida” (1971); ya que puede haber el miedo a varias locuras que atravesaron la vida de la persona.

La salud se corresponde con un estado de vivir creativo, que promueve experiencias del estar vivo y sentirse real, donde la característica principal es la capacidad para jugar y a partir de un mundo subjetivo, acceder hacia el espacio de la experiencia cultural.

Hemos revisado la evolución que el concepto de Esquizofrenia siguió a lo largo de su desarrollo histórico, inscrita desde el inicio dentro del ámbito de la Psiquiatría. Considerada como una enfermedad, de base anatómico-cerebral y sin todavía, certeras propuestas en cuanto a su etiología.

Por otra parte, con el surgimiento del Psicoanálisis puede comenzar a pensarse como la expresión de un conflicto pulsional de origen psíquico, que Freud sitúa en el campo de la defensa frente a mociones sexuales.

Nuestra propuesta del concepto de Esquizofrenia bajo la perspectiva teórica de Winnicott, es aportar otras perspectivas, no consideradas por la Psicología Clásica y el Psicoanálisis tradicional: considerar el efecto del factor ambiental y no físico como el principal elemento en juego en su etiología, con su correspondencia en el ámbito psíquico y diferenciar el proceso psicótico, propio de los momentos tempranos de la vida con una personalidad aún no

constituida, del proceso neurótico, donde el yo se ha formado y se enfrenta a conflictos en relación al amor y sexualidad.

Para esto, revisaremos en los próximos capítulos los conceptos fundamentales del modelo teórico propuesto por Winnicott.

CAPÍTULO II

NATURALEZA HUMANA

Necesidad de acontecer. Ser a partir de un otro. Ambiente Facilitador. Devoción. Continuidad del Self.

Creatividad originaria, precariedad. De la no-integración del inicio a la precariedad del encuentro. Conquistas: Integración-holding; Personalización-handling; Contacto con la realidad-presentación de objetos. Precariedad.

NECESIDAD DE ACONTECER

La *Naturaleza Humana* de Winnicott se caracteriza por modelar una propuesta ontológica del ser humano que plantea el modo en que cada uno puede tener un origen. Las respuestas las halla en la temprana relación entre el recién nacido y su ambiente: *poder venir a ser a partir de un otro* (ambiente, madre, mundo); no habiendo, en realidad, un punto en la vida al que se deba llegar, sino más bien, la cuestión central es la partida, surgir a partir de un objeto subjetivo (tema que revisaremos en los siguientes apartados) o del reconocimiento (de un otro).

Poder ser, a partir de otro, es nuestra caracterización como seres humanos; la posibilidad de surgir y vivir una existencia está dada por el establecimiento de una primera relación.

Entonces, lograr tener una existencia es la conquista fundamental a la que está enfrentado el ser humano a lo largo de su vida y, por otro lado, es la más importante herencia que determina al ser humano como tal.

La naturaleza humana es “casi todo lo que poseemos”, dice Winnicott (1954-70);

no es esencia, no tiene propiedades de ser sustancia, es sólo una tendencia innata hacia la integración que permite la existencia en el mundo, que permite realizar las conquistas que llevarán al ser humano a sentirse vivo y real, a partir de un primer momento en que hay un ser no-integrado con un *self* aún no constituido; un primer momento de existencia que sólo es un estado de soledad esencial y la presencia de un otro, dispuesto.

“La fisura humana fundamental no es pulsional, más se da entre la soledad primordial e inextinguible del ser humano y su tendencia a abrirse para las relaciones con el otro y con el mundo”. (Dias, 1998)

Ser a partir de un otro. Ambiente Facilitador

A diferencia del Psicoanálisis clásico, ubicado según un modelo pulsional de funcionamiento de la psique, que concibe al ser humano conformado por instancias psíquicas que pueden entrar en conflicto y por tanto, plantea un sujeto que debate su existencia a partir de temas intrapsíquicos; Winnicott propone una nueva concepción y un nuevo modelo teórico relacional al enunciar que el individuo, no sólo es resultado de sus conflictos inconscientes sino, además, es fruto de la relación que se establezca con su ambiente desde sus etapas más tempranas, dado que la posibilidad de existir no está dada sólo por el transcurrir de la vida, sino que, la posibilidad de llegar a ser una persona integrada, que experimenta la vida sintiéndose real, viva y formando parte del mundo, *se da a partir del modo de encuentro con su ambiente*, de la relación que se

establezca con el otro en los momentos tempranos de la existencia.

Situación que ubica al ser humano como *un ser a constituirse* a través del acontecer, que el vivir mismo es la posibilidad de tal constitución. Y, esa posibilidad no es a solas, en un mundo aislado y sin tiempo, sino que ocurre gracias a la relación que se establece con el otro: el ambiente; que entonces, en épocas tempranas, es la madre.

Esta visión trae la dimensión de lo temporal como un aspecto constitutivo: *la posibilidad de ser, es a través del tiempo*. En este sentido lo ubicamos junto al pensamiento de Heidegger en tanto el tiempo es constitutivo del ser, acercamiento que plantea que el ser humano no está dado, sino que *es posibilidad*, frente a la posibilidad de no ser. En un singular trabajo Loparic¹ lo expresa del siguiente modo:

“In Heidegger's *Being and Time* (1927), human being oneself is defined not by what we do or by what we are as social agents, but by the possibility of impossibility, i.e. by the possibility of not being in the world. This unworldly dimension of our nature constitutes, paradoxically, the backcloth of all possibilities of our being in the world.”²

¹ Nos referimos al trabajo de Loparic, Z. “*Heidegger y Winnicott*”, presentado en el IV Forum de Daseinánalisis, Zurich, Mayo 6-8, 1999. En este artículo se promueven varias tesis respecto de las coincidencias entre Winnicott y Heidegger y las diferencias de ambos con la Metapsicología freudiana. No sólo Winnicott ubica la naturaleza temporal del ser, sino que la posibilidad está dada por la interacción con el otro. En oposición a Freud, se desplaza la discusión central desde el Complejo de Edipo hacia el desarrollo temprano, donde la constitución del ser, en tanto dependencia del otro, adquiere su máxima expresión.

² “En el libro de Heidegger, “*Ser y Tiempo*” (1927), el sí mismo del ser humano se define no por aquello que hacemos ni por lo que somos en tanto entes sociales, sino por la posibilidad de lo

El ser humano parte de una soledad primordial, de un núcleo de ser intransmisible, y es *en el acontecer con el otro* a través del tiempo, que puede acceder al mundo; situación, que cuando no ocurre, remite al sufrimiento psicótico.

Planteamos un momento de partida, presumible antes del nacimiento, como base para encuentros fundantes del *self*, con el otro que está ahí para él; formulación que nos permite acceder a los aspectos inconstituidos del *self*, que se pueden presentar como cuadros borderlines, esquizoides o esquizofrenia.

Otro aspecto del mismo proceso de interacción es la tendencia del ser humano a *integrarse en una unidad*, proceso que podrá tomarle toda la vida, no habiendo, en realidad, un punto al cual llegar, una meta; y no siendo ésta, por otra parte, la que caracterice el centro de nuestras cuestiones en relación al padecimiento psicótico, no se trata sólo de lo alcanzable, sino de nuestro origen que lo permite.

Sólo es una *tendencia* que depende para su consecución de la presencia de un *ambiente facilitador* que ofrezca cuidados *suficientemente buenos* que permitan plasmar esta tendencia heredada, muy especialmente al comienzo de la vida: “Un ambiente suficientemente bueno es, podría decirse, el que favorece las diversas tendencias individuales heredadas de modo tal que el desarrollo se

imposible, i.e. por la posibilidad de no ser en el mundo. Esta dimensión espiritual de nuestra naturaleza constituye, paradójicamente, el trasfondo de todas las posibilidades para nuestro ser en el mundo” (traducción nuestra).

produce conforme a esas tendencias.”(1967) El ambiente suficientemente bueno apoya que esas tendencias se desarrollen.

No son aquellas funciones biológicas, mentales o sexuales que tienen que madurar, sino que nos referimos a poder alcanzar un estado propio de la vivencia humana que se funda en el sentimiento de sentirse real, de existir en un mundo real, de estar vivo; el ambiente facilita o no esta necesidad del ser al temporalizar la propia naturaleza humana.

Winnicott introduce el estudio y concepto de *ambiente* a partir de la definición de criatura: “una vez dije: no existe nada que pueda llamarse niño, queriendo decir, por supuesto, que cuando nos encontramos con un niño nos encontramos con el cuidado materno, sin el cual no habría niño.”³ (1960)

De este modo, al hablar de ambiente facilitador, nos referimos al contacto que se establece entre el bebé y su madre y los cuidados y funciones que ella ofrece para su bienestar. Decimos que es suficientemente buena porque la madre facilita el proceso de integración que realiza el bebé, lo hace porque puede reconocer las necesidades del bebé y dar una respuesta satisfactoria a ellas.

³ Winnicott. D. W. *La teoría de la relación paterno-filial* (1960). En: *El proceso de maduración en el niño*. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. 1979. Editorial Laia. Barcelona. (Nota pie de página, discusión en una reunión científica de la British Psycho-Analytical Society, circa 1940, pp.44).

“[...] es una idea (que algunos analistas tienen) que el término “adaptación a las necesidades”, en el tratamiento de pacientes fronterizos y en el cuidado del bebé, significa satisfacer o frustrar los impulsos del ello. Hay cosas más importantes ocurriendo, y estas son proveer apoyo a los procesos del ego.”
(1962)

No es la satisfacción del deseo lo que está en juego.

La madre en este aspecto, *de ambiente*, logra llevar a cabo estas funciones gracias a un estado emocional de excepción que comienza meses antes del parto y que se plasma luego del nacimiento del bebé y los meses subsecuentes. Llamamos a esta capacidad de excepción, dado que la madre está en un estado de profunda identificación con el bebé, de *devoción materna*.

Devoción

Al principio de la vida, Winnicott postula un estado específico del bebé: de *dependencia* de la madre o su sustituto. El estado de la criatura es depender en todos los aspectos de quien lo cuida; podemos conceptualizar para los estados iniciales de la vida de todo ser humano la experiencia de una *dependencia absoluta*; caracterizada por ser una “unidad y un conjunto ambiente-individuo, unidad de la cual el bebé es apenas una parte.” (1954-70)

Y, es justamente esa dependencia absoluta en el inicio de la vida lo que marca la experiencia humana, en tanto la posibilidad está dada por el *otro* que asiste las necesidades vitales. El estado de dependencia absoluta significa que el bebé

depende de la madre para alcanzar su existencia, "El ambiente, que en el inicio es la madre, o mejor, los modos de ser de la madre, es parte del bebé, indistinguible de él." (Dias, 1998)

Entonces, el ambiente no es externo al bebé, dado que aún no hay una diferenciación entre el yo y no-yo, entre exterior e interior, la madre es parte del bebé y por eso el bebé es afectado intrínsecamente por los cuidados que recibe y que participan en la constitución de su ser.

El *self* del bebé podrá surgir en su individualidad, dentro de esa unidad primaria madre-bebé.

Este estado especial de dependencia absoluta en la criatura, es complementado por otro estado especial que se corresponde en su madre, el de: *devoción materna*.

De este modo hallamos, en el mejor de los casos, un estado de reciprocidad: ante la dependencia absoluta del bebé, la madre se adapta para cubrir todas sus necesidades. En este estado de adaptación a la dependencia, surge en la madre un estado especial, no forzado ni buscado, de identificación con el bebé, que Winnicott expresa del siguiente modo:

"El ambiente suficientemente bueno comienza con una alto grado de adaptación a las necesidades individuales del bebé. Por lo general, la madre puede proveer esa adaptación a causa de que se encuentra en un estado especial, que yo he denominado de preocupación maternal primaria." (1967)

Se trata de una condición psicológica muy especial, un estado de regresión parcial que permite a la madre lograr una identificación plena con el bebé, que dice Winnicott, no es sólo consciente sino también profundamente inconsciente; y por tanto, poder reconocer las necesidades de éste y poder atenderlas. Ella facilita en este estado los procesos de integración del bebé.

Dias (2003) pone un ejemplo elocuente al decir que la madre no atiende sus propias necesidades, por ejemplo, de ser buena madre, sino que es buena, porque puede responder en forma adecuada a los requerimientos de su bebé.

Winnicott describe la adaptación materna como “una fase en la que la criatura depende del cuidado materno, cuidado que se basa más bien en la identificación emocional por parte de la madre que en la comprensión de lo que se expresa o podría expresarse verbalmente” (1960), es un estado especial que

“gradualmente se desarrolla y se convierte en estado de sensibilidad exaltada durante el embarazo y especialmente hacia el final del mismo. Dura unas cuantas semanas después del nacimiento del pequeño. No es fácilmente recordado por la madre una vez que se ha recobrado del mismo.” (1948)

Winnicott denomina este estado especial de la madre de *devoción*⁴, un estado para el cual la madre no necesita ser inteligente ni saber qué le está ocurriendo:

⁴ Con el término devoción, Winnicott no quiere significar un contenido sentimental, sino la aportación que puede hacer la madre a su bebé, su modo de amarlo, que es la adaptación a sus necesidades.

“Este estado organizado (que sería una enfermedad si no fuese por el hecho del embarazo) podría compararse con un estado de replegamiento o de disociación, o con una fuga o incluso un trastorno a un nivel más profundo, como por ejemplo un episodio esquizoide en el cual algún aspecto de la personalidad se haga temporalmente dominante.” (1948)

El ambiente facilitador es entonces, la *madre suficientemente buena* que provee el cuidado, el conjunto de los cuidados maternos conforman el mundo completo del bebé que en ese momento es completamente dependiente de esos cuidados para lograr su existencia.

Decimos que la madre aporta con su presencia, “está *ahí* para que se la sienta de todas las formas posibles” (1948) la continuidad de existir que necesita el bebé, no le precipita su desarrollo y de esta manera lo deja entrar en contacto con el tiempo; mantiene la situación ambiental y emocional de forma sencilla, permitiendo que al bebé sólo le lleguen los estímulos capaces de comprender, “de forma gradual la madre introduce el mundo exterior y compartido, de forma adecuadamente graduadas a las necesidades del pequeño.” (1948)

El mundo en que el bebé habita es *subjetivo*; el ambiente y el bebé no están diferenciados (a su vivencia), el bebé *es* entonces, el cuidado materno, el bebé *es* los modos de cuidados que recibe, cuya principal misión es mantener el mundo confiable a través de hacerlo *previsible*.

Es en el interior de esta relación que se constituye la ilusión y la confianza en el mundo; de que el mundo puede ser encontrado y hace sentido. La *confiabilidad* de esos cuidados se vuelve lo necesario: “la madre evita que alguna cosa inesperada sorprenda al bebé, interrumpiendo su continuidad de ser.” (Dias, 2003)

Nos resulta interesante traer un brillante trabajo (Moure, 2000) para observar el concepto de devoción manifestado en la clínica. Es un trabajo con características específicas dado que se plantea una tarea que abarque la psique desde la corporeidad⁵, según el concepto de unión psique-soma; utilizando el lenguaje en que el cuerpo se manifiesta, no verbal, no representacional, en el campo de lo sensorial, tono, ritmo, respiración, propio de los primeros momentos de constitución del ser, en los que, dijimos, la devoción de la madre permite continuar siendo al bebé. Moure actúa como una madre devota/terapeuta al percibir la necesidad del paciente

“Me aproximé y entré en contacto con él, delicadamente, a través de todo mi cuerpo. Su cuerpo parecía sin tono, casi deshabitado. Mi preocupación estaba en función del tono, conforme había observado, pero en el contacto fue mi respiración que comenzó a ajustarse a la de él. Momentos después, el tono de él comenzó a aparecer, y yo estaba ahí para responder. El era mi tono. Fuimos estableciendo una comunicación muy sutil, como jugar, duró varios minutos.”

⁵ Según la propuesta de Lapierre, André en su escuela de Psicoanálisis y Análisis corporal de la relación. Remitimos al lector a sus textos.

Con esta experiencia queremos significar el *encuentro con un otro*, a partir de un estado de devoción que posibilita tener una *experiencia fundante* en el paciente, que en este caso, se remite a su existencia psicósomática.

Las experiencias fundantes del ser son posibilitadas por ese estado especial de un otro que se manifiesta en la mutualidad entre ambos, de ahí que surge la necesidad de acontecer como camino hacia la existencia.

Continuidad del Ser

En su libro *Naturaleza Humana*, Winnicott postula la necesidad de la *continuidad del ser*, como primera y básica necesidad, en tanto la existencia del individuo se pone en riesgo cuando esa continuidad es interrumpida.

Esto es, que lo propio del individuo, aquello que lo personifica, se constituye dentro de una unidad con otro, no le es propio en cuanto tal, sino que el *self* surge de esa interacción, dentro del marco de una *continuidad*.

Para comprender en su profundidad esta aseveración revisaremos los conceptos implicados: en principio la ubicación de ser (*self*), término que Winnicott introduce al marco conceptual del Psicoanálisis indistintamente del yo y del cual, más tarde diferenciará.

Ubiquemos que en la formulación inicial de la teoría freudiana el yo (ego) emerge de la transformación de un aspecto de ello, la parte del ello que entra en

contacto con la realidad da por resultado el yo, que es “aquella parte del ello que fue modificada por la influencia directa del mundo externo.” (Freud, 1923)

Este punto resulta muy difícil para Winnicott, dado que para los mismos freudianos era difícil de aceptar que una estructura diera origen a otra estructura completamente diferente y por otro lado, y específico, considerar que la estructura del yo se formara a partir de instancias pulsionales.

Para Winnicott, el *self* no es una entidad dada, sino que se caracteriza por estar en proceso de constituirse; lo que imprime el carácter de una tendencia que se desarrolla en la misma estructura del ser humano.

“El *self* es un modo de ser. No es sustancia, pero sí es existencia, por lo tanto no puede ser aprehendido. El *self* provee vitalidad, da vivacidad al ego, esencialmente primario, esto es, espontáneo y no-reactivo”. (Moure, 2000)

En el concepto del *self* se halla evidenciada la necesidad del ser humano de acontecer, de tender hacia la integración aunque esta tarea nunca acabe y en esa integración constituir su historia particular. “El *self* está ligado a cualquier forma de integración, aunque sea momentánea o incipiente. De ese modo el *self* y la vida del *self* es lo que da sentido a la acción y al vivir.” (Moure, 2000)

Winnicott dijo del *self*:

“Para mí el *self*, que no es el yo, es la persona que soy yo y solamente yo, que tiene una totalidad basada en el funcionamiento del proceso

madurativo. Al mismo tiempo el *self* se divide en partes y en verdad está constituido por ellas. Estas partes se aglutinan en una dirección interior-exterior en el curso del funcionamiento del proceso madurativo, auxiliadas según el caso (en grado máximo al comienzo) por el ambiente humano, que sostiene y manipula, y, de una manera viva, facilita." (1970a)

El *self* es entonces un proceso y su resultado, un momento de integración; es una tendencia a la integración a partir de una no integración. Los márgenes de la propia existencia son quienes lo determinan. Tendencia que se despliega a lo largo de toda la vida y que en el comienzo depende enteramente de la provisión del ambiente para su desarrollo.

El concepto de *self* se diferencia de otros cercanos tales como el de *yo*, que en general Winnicott usó de modo indistinto en sus textos anteriores a 1962; para luego marcar la diferencia, dice del *yo*: "...la parte de la personalidad humana en crecimiento que en condiciones adecuadas tiende a integrarse en una unidad." (1962)

A diferencia del Psicoanálisis Clásico el término no designa una instancia psíquica que surge transformada del *ello* por estar en contacto con la realidad externa, sino un aspecto de la personalidad que tiende a la integración, que no es función pulsional, sino que el *yo* es resultado de la tendencia a integrar las funciones corporales y la experiencia instintual a través de la elaboración imaginativa. La vida instintiva es experimentada por el *yo*; de ahí surge la afirmación de "no hay ningún *ello* antes del *yo*." (1962)

El yo como tendencia implica temporalidad, es en el acontecer que el yo puede acceder a diferentes momentos de integración, y, por otra parte el yo instaura la temporalidad, por esto “el principio está en el momento que empieza el yo” (1962), y, respecto de la integración, es a la primer unificación del yo, cuando el niño ya ha comenzado a usar su intelecto, que podemos denominarla como *self*, que *vendrá a ser el núcleo de la personalidad*.

Pero, para que el *self* resulte de la integración, es necesario que el yo del bebé sea fuerte. Winnicott se pregunta por la fortaleza o debilidad del yo “la respuesta depende de la madre real y de su capacidad para satisfacer la dependencia absoluta del infante real al principio, antes que se separe del self de la madre.” (1962)

La madre con su identificación con el bebé es sensible a sus necesidades, la madre se ha entregado a la tarea de cuidar al bebé y, por tanto, el yo auxiliar de la madre funciona correctamente para su sostén. En el grado en que este estado especial de identificación materna funcione, el yo del bebé se irá fortaleciendo e integrando.

Esta es una formulación central en el marco de nuestro estudio. Como veremos en los capítulos siguientes, las bases de los fenómenos relacionados a lo esquizoide, se hallan en un yo que fue impedido de constituirse como tal.

Tomemos estos conceptos para revisar la continuidad del ser respecto de la vida Pre-Natal o la etapa Pre-Primitiva. Dice Winnicott que “No es necesario

postular un estado de caos original" (1954-70) acerca de la naturaleza humana.

El principio del ser humano no es el caos, tampoco la oscuridad, ya que entonces deberían oponerse éstos a sus pares antitéticos, y ni orden ni luminosidad son el principio en el existir:

"Al comienzo, antes de que cada individuo cree el mundo de nuevo, hay un estado simple de ser, así como el incipiente percatamiento de la continuidad del ser y de la continuidad de la existencia en el tiempo." (1954-70)

Winnicott postula la continuidad de la existencia en el tiempo. No es el caos al comienzo sino, un estado de soledad que permite ese simple percatarse de la continuidad del ser. El caos sobreviene ante la ruptura del medio estable: "El caos es al principio un curso de ser interrumpido y la recuperación se produce merced a la re-experiencia de esa continuidad." (1954-70)

El aspecto de la continuidad aparece relevante. Se plantea un ser, cuya necesidad para desarrollarse, es que el ambiente le provea las condiciones necesarias, siendo éstas: que el ser no se percate de la existencia de ese ambiente. Ese ser necesita no ser interrumpido.

Necesita no ser requerido por ese ambiente, que él no sabe ni tiene que saber, está ahí para posibilitar su vida.

En un sencillo diagrama realizado a partir de material clínico que trae un paciente a sesión, Winnicott aborda el tema de la configuración ambiente-

individuo en los estados más primitivos del desarrollo emocional para ubicar el lugar de la continuidad; la pregunta aparece entonces en todo su valor ¿Desde qué momento el ser humano comienza a experimentar? Winnicott nos responde que no es necesario determinar exactamente a partir de qué momento el feto se convierte en un ser humano plausible de ser estudiado por la psicología, ocurre en algún momento luego de la concepción, presumiblemente al comenzar los movimientos dentro del útero y el contacto de ese ser con su medio.

Propone que la experiencia de la vida intra-uterina no se pierde, que el bebé comienza a tener sensaciones y que se hallan retenidas bajo memorias corporales.

Se postula un “estado de ser que es un hecho en el bebé común y corriente antes y después del nacimiento. Este *estado del ser* pertenece al bebé y no al observador. La continuidad del ser es la salud.” (1954-70)

Aparece entonces, una primera distinción entre salud y enfermedad. La salud se remite a la experiencia de la continuidad, si las interrupciones a ese estado no son tramitadas, debido a la alta frecuencia de interrupciones o a la gravedad de las mismas, sobreviene incipientes estados de enfermedad.

CREATIVIDAD ORIGINARIA, PRECARIEDAD

Hacia la integración

Estar vivo por nacimiento no es estar vivo para un ser humano, debe aún *conquistar* la vida a partir de una tendencia que lo lleva a la integración de su *self*, a partir del cual se torna posible establecer relaciones con sí mismo y con objetos externos, manteniendo relaciones sentidas como reales y habitando en un mundo que tenga significado.

Acceder a diferentes momentos de integración provee un sentido de realidad compartida⁶, de habitar en los distintos sentidos de realidad, de crear la exterioridad del mundo, de poder establecer relaciones con los objetos y poder usarlos y dejarse afectar por los otros y los acontecimientos.

Es en estas cuestiones donde Winnicott halla los fundamentos de la existencia, que no se reduce a algo mental, sino que se halla en la experiencia psicosomática del individuo que, residiendo en el cuerpo, situación que no es dada, realiza la conquista de poder tener experiencias, esto es, poder tener acceso a todos los estados del ser. Entonces, el individuo se siente real.

La integración, la constitución del *self*, es un logro, el ser humano nace en un estado de no-integración, con sólo la tendencia en el núcleo de su *self* para que eso ocurra, este estado Winnicott lo describe del siguiente modo:

“Una pequeña cantidad de teoría es necesaria si se quiere alcanzar el lugar donde los niños habitan -un lugar extraño- donde nada fue todavía separado

⁶ Winnicott denominó con la expresión “realidad compartida” a la realidad externa, objetiva, del mundo no-yo, *compartida* con el otro.

como no-yo, donde por lo tanto, todavía no hay un yo. (...) ninguna madre, ningún objeto extraño a si mismo es conocido, y esta afirmación es errada porque todavía no hay un si mismo. Puede ser dicho, que el si mismo del niño, en ese primer momento, es apenas potencial." (1960a)

La no integración no es un déficit, es un estado pre-verbal, pre-objetal y pre-representacional, un estado primario sin yo, donde la dependencia es un hecho, aunque no se pueda saber. Un estado que significa falta de reunión en un *self*, falta de integración en el espacio y el tiempo, falta de integración psicósomática. Es un estado previo a cualquier tipo de integración, al establecimiento del yo y de la psique.

Aunque tiene una denominación negativa no hay una connotación patológica, no es un estado caótico; que se diferencia de otros tales como *desintegración* que supone una integración anterior y tiene carácter defensivo que revisaremos en los siguientes capítulos.

Es a partir del estado de no integración que, bajo los estados excitados ocurren pequeñas experiencias de integración para retornar luego a un estado no integrado de descanso, para que, paulatinamente, la integración se vuelva más consistente.

Es del *self*, el núcleo central, del cual parten las necesidades personales derivadas del estar-vivo; se trata de un gesto espontáneo dirigido hacia el mundo, que es espontáneo porque parte justamente de ese lugar; en ese momento el bebé o el paciente se halla en un estado dispuesto a descubrir algo

en el mundo, un estado excitado.

Al comienzo de la vida, puede hallarse un estado excitado (de creatividad) o un estado tranquilo (de descanso y soledad); esos estados no están integrados, de ellos dependen los modos y tipos de relación, excitada o tranquila, será a partir del encuentro con otro atento a cubrir sus necesidades que estos estados se integren.

Planteamos un bebé que está en un estado calmo, en un espacio de seguridad y confianza, simplemente reposando en estado de recogimiento, en el cual surge un impulso, un estado de tensión le hace perder su estado calmado, “el bebé es tomado por una expectativa indeterminada, dado que él no sabe nada acerca de su necesidad o de lo que puede ser esperado”⁷ (Dias, 2003). Es un estado que proviene de su vitalidad, que surge a raíz de una creciente tensión instintual, algo comienza a gestarse, una búsqueda que lo lleva hacia el exterior para “encontrar algo en algún lugar, sin saber qué” (1954-70) y diferencia Winnicott, que en el estado de calma anterior no hay una expectativa semejante.

El estado de excitación proviene de dos fuentes: de la instintualidad, sobre la que se desarrollará luego la sexualidad, y, de la motilidad. Cuando nace el

⁷ En estos primeros momentos, el bebé aún no tiene conciencia de que existe, hay un estado de self que aún no se ha percatado, por tanto que existen objetos externos o internos que pueden acudir a su necesidad. No sabe qué lo aflige ni qué acción es eficaz para calmarlo.

hambre, ante las sensaciones físicas de molestia, el estar frío o mojado, el bebé sale de su lugar de placidez y vuelve su interés al mundo objetal para ir en búsqueda de algo.

Es un estado que se caracteriza por abrirse paso al encuentro de un objeto. La madre es un objeto, que al comienzo no sabe que está fuera de él, no hay aún un interior y un exterior, al sobrevenir el estado de tensión, expresado corporalmente en el gesto espontáneo, el bebé busca encontrar algo... la madre devota o el analista están ahí presentando un objeto que cubra esa necesidad, dado que sólo hay objeto en tanto esté apremiado por su necesidad, *su necesidad hace que éste aparezca*.⁸

Según Winnicott se realiza una paradoja: aquello que encuentra el bebé es creado por él para cubrir la necesidad. *Crea aquello que encuentra*. Esta experiencia propicia un estado de *ilusión*: crear el mundo que se necesita. La paradoja consiste en que aquello que el bebé creó estaba ya antes ahí, pero la madre bien sabe que no debe preguntarle. Este tipo de relación con la madre la llamamos de *madre-objeto*.

Los estados excitados están dominados por la tensión instintual (aún no está conformada una pulsión), que es considerada una exigencia que se le impone al bebé, que demanda una acción cuando al comienzo de la vida no hay aún un

⁸ Coinciden distintas observaciones que entre el quinto o sexto mes el bebé comienza a reparar en su madre también en momento en que él no la necesita. Dice Winnicott que para entonces el bebé "llega a ser algo".

self que pueda diferenciar de dónde proviene esa exigencia: del ambiente o de su interior.

Esto es, el cuerpo es sólo un cuerpo tan externo como los objetos o el mundo, sólo podrá devenir en *soma* a partir de que esas tensiones instintuales estén siendo dotadas de sentido continuamente a través de la elaboración imaginativa de las funciones corpóreas; llegando así a la unión psicósomática.

En caso contrario, las tensiones pueden ser vividas como externas y por tanto intrusivas, cortando la continuidad del ser, sintiéndolas como perseguidoras dado que demandan una acción.

Por otra parte, la satisfacción de la tensión instintual es parte de un fenómeno más amplio que incluye también la experiencia de comunicación y mutualidad corporal. En la situación de amamantar no se trata sólo de una satisfacción libidinal relacionada a la pulsión, no está en relación al principio de placer; la situación implica mucho más en términos de lo que está ocurriendo con ese ser humano: es una situación de encuentro, de comunicación e intimidad para crear un objeto. Sin esta experiencia total, la satisfacción instintiva puede ser vivida como una intrusión.

Se puede dar de alimentar, se puede satisfacer el impulso oral, pero al mismo tiempo violar la función del ego que tiende a la integración.

Cuando el bebé se siente satisfecho, cómodo, sin hambre, bien arropado, se

retira en calma a dormir o a la contemplación, el mundo objetivo desaparece ya sin interés alguno y la pregunta que aparece para nosotros, es ¿Dónde se encuentra el bebé cuando no está mamando?

Se abren distintos aspectos a la reflexión, en primer lugar este recogimiento en soledad nos habla de la necesidad de la propia naturaleza humana de mantenerse en contacto con el *mundo subjetivo*. Por otra parte, la existencia del mundo subjetivo y el poder retornar a él son la base del cual surge el impulso para nuevamente entrar en contacto con los objetos, el impulso creativo dado a partir de un estado de descanso en una no-integración.

El bebé puede entrar en estos estados de no-integración por sentirse bien sustentado, se dedica entonces a la elaboración de los estados fisiológicos del cuerpo a partir de la alimentación, a la contemplación de colores, movimientos en el ambiente, ruidos.

La madre sabe que no lo tiene que interrumpir, aguarda y sostiene la *situación en el tiempo*, cuando el bebé quiere retornar y establecer un contacto a partir de un gesto creativo, la madre está ahí, presente y viva y puede presentarle una muestra del mundo sin que se convierta en una interrupción. La madre sabe que si intenta entrar en contacto cuando el bebé se ha retirado su gesto quedará sin sentido o interrumpirá la continuidad de su ser.

Por otra parte, si está ahí cuando la necesita se establecerá un patrón de experiencias entre pequeños momentos de integración y disfrutar de una no-

integración, que permitirá confiar en los procesos internos que llevan a la integración.

Es importante señalar que la soledad en este caso no es defensiva, es un lugar de quietud, de sentirse seguro, de permitirse estar relajado. Es la matriz para la capacidad de retirarse del mundo para el descanso. “Constituye un posibilidad de restablecer el *self* verdadero, por lo tanto, es un lugar de riqueza personal” (Moure, 2000) al que siempre es necesario, poder volver.

Es un lugar que está en relación a la presencia del otro, a la madre que soporta la situación en el tiempo; y permite por su confiabilidad funcionar como el mundo donde los objetos pueden ser encontrados, este tipo de relación la llamamos: *madre-ambiente*.

Señalemos los dos aspectos centrales de estos estados. Si el bebé se halla recogido en quietud y soledad, la madre no tiene señales de comunicación para ir a su encuentro, el bebé no está listo para ser encontrado; abordarlo en ese momento es interrumpir la necesidad de su ser. Presentarle el mundo en ese momento no tiene sentido. Por otro lado, si el bebé hace un gesto y la madre estuviera ausente, por estar distraída o concentrada en si misma, el gesto del bebé caerá en el vacío, esperando algo que no llega.

El resultado de ambas situaciones no es la frustración, dado que no está en juego el orden del deseo, sino una experiencia de aniquilación, de quiebra de la continuidad del ser.

De la no-integración del inicio a la Precariedad del encuentro

“La palabra clave en esta parte del estudio es *dependencia*. Las criaturas humanas no pueden empezar a *ser* salvo en ciertas condiciones.” (1960)

El ser humano constituye su ser a partir de un encuentro con otro, por medio de diferentes conquistas que se irán dando en diferentes etapas de un proceso, esas etapas siempre se están dando, nunca acaban y están en constante relación conformando el *self*.

Por esto, Winnicott aclara que la “disección de las etapas del desarrollo es un procedimiento sumamente artificial. De hecho, el niño humano está presente todo el tiempo, en todas las etapas, por más que pueda decirse que prevalece una de éstas. Las tareas primitivas jamás se completan.” (1954-70)

En el inicio hay un estado de soledad esencial del ser, un estado de ser no-integrado y dependencia. Los procesos que llevan a alcanzar la vida pueden no darse, el sentirse vivo y real puede nunca suceder. Al mismo tiempo que actúan como telón de fondo de la manifestación de otras posibilidades: la integración y la independencia se abren como camino de vida.

Winnicott observó bebés que desde sus inicios, aunque físicamente sanos, morían por no encontrar jamás las bases para continuar siendo, en tanto, otros no mueren, pero “son persuadidos a alimentarse y vivir aunque las bases de ese vivir sea débil o ausente.” (1954-70)

Desde el inicio el problema fundamental del hombre consiste en llegar a existir

a partir de realizar las conquistas que llevan a la vida, que ante su imposibilidad, abren el campo para la psicosis. Dice Winnicott, esas conquistas no terminaron de realizarse, no se alcanza la vida y los problemas propios del vivir en el mundo, “no hacen parte de la vida, más si de la lucha por alcanzar la vida.” (1954-70)

En su libro *Naturaleza Humana* propone hacer un recorrido, esto es, recorrer el foco de atención de los estudios característicos del Psicoanálisis clásico hasta los primeros tiempos, e incluso antes, de vida del ser humano.

Salir de la ubicación que centra el origen de los síntomas psíquicos en la dinámica intrapsíquica de las relaciones objetales, planteadas por el Complejo de Edipo y la angustia de castración, cuando el niño está en una relación de tríada y reconoce a los otros y a él mismo como seres independientes. Para reconsiderar los primerísimos momentos de existencia en que hallamos una díada unitaria de la madre-bebé, cuando no hay una diferenciación entre interior y exterior, cuando no hay límite; y por tanto, la irrupción del ambiente puede llevar a la angustia de aniquilación, propia de los fenómenos psicóticos.

El papel del ambiente aparece en toda su dimensión como constante referente en la formación de los recursos para acceder a una *realidad subjetiva* y a una *realidad compartida*, temas centrales en los fenómenos esquizoides, limítrofes y en las psicosis.

Partir de otro, habla de la posibilidad de *tener un origen*, que aparece como una

cuestión fundamental del *self*, en cuanto poder apropiarnos de ese origen que nos individualiza al constituirnos. Pero, es justo esa posibilidad de ser junto a otro que no está dada, que depende de la calidad de los encuentros con el otro, que serán fundantes para el *self*.

Son en esos encuentros, significados por la cualidad del contacto, en los cuales se gesta el *self*. El bebé tiene necesidades y tendrá una serie de tareas-conquistas por delante para lograr su constitución. La madre está allí, para que esto ocurra. El ambiente y el bebé están fusionados y los aciertos del ambiente o sus fallas implicarán al bebé en su propia constitución, nada puede hacer el bebé en esta situación

“En este estado la criatura no dispone de ningún medio de saberse receptora del cuidado materno, que consiste principalmente en una cuestión de profilaxis. La criatura no puede asumir el control de lo que está bien hecho y de lo que está mal hecho; su posición se limita a beneficiarse de lo primero o salir perjudicado por lo segundo.” (1960)

Nada sabemos acerca de ese encuentro, que no está predeterminado, donde el mundo subjetivo del bebé entrará en contacto con un objeto exterior, su condición es de *precariedad*, pudiendo haber o no contacto.

Esta situación nos pone frente a la condición humana cuya precariedad es ontológica.

Conquistas

Bajo este título, Winnicott se aproxima a las primeras experiencias de integración del ser humano, se refiere al patrón de relación que se establece, a partir del primer encuentro, entre la madre y el bebé.

El recorrido de integración demanda de distintas tareas, tanto para el bebé como para su madre en la provisión ambiental. Las tareas básicas que todo ser humano debe realizar en los inicios de su vida psíquica se centran en tres aspectos:

A. Integración de un self unitario a partir de un estado no-integrado.

Este proceso de desenvuelve a partir de una integración temporal a la que se agrega una integración espacial.

B. Alojamiento de la psique en el cuerpo.

El ego es un ego corporal. “la persona del bebé comienza a ir enlazada con el cuerpo y sus funciones, con la piel en su cometido de membrana restrictiva. He adoptado el término personalización para describir este proceso.” (1962)

C. Establecimiento de una relación con la realidad externa.

Inicio de una relación objetal.

La madre facilita la concreción de estas tareas, facilitando estos procesos de integración del yo, con su propia actitud. Los procesos del bebé se corresponden con diferentes trabajos de la madre:

La integración se corresponde con el *sostén* (holding).

La personalización (psique en el cuerpo) se corresponde con la *manipulación* (handling).

La relación objetal se corresponde con la *presentación de objetos* (object-presenting).

Estas tareas básicas son interdependientes, ninguna puede ser realizada aislada de las otras, ninguna es más importante o se inicia antes, sino que son en sí el modo en que el ser humano accede a tener una vida en este mundo, dado que en estas tareas se llevará a cabo la constitución del *self* como identidad propia.

La integración, dada a través del espacio y del tiempo, no promueve objetos que encontrar en el mundo sino que dan la posibilidad de habitar en un mundo, para poder hallar objetos en él; la espacialización comienza a darse junto con la residencia en el cuerpo, y por eso empezar a ocupar un espacio en el mundo se relaciona con habitar en el espacio del cuerpo, asistido por el sostén de los brazos de la madre; que podrá presentar los objetos del mundo. Tareas que permiten la integración de los estados excitados y tranquilos. Conquistas que permiten habitar en el mundo.

Conquistas, que son el marco mismo de nuestro estudio, dado que a partir de ellas se despliega el ser, mismas que cuando no son alcanzadas están en la base de los procesos psicóticos, borderline, esquizoides.

A. Integración del *Self* unitario a partir de un estado no-integrado.

Winnicott postula un punto de partida: un estado de no integración del yo del bebé. Aparece una tarea, la de integración, que será necesario llevarla a cabo, para lograr que las distintas integraciones del yo permitan alcanzar un estado unitario del *self* integrado.

Un estado con un *self* que tenga conciencia y memoria de si-mismo; que pueda conservar una identidad a través de sucesivas transformaciones y que por eso pueda tener relación con el mundo; por esto, la integración que deriva de este proceso provee al ser humano del sentirse vivo y real.

El estado inicial de no-integración, un estado en el que el núcleo del *self* salta de una emoción o de un impulso a otro, es acompañado de una falta de percatamiento; sólo cuando los primeros procesos de integración del yo comienzan, podemos hablar de un estado de conciencia que empieza a gestarse

“Del estado no integrado se pasa a una integración durante momentos o períodos breves, y sólo en forma gradual se vuelve un hecho el estado general de integración. La promueven factores internos como el apremio instintivo o la expresión agresiva, cada uno de los cuales va precedido de una conglomeración del *self* total. En esos momentos se vuelve posible el percatamiento, porque existe un *self* que puede percatarse.” (1954-70)

La integración será una tarea que, bajo el impulso vital unificador junto con la facilitación ambiental, promoverá un estado en que el bebé reúne sus partes, y

a su cuerpo que siente en partes, para adquirir un nuevo estado de mayor unidad. Lo interesante del proceso es que no es un estado madurativo especial que ocurre sólo en el bebé, sino que es una tarea propia del ser humano que se despliega a lo largo de toda su vida y que promueve la riqueza de sus experiencias; aunque al comienzo, los procesos que se realizan para la integración y constitución del *self* puedan ser mucho más notorios que en la vida adulta.

Winnicott pone como ejemplo una situación que se presenta en la clínica respecto a la no integración, cuando el paciente hace de su sesión el relato de lo que le ha acontecido los últimos días y qué hizo y qué no en todos sus detalles. El paciente siente la necesidad de ser conocido por el analista, lo cual implica estar integrado en la persona de éste. Del mismo modo, el bebé necesita de una persona que integre, en esa persona, sus pedazos. La madre aparece para esta función.

Por estas razones, es importante considerar el estado de integración como un logro y por eso, una tarea a realizar. Una tarea que tiene su contraparte en el ambiente que posibilita la tendencia a la integración: la tarea de la madre será el *sostén (holding)*.

El sostén implica cuidado,

“protege contra la afrenta fisiológica; toma en cuenta la sensibilidad epidérmica de la criatura -tacto, temperatura, sensibilidad auditiva,

sensibilidad visual, sensibilidad a las caídas- así como el hecho de que la criatura desconoce la existencia de todo lo que no sea ella misma.” (Dias, 2003)

Pero el sostén es también una *condición ambiental* que ofrece una serie de características de cuidado del mundo del lactante; no es sólo el hecho de sostener físicamente a la criatura, sino es también, promover la existencia del bebé en una relación tridimensional (espacial) que gradualmente, ubique también, al bebé temporalmente. El proceso de integración no se realiza en vacío, la base es la integración *self* en el tiempo y espacio.

La *temporalización* no significa introducir al bebé en el ritmo del mundo exterior, objetivo, sino la consolidación de su propio tiempo, la creación de un tiempo a partir de la subjetividad del bebé y no una imposición externa; dado que el mundo que él habita se constituye por su propio ritmo: el tiempo y el espacio son subjetivos y la madre cuida con su sostén que así permanezcan.

En su mundo subjetivo, el primer sentido de temporalidad es la *continuidad de su ser*, el bebé vive en un tiempo que no está diferenciado aunque ha tenido incipientes muestras de la marcación del tiempo y del ritmo a través de la respiración materna, de los latidos del corazón o de sus propios estados más calmos o excitados.

La temporalización le ofrece un sentido de continuidad de su propia presencia en su primario mundo subjetivo, generado y posibilitado por la presencia de la

continuidad de la madre, aunque el bebé no sepa que la madre está allí; siente los efectos de su presencia o su ausencia, de modo que la presencia y los cuidados de la madre generan en el bebé una memoria de esa presencia viva y de él vivo; vivencias que posibilitan que el mundo subjetivo permanezca real y que pueda ser recreado por el bebé.

Decimos que permanezca vivo porque el bebé necesita que su gesto espontáneo y creativo halle interlocutor, de no estar, el gesto se apaga y el mundo subjetivo deja de enriquecerse y muere.

“El bebé está consolidando un estado de ser que emergió del no-ser. La negatividad de origen está muy próxima, pronta para surgir en cada agujero de ausencia de la madre, que dure un tiempo suficientemente largo para apagar la incipiente memoria de la experiencia, todavía sin conciencia de la presencia.” (1960)

La previsibilidad está dada por una madre que, identificada con las necesidades de su bebé, mantiene un sentido de presencia; si la madre se aleja del bebé más tiempo del que éste puede soportar, la memoria de la presencia se apaga y muere.

Esta falla materna provoca una sensación de aniquilamiento, la interrupción en la continuidad.

Aún antes de nacer hay memorias corporales, personales, que en un inicio se hallan dispersas, y que comienzan a aglutinarse para reunirse y formar un

bagaje de experiencias; la memoria se va construyendo. De ese modo comienza a configurarse un pasado, un lugar de experiencias, el lugar de inicio.

Si el ambiente no interrumpió demasiado la continuidad de su ser, esto es, si el bebé no tuvo que ser constantemente una reacción a la irrupción, puede hallar en estas experiencias una repetición que formarán un patrón de continuidad en su vivenciar.

Este patrón de experiencias provee una singular y necesaria característica para la integración: vuelve al ambiente *previsible*, lo que permite obtener al bebé un conocimiento -no mental- sino dado por las sensaciones corporales que se elaboran imaginativamente, del pasado, de lo que irá a suceder, de su ambiente y de si mismo.

El bebé a partir de su presente puede elaborar un pasado, un futuro previsible y un lugar donde ocurren esas cosas. Por la repetición de la experiencia un sentido de futuro comienza a ser constituido, dado a partir de sus propias necesidades corporales, que se tornan reales porque la madre en el sostén responde a ellas.

La temporalización surge de la atención de las necesidades básicas y por tanto, la madre suficientemente buena no impone un ritmo externo sino se adapta al tiempo subjetivo del bebé, dice Winnicott que la alimentación debería ser dada exactamente cuando el bebé quiere y cesar cuando ya no quiere más, según su orden natural. La madre al inicio se adapta al ritmo del bebé y éste comienza a “saber” que será alimentado cuando su hambre lo requiera.

Cuando la madre no puede adaptarse al tiempo del bebé y ella impone su propio ritmo o tiempo según su propia necesidad, se altera la temporalidad subjetiva del bebé. Es preciso que la madre tenga una actitud de sincronización de su propio ritmo -externo para el bebé- con el ritmo de éste. A veces se presentan dificultades que originan fallas, debido a la diferencia de ritmos entre uno y otro; nos encontramos con madres de temperamento más lento o rápido que sus hijos, lo que dificulta la identificación con el ritmo del bebé, así entonces Winnicott explica que muchas veces el alimento se demora más de lo que el bebé puede soportar, cuando llega, puede saciar su hambre con él, más ya no tendrá sentido alguno respecto de los procesos de integración del *self*.

Por estas cuestiones, el aspecto central de la temporalización se relaciona con un sentido de previsibilidad. Poder prever a partir de una confianza y continuidad en la experiencia.

El sostén (el modo de dar amor que la madre tienen en ese momento) implica una protección contra lo imprevisible que permite desarrollar en un marco de cuidado, un sentido subjetivo del tiempo, que en pequeñas dosis y a lo largo del desarrollo, el bebé podrá negociar y llegar a acuerdos con el tiempo objetivo que irá proponiendo la madre, sin tener que ser vivido como imposición del ambiente y por tanto sentir invasión.

La madre facilita al bebé tener experiencias totales, permitir al bebé realizar una experiencia de comienzo a fin; ella tiene tiempo para que realice la

experiencia completa, si la madre está preocupada o apurada o ella misma no tiene constituido un tiempo, el bebé no puede completar esa experiencia, para la que se necesita tiempo.

Junto con el proceso de integración en el tiempo, ocurre la *espacialización* del bebé, que ha comenzado a habitar en su tiempo subjetivo y que necesita plasmar el sentido espacial para conformar, entre ambos, lo que será su *mundo subjetivo*; un mundo propio que será el primero donde el bebé habite y que será su resguardo contra cualquier invasión del exterior.⁹

El tener un espacio, al igual que el tiempo, tampoco está dado por si mismo, el bebé habita en un mundo espacial y le es necesario para vivir, constituir su primer morada: un lugar en el cual pueda habitar, donde se sienta cómodo y seguro. Un espacio que le permita continuar siendo, sin interrupciones, porque es un espacio de resguardo.

El primer territorio a ser vivido será su propio cuerpo, un cuerpo sostenido y afianzado por los brazos de la madre, un lugar que entraña confianza para poder habitar, para poder estar ahí, en el mundo.

La confianza también será provista a partir de condiciones ambientales previsibles, que no ofrezcan múltiples estímulos difíciles de organizar, mantener una misma posición de la cuna en la habitación o una misma

⁹ Resulta interesante notar que el concepto de *invasión* usado para designar el carácter general de los efectos de la falla materna muestra un aspecto espacial, de violar un territorio privado.

iluminación son factores que proveen estabilidad hasta el momento en que puedan ser presentadas novedades que el bebé esté en condiciones de integrar.

De este modo, el mundo puede ser aprehendido a partir de pequeñas muestras que mantienen el estado de continuidad necesario para la integración.

“Cuando la madre se detiene, sin prisa y con atención, en los detalles que el bebé le presenta, ella está posibilitando a este crear y habitar en un espacio, que es hecho de *tiempo y concentración*, en el interior del cual alguna cosa, que pertenece al aquí y ahora, puede ser experimentada” (Dias, 2003)

En esta cita se expresa con claridad las posibilidades que ofrece el construir un espacio propio, donde habitar significa que hay un marco, base y sustento, para experimentar el mundo, un lugar donde se puede morar, porque es confiable.

La madre en su devoción sostiene las condiciones externas para que se ofrezca un espacio de calma, regular, permanece tranquila sin demandar que nada ocurra, sostiene la situación.

Cuando nos encontramos con madres caóticas, que no pueden mantener hábitos, que no son regulares ellas mismas en sus vidas, no pueden proveer de una situación estable, el clima emocional de seguridad y resguardo son alterados; en vez de sentimientos de concentración habrá confusión y dispersión.

Al bebé se le dificultará construir un hábito, de habitar un espacio, emocional y afectivo y también físico donde puede tener sentimientos de seguridad como

“sentirse en casa”. En realidad, se tornará alerta a una posible amenaza, vivida como invasión que llega para romper la continuidad de su mundo. Cuando las pautas de un ambiente caótico se hacen constantes podremos observar en la clínica, como se manifiesta el ambiente en la organización de una defensa de tipo esquizoide que veremos en mayor detalle en el capítulo IV.

Respecto a la función del ambiente hemos señalado una dimensión del *holding* que se refiere a la devoción, en la madre y en el analista, que está en relación con los fenómenos sensoriales del ambiente, ligado a aspectos vitales, no-representacionales. Otra dimensión de *holding* es su cualidad de *presencia*, en un encuentro que lo fundamental es el reconocimiento.

“Pone en relevancia el encuentro cuerpo a cuerpo. Ambas son dimensiones necesarias para alcanzar la temporalización y espacialización, tareas centrales que van a ser creadas subjetivamente no sólo a partir de la elaboración subjetiva de los ritmos de la respiración, de contracción o relajación de la musculatura, del ciclo del sueño y alimentación, de los cuidados físicos (como si estos fuesen algo del mundo a partir del cual la madre y el bebé, o paciente y terapeuta, se encuentran). Esas tareas para ser realizadas precisan además, del encuentro cuerpo a cuerpo, un momento de intimidad en que paciente y terapeuta no están en torno a alguna cosa (aunque paradójicamente, el encuentro se manifieste a través de un aspecto sensorial)”. (Moure, 2000)

Será, en un encuentro de estas formas, que puede haber un claro reconocimiento del sufrimiento del paciente.

B. Alojamiento de la psique en el cuerpo: personalización.

Directamente ligada a la espacialización, otra de las conquistas a realizar por el bebé es llegar a habitar en su propio cuerpo; aunque parecería establecido por la sola existencia del mismo, el proceso no está dado por sentado. Implica un logro que puede ser conseguido o no, y que, aún conseguido, puede perderse temporalmente y, por tanto, es indicador de cuán frágil es la unión de la psique y el soma o, la capacidad, de que la psique viva en los mismos límites de éste. Poder “ser ahí” en un cuerpo para estar en el mundo que, en numerosos casos no se consigue o se pierde la estrecha relación, lo cual habla de esa coexistencia, en verdad, precaria.

Al comienzo, la psique y el cuerpo se hallan indiferenciados, luego, cada uno comienza a tomar sus propias formas y ocurre la diferenciación, al mismo tiempo que la tendencia hacia la integración busca la reunión de ambos en una unidad psicosomática.

Esta reunión en una unidad es la capacidad de la psique de habitar el propio cuerpo, y hacerlo de un modo en que las fronteras del cuerpo sean las mismas que las de la psique; Winnicott designó a este proceso de *personalización*, a raíz del uso que en la psiquiatría se da al término *despersonalización* para indicar ciertos estados en que la persona siente no tener relación con su propio cuerpo, que no habita en él o que una parte de éste no le pertenece. Lo que estaba dado sólo en potencia, la re-unión de ambos términos, se plantea como conquista,

aunque permanezca con un carácter precario; Winnicott llama a esta conquista residencia (*dwelling*) de la psique en el cuerpo.

La piel¹⁰, su cuidado y su manejo es un factor determinante en los resultados de la conquista: experimentar las sensaciones de la piel, la textura y temperaturas, junto al erotismo muscular y la experiencia de los instintos junto con el manejo que hace el ambiente en forma de caricias, baños, sostén, de manera que la gratificación sea posible, son determinantes para que el bebé sienta que puede morar en su cuerpo.

De aquí se desprende que el bebé no puede hacer esta tarea por sí solo. El cuerpo puede ser *habitado* y sentido gracias a los cuidados recibidos de la madre, que Winnicott llamó *manipulación* (*handling*), a la seguridad física de los brazos maternos como parte de la tarea fundamental de la madre de proveer sostén¹¹. Un bebé contenido por los brazos de la madre, se siente seguro y puede entregarse con confianza a experimentar en su cuerpo su erotismo muscular, las experiencias sensoriales y táctiles, que todas son tendencias hacia estados de integración, o regresar a un estado calmado y recogido en quietud y disfrutar de un estado de no integración, por sentirse cuidado y asegurado.

Pero, fundamentalmente, dice Winnicott, que la madre con el bebé en sus brazos se encarga de que se sienta entero y que no sienta que se deshace en

¹⁰ El estudio del manejo de la piel también deriva y debe ser considerado en otro tipo de trastornos, tales como las afecciones de la piel o enfermedades psicosomáticas, cuya base son, también las angustias psicóticas.

¹¹ Sostén, (*handling*) se refiere al sostener físicamente al bebé; Winnicott dice que el cuidado a través de asegurarlo con los brazos, sea quizá la única manera que tiene la madre, en ese momento, para demostrar su amor.

pedazos, el proceso también implica la integración física. Los pedazos se reúnen por el abrazo seguro de la madre que se halla presente; que por otro lado, permite al bebé, al entrar en contacto con el cuerpo de la madre, sentir y experimentar el propio cuerpo.

El yo del bebé se forma a partir de un yo corporal, dijo Freud y Winnicott agrega a esta formulación que esto es así *cuando todo marcha bien*, que la persona se puede hacer cargo de elaborar a través de la imaginación las funciones de su cuerpo.

Es la *imaginación* acerca de las funciones del cuerpo que permite habitarlo; pero esto es correcto sólo si consideramos el cuidado materno que sustenta esta tarea. Si la madre promueve una seguridad de sus cuidados físicos el bebé se entrega con confianza a los cuidados maternos y permite así, a la psique realizar su trabajo de elaboración imaginativa de las funciones corporales, el cuerpo se torna habitado por la psique.

En medida que habitar el propio cuerpo es posible se desarrolla también el estar vivo y tener experiencias que remiten a un estado de sentirse *real*; en el proceso del experimentar, el *self* adquiere realidad.

El bebé es extremadamente sensible a los estados de su madre, al percibir si la madre se halla presente o no en el momento en que es sostenido por ella. En realidad, la madre pueda estar haciendo todo lo "correcto", pero si está sólo en un estado mental, si ella misma está ausente, el bebé lo nota y se dificulta el

proceso de integración que se está realizando. Los bebés pueden sentir claramente los estados emocionales de la madre, también los cambios que ocurren en ella, eso implica que está viva; pero si ella no está presente en su cuerpo puede ocurrir que ignore que en el cuerpo de su bebé hay una persona alojada, que trate ese cuerpo como vacío. Hay madres que parecen ignorar que hay un ser humano alojado en ese cuerpo que bañan y limpian.

En otros casos, la madre sí está presente pero su estado emocional no es óptimo para reconocer las necesidades del bebé; quizá está angustiada y su piel estará más caliente o fría, el ritmo cardíaco más acelerado o tendrá miedo que su bebé se caiga de modo que ejercerá una gran presión al sostenerlo. Estas situaciones estarán impidiendo que el bebé luego de una tendencia a integrarse, pueda relajarse y quedar calmo en los brazos de la madre, disfrutando de un estado de no-integración, también necesario como parte del proceso, un lugar de seguridad donde retornar de las experiencias excitadas, que permite que la experiencia de integración sea sentida como real.

Es importante en la madre la capacidad para ser ella misma, para que puedan surgir de si sus propios gestos espontáneos al dar seguridad al bebé, el bebé la sentirá así *confiable* y podrá relajarse y retornar a estados tranquilos de no-integración necesarios para sentirse real, habitando en un cuerpo vivo.

El tener un cuerpo nos lleva a considerar el espacio y el ambiente, dado que el cuerpo ocupa un espacio e interfiere con el medio al que llega, por un lado el

bebé puede aceptar que alterará el ambiente y que hay lugar para él o por otro lado buscará adaptarse y pasar desapercibido, siendo la sumisión una defensa contra un sentimiento de exposición de una vida que no fue bien recibida o para la cual no había lugar.

C. Establecimiento de la relación con la realidad externa. Relaciones objetales

En el comienzo, el bebé nada sabe de aquellos objetos que no son él mismo, que están fuera y que pertenecen al mundo de la realidad externa. No tiene conciencia de la existencia de algo no-yo, ni de entrar en contacto con eso. Al comienzo esa capacidad no existe.

Del mismo modo que lo enunciamos en las anteriores tareas, el bebé comienza por constituir su vida en un mundo subjetivo, donde los objetos exteriores, no son diferentes de él, sino que serán objetos vividos subjetivamente y que son la base desde donde alcanzar y diferenciar en algún momento, lo que es yo y lo no-yo.

El centro de esta cuestión es el modo en que el bebé entra en contacto con el mundo y sus objetos. El bebé puede estar en un estado de calma en su cunita, quizá disfrutando de un momento de recogimiento y no integración, del que sale, para entrar en un estado de excitación apremiado por un *impulso instintivo* como puede ser el hambre, que le demanda una acción y lo lleva a estar expectante, sin tener claridad de qué busca o qué necesita, de encontrar algo

que cubra su necesidad.

El relato de un paciente limítrofe incluía lo siguiente: "...sentía en toda la piel, piquitos, eran como ojitos, miles de ojitos, con el cuerpo estaba alerta...buscaba... más bien, esperaba, porque nada aparecía", el contacto no se daba.

El tema central de este aspecto, es el contacto que se establece entre el bebé y su madre; inicio de la forma de contacto que desarrollará luego con el resto del mundo. Ocurre al principio lo que Winnicott denomina la "primer lactación teórica" para referirse no, a la primera como tal, sino al patrón de relación que se establece entre el bebé y su madre a partir de los comienzos de la alimentación.

El bebé expectante está en una predisposición interior-exterior, está buscando algo... y la madre suficientemente buena, en una actitud devota a sus expectativas, ubica su pecho justo allí, para ser descubierto por el bebé, de modo tal, que la madre facilita tener al bebé una experiencia de *ilusión* de que aquello que presenta, era justamente lo que él buscaba.

Winnicott expresa el encuentro entre el bebé y la madre como dos líneas que se acercan "si coinciden se produce un momento de ilusión."¹² (1945)

¹² Momento que parecería estar facilitado si el cuidado que recibe el bebé proviene sólo de una persona y no de varias niñeras, propiciando de este modo un tipo de encuentro siempre del mismo modo con una misma presentación de objeto que ayude al bebé a tener su experiencia de omnipotencia.

La predisposición sensible de la madre (devota) hace que ésta presente el pezón de modo que pueda ser hallado por su bebé. Nótese que la madre no obliga a su bebé a tomar, que no introduce el pezón en la boca a fuerzas “para que el bebé coma”, sino que en su devoción ella se adapta a las necesidades de su bebé, que quizá no sean las de comer inmediatamente sino primero jugar o mirar como forma de entrar en contacto.

La madre permite en esa adaptación que el encuentro provenga del bebé y no del mundo, que el contacto se realice a partir del propio gesto del bebé, y de ese modo, tener la experiencia de ilusión de que, a partir de su necesidad vital, creó el objeto que necesitaba. La creatividad está en la base

“En la primera lactación (teórica) el bebé está listo para crear, y la madre le posibilita tener la ilusión de que el pecho, y lo que éste significa, ha sido creado a partir del impulso derivado de la necesidad.” (1954-70)

A la madre le corresponde aceptar y sostener la paradoja de que el bebé cree lo que ya existe y por eso, esta última tarea de establecer contacto con los objetos se corresponde en la madre con presentarlos (*object-presenting*), de un modo que se ajuste a las necesidades del bebé a partir de su estado de dependencia, para que, en realidad, puedan ser creados por él.

Pueden existir fallas en la presentación que produzcan, en general, una pauta de inseguridad duradera. Puede ocurrir que el modo de mostrar el mundo por

la madre, sea pobre con los riesgos de que el mundo subjetivo pueda morir o que no permanezca lo suficientemente vivo como para que el bebé pueda seguir creando objetos.

Una presentación insuficiente será obstáculo para que el bebé llegue a sentirse real y poder relacionarse con los objetos del mundo real. Un encuentro donde el objeto salga al encuentro del bebé, sin éste haberlo creado, provocará desconfianza y necesidad de cierto retraimiento para detener la invasión, quizá el bebé no quiera comer si se siente forzado a hacerlo.

La madre presenta el mundo de una manera constante y comprensible al bebé, de un modo que el bebé comienza a confiar en la continuidad de los objetos y en las repetidas experiencias de ilusión.

Mantener la ilusión de omnipotencia en el mundo subjetivo, significa que la madre evita la intrusión de la realidad objetiva en el mundo del bebé, para la cual, el bebé no está preparado a afrontar y por tanto produciría una pérdida de confianza y discontinuidad en la existencia de sus ser.

Si la madre no cuida aceptar el gesto del bebé y reemplazarlo por su propio gesto se produce una intrusión.

El bebé no percibe en ese momento el objeto exterior como tal, pero sí siente una gran amenaza, incomprensible, que no puede abarcar dentro del ámbito de su experiencia, entonces una situación desencadenante de un trauma estará por acontecer.

Creatividad originaria. Precariedad

Es a través de estas conquistas que el bebé puede vivir y encontrar el mundo, que aparecen como tareas fundamentales de la existencia, del modo de lograr una existencia.

La creatividad es *primaria* (parte constitutiva de la naturaleza del ser humano), dado que el planteo es realizado para los primeros encuentros con el mundo (primera lactación teórica), no estamos en presencia de un bebé que alucina un objeto ya introyectado, sino que es la viva manifestación de la creatividad primaria del ser humano lo que se pone en juego. El bebé crea así el mundo y la madre es creada todas las veces por sus diferentes bebés.¹³

Se desprende entonces, que “la fantasía no es algo que el individuo crea para hacer frente a las frustraciones de la realidad externa. La fantasía es más primaria que la realidad...” (1945)

En el ser humano hay una tendencia innata hacia la integración, su herencia humana dada en el núcleo de su *self*; pero no hay una determinación intrínseca en el bebé que lo lleve a lograr tal pasaje, todas las características del bebé serán creadas en el acontecer junto al otro; depende de factores imponderables tales como la propia creatividad del bebé, los modos de cuidado materno y la suerte.

Winnicott propone una creatividad originaria. El bebé *crea el objeto que*

¹³ La madre nunca es la misma con sus diferentes bebés. Hay tantas madres como hijos tuvo, dado que cada bebé la creó de nuevo y además, ella tampoco fue la misma con unos y otros.

encuentra, y pide que esta paradoja no sea resuelta, de ese modo tiene la experiencia de ilusión.

“Este complejo proceso que Winnicott denomina *integración*, está relacionado también con la creatividad primaria: cuando un paciente, en ese tipo de encuentro, encuentra o imagina algo, ese algo existe o habla de su *self*.”
(Moure, 2000)

Las conquistas de la integración son posibilitadas por el encuentro de la creatividad primaria junto a la devoción. De ese encuentro surge una experiencia de omnipotencia, de ilusión de crear el mundo.

Esa experiencia sólo es posible si el encuentro está signado por la palabra confianza, que aporta el marco necesario para que se entrelacen los procesos intrapsíquicos del bebé con el dominio sobre los objetos exteriores a él.

Por esto, la creatividad originaria no basta: el bebé no puede crear en el vacío. Sin la presencia del otro su potencial creativo no se puede tornar real. La experiencia de ilusión es una experiencia creadora, que se da sobre la base de intimidad y juego de la madre y el bebé.

Es el comienzo de un incipiente mundo subjetivo regido por la magia, en este primer estado los objetos se comportan de acuerdo a leyes mágicas: “existen cuando se desea, se acerca cuando se le acercan, duele cuando es dañado y, finalmente, se esfuma cuando ya no se le necesita” (1945)

En la interrelación entre el mundo subjetivo, mágico, que puede ser casi una

alucinación y lo que se percibe de manera objetiva, exterior o compartida, siempre habrá una marca de precariedad.

Sería inútil considerar que el bebé alcanza un sentido de realidad a partir de la insistencia didáctica¹⁴ de la madre en que los objetos son externos a él, el camino de acceso para tal resolución se halla primero en que el bebé pueda crear el mundo que ya está creado, para vivir de ese modo una breve experiencia de omnipotencia. Esa experiencia estará signada por la precariedad propia al interior de un encuentro entre dos distintos.

“Es necesario notar que en Winnicott, todas las conquistas, capacidades, esto es, todo aquello que se tornó positivo en el individuo, parte de una no capacidad, de una ausencia, de un negativo del cual algo surge. Esa negatividad que está de base, no es nunca enteramente ultrapasada. Ella permanece como marca de la precariedad de todas las conquistas de la vida. Todo lo que pasa a ser, puede enseguida, dejar de ser” (Dias, 1988)

Incluimos en esta sección los conceptos fundamentales que se despliegan en el pensamiento winnicottiano en referencia a la naturaleza humana, a lo propio que permite la existencia del ser humano. Consideramos las tareas-conquistas que realiza todo ser para alcanzar la vida, mismas que cuando no son realizadas, generan aspectos del *self* que no terminan de hallar expresión.

¹⁴ Según Winnicott la posibilidad de alcanzar un estado de objetividad está dado por la vivencia de la ilusión de omnipotencia en esta época temprana. Todo fallo en la objetividad está relacionado con algún fallo que se produzca en el desarrollo temprano.

Estas conquistas se realizan a partir de la creatividad, y que ante el impedimento de ser llevadas a cabo, generan un tipo especial de sufrimiento llamado *agonías impensables* que están en la base de los cuadros psicóticos, que desarrollaremos a continuación.

CAPÍTULO III

AGONÍAS IMPENSABLES

Gesto Espontáneo, otorgar realidad al mundo. Fallas ambientales: etiología de las agonías impensables. Concepto clásico de los traumas. Concepto y clasificación winnicottianos del trauma. Agonías impensables (traumas desencadenadores de las psicosis).

Espacio Potencial, varios sentidos de la realidad. Realidad compartida. Realidad subjetiva (objeto-subjetivo). Ilusión-desilusión.

GESTO ESPONTÁNEO

Winnicott toma la analogía entre una burbuja y el bebé humano. Cuando la presión externa es congruente con la presión interna se mantiene una “continuidad de la existencia” en el caso de bebé hablamos de su ser. Si la presión del exterior es mayor que la del interior, el ser tiene que *reaccionar* a ese estímulo que vive como *intrusivo*. Esa reacción implica una pérdida temporaria de la continuidad, el ser en ese momento *es* la reacción misma.

Tenemos entonces un estado de soledad imperturbada en una configuración de ambiente-individuo que es una unidad originaria, en la que el ser experimenta la continuidad de su desarrollo de manera confiada. Dos opciones aparecen ante esta situación, la pregunta es ¿cómo puede establecerse un contacto?

Puede suceder como parte de un contacto vital, espontáneo, por parte del individuo, de entrar en contacto con su medio a partir de su *gesto espontáneo* o por el contrario, como un movimiento del medio hacia el individuo.

Cuando la adaptación del medio al individuo es casi perfecta hallamos que es el propio impulso del individuo, quizá a través del movimiento de una pierna en el caso del bebé en el útero, originen un contacto propuesto por él.

Esto forma un patrón de relación: el contacto con el mundo como resultado de su propia necesidad de continuidad; es una situación afortunada que parte de su mismo proceso vital, de su propio impulso que al contactar al mundo intenta dar una forma.

El caso opuesto, es el medio el que interviene y genera el contacto, el individuo vive esto como una intrusión a la que debe reaccionar. Esta intrusión fue impredecible, no fue parte de sus procesos vitales, perdiendo entonces, la continuidad de su ser, para convertirse su ser en reacción a lo impredecible. El resultado de este patrón de relación es muy distinto del caso anterior. Esta pérdida momentánea de su continuidad sólo es recobrada a través de hallar un estado de aislamiento anterior.

El cambio en este caso fue producto del cambio en el ambiente y no de su propia necesidad de seguir siendo, no de su gesto espontáneo.

En el primer caso el patrón de contacto resumirá una serie de experiencias que harán de ese contacto una situación vital y que lo hará sentirse real. En el caso contrario, se formará un patrón de experiencia que llevará al individuo a que el "sentimiento de vivir real" lo hallará en el aislamiento.

Winnicott lo describe del siguiente modo:

“...las influencias ambientales pueden comenzar a determinar, a una edad muy temprana, si la persona saldrá en busca de experiencia o se replegará del mundo cuando necesite corroborar que la vida merece ser vivida.”

(1954-70)

Winnicott ofrece varias situaciones para ejemplificar la invasión al bebé tales como fluctuaciones en el estado de ánimo de la madre, cambios repentinos en el ritmo cardíaco de la madre, alimentación tóxica, ansiedad debido a un estado depresivo, rigidez o falta de adaptación materna, son todos factores que provocan alteraciones en el feto y que lo obligan a reaccionar entrando en un estado de alerta prematuro, debido a una virtual amenaza de invasión de su estado de continuidad en su soledad primordial.

Si relacionamos este breve esquema del funcionamiento individuo-ambiente desde las épocas más tempranas, notamos que el planteo se dirige a que cuando el ambiente cubre las necesidades primarias del bebé, necesidades simples, ya que la vida de los instintos aún no ocupa su lugar central, el individuo puede ser, sin necesidad de percatarse del ambiente. En este caso hablamos de un “ambiente suficientemente bueno”. Y, lo llamamos así porque ese ambiente permite que el gesto espontáneo del *self* aflore, se manifieste en el accionar con el mundo y el individuo aprehenda al mundo desde su vivacidad, lo cual le implica, sentirse real.

Ante la experiencia del nacimiento Winnicott postula que el parto en sí mismo no tiene razón para ser una experiencia traumática, ya que no estamos frente al pasaje de un bebé que depende de la madre a una separación; sino que seguimos aún presenciando una relación de dependencia, no ha habido una separación sino sólo un pasaje de ser no nacido a un estado de ser nacido. El pasaje en sí no es traumático.

El bebé necesita seguir siendo, y, para ese momento, seguramente ha experimentado varias interrupciones a su estado de continuidad: cambios de presión; cambios de temperatura; procesos de angustia o depresión en la madre; cambios de la compresión que fueron vividos como muy dolorosos, que el bebé vivió como intrusión y a los que tuvo que reaccionar, perdiendo su estado de ser.

En la situación del parto, éste puede tornarse traumático si la reacción requerida para nacer se vuelve demasiado grave y sobrepasa la capacidad de tolerancia de su ser en formación. Winnicott parte de un supuesto

“de que puede haber un nacimiento que desde el punto de vista del bebé, no constituya una intrusión exagerada, sino algo producido por los impulsos hacia el movimiento y el cambio que emanan directamente de la vivacidad del bebé... que el estado de no nacido al estado de nacimiento sea producido por el propio bebé.” (1954-70)

Estaríamos frente a una situación hipotética y por eso extraordinaria: el impulso vital de la naturaleza humana, el gesto espontáneo originando el

propio nacimiento. El bebé que nace y no que es nacido.

Quien, seguramente, ya estará preparado alrededor de los nueve meses en cuanto a su biología, y en el mismo plazo respecto de su psicología también. Dejando las situaciones traumáticas a los partos prolongados, donde el bebé tiene la experiencia de una demora infinita que nunca parece acabar, nacimientos prematuros o post-maduros, donde esas condiciones no permiten la sensación al bebé de ser él mismo el gestor de su nacimiento.

Pero aún en los partos más normales, siempre hay una reacción a la intrusión y debido a esto, es que el bebé necesita de un período de tiempo para restablecer su equilibrio. Por otra parte, el bebé se enfrenta a dos nuevas situaciones: la experiencia de los primeros momentos de la respiración y de la acción de la gravedad sobre su cuerpo.

Necesita dejar de ser la reacción para volver a un estado espontaneidad; en general, esto es logrado por el bebé bajo un estado de quietud. La madre estará atenta a la salida de ese estado de su hijo, que le permitirá establecer con ella un primer contacto, a partir de su propio gesto espontáneo.

Proponemos un ambiente previsible, un marco estable, sin irrupciones y perturbaciones del exterior, que proteja al bebé, para continuar disfrutando de su existencia sin tener que responder a las demandas generadas en el ambiente, sin tener que reaccionar y, por lo tanto, convertirse en esa reacción. Para que, a partir de ese marco, surja espontáneamente un gesto, un contacto,

que es espontáneo, no reactivo, una acción sobre el mundo a través de su creatividad que se puede producir gracias a la confiabilidad que siente el *self* a partir de un ambiente previsible, que por eso es confiable y da cabida al propio impulso vital.

Por lo tanto, el gesto espontáneo se halla íntimamente ligado con la creatividad originaria del ser humano, no sublimada a partir de pulsiones reprimidas, sino como expresión de la naturaleza humana. Que llevará a experiencias que, por partir del núcleo del propio *self*, permitirá sentir la vida como real.

Cuando el mundo no es impuesto, sino que a partir del gesto espontáneo, creativo, el individuo realiza la experiencia (y por tanto la conformación de su *self* en el experimentar) de re-crear el mundo que ya estaba allí, adquiere en ese gesto, un sentimiento de realidad del mundo y de su vida.

Cuestión que nos remite a que la vivencia de sentir la realidad del mundo y la vida vivida como real, se conforma a partir de aceptar la paradoja que implica el impulso espontáneo de la naturaleza humana creando nuevamente el mundo y, al individuo creándose en esa espontaneidad, que lo hace sentir vivo, real, por estar viviendo en un mundo creado por él, sabiendo al mismo tiempo que el mundo estaba ahí, antes de ser hallado y creado.

Cuando el ambiente no ofrece este marco de confiabilidad, el *self* se protege, reteniendo aquello que es verdadero y espontáneo y no lo pone en juego en el contacto con el mundo. Esto es, lo espontáneo se oculta para no ser alcanzado

en el núcleo propio de su ser y aparece a cambio un tipo de contacto reactivo, de acuerdo al mundo. La creatividad se apaga, estamos en presencia de aquellos acontecimientos, aquellas *fallas* provenientes del cuidado ambiental, que traumáticas, originarán cuadros de psicosis y los fenómenos esquizoides.

Fallas ambientales: etiología de las agonías impensables

Cuando las condiciones ambientales básicas no existen hay algo que puede denominarse “medio no suficiente o insatisfactorio” (1956), algo que deforma la integración de la criatura.

Winnicott define claramente que los procesos vitales más importantes, que están en juego en los momentos tempranos, dependen de una técnica satisfactoria del cuidado infantil y no de la satisfacción de una experiencia instintiva

“Convendría tener en cuenta que aquí existe una relación de vital importancia entre el bebé y la madre, que, sin embargo, no constituye una derivación de la experiencia instintiva, ni de una relación objetal suscitada por la experiencia de un instinto, sino que antecede a ésta al mismo tiempo que se desarrolla concurrentemente con ella, mezclándose las dos.” (1952)

Sin el cuidado apropiado, el ser humano, no tiene oportunidad de llevar adelante la integración que sólo es posible si el cuidado materno es suficientemente bueno, esto es: *que no haya fallas ambientales; que la madre*

guiada por el estado especial de devoción no cometa fallas al cubrir las necesidades vitales del bebé.

Si no hay fallas, la formación de la nueva entidad puede focalizarse en el cuerpo del bebé, creándose de este modo -a partir de adquirir una membrana limítrofe- un mundo externo y un mundo interno.

Resulta interesante leer del propio Winnicott algunas de las actitudes maternas que él consideró provocadoras de fallas ambientales:

“Ciertamente, hay muchas mujeres que son buenas madres en todos los demás aspectos y que son capaces de llevar una vida rica y fructífera pero que no pueden alcanzar esta <enfermedad normal> que les permite adaptarse delicada y sensiblemente a las necesidades del pequeño en el comienzo; o bien lo consiguen con uno de sus hijos pero no con los demás. Tales mujeres no son capaces de preocuparse de su propio pequeño con exclusión de otros intereses, de una forma normal y temporal [...] algunas de ellas tienen otras preocupaciones muy importantes que no abandonan fácilmente o que tal vez no sean capaces de abandonar hasta haber tenido sus primeros bebés.” (1956)

La falla se produce por un problema en la adaptación de la madre hacia el bebé en el momento adecuado; las madres que perciban esta deficiencia pueden querer compensar ese momento perdido e intentar adaptarse a las necesidades del niño para reparar la deformación precoz, tendrán entonces la gran tarea de atravesar un período de adaptación a las necesidades del

pequeño, pero en vez de madres, dice Winnicott, se habrán convertido para entonces, en terapeutas.

No es necesario que las fallas se manifiesten en una forma grosera, no imaginemos la falla como algo que ocurre brutalmente en un ambiente sin consideración con cuestiones extremas como violencia; sino más bien, entender la falla como *un desencuentro* entre la madre y su bebé, un *problema de comunicación profundo y sutil*, donde la madre no alcanza a percibir las necesidades de su niño y deja que lo imprevisto rompa en la continuidad vivencial del bebé.

Por supuesto, también habrá ambientes brutales y de maltrato y por supuesto también serán fallas, pero operar esta reducción propia de la Psicología general, nos llevaría a pasar desapercibidas el gran abanico de fallas ambientales, sutiles, que atentan contra la integración y la constitución del ser por medio del ejercicio de su gesto espontáneo.

La falla a la que se refiere Winnicott no encuentra su modelo en las experiencias severas, sino en la falla de la provisión básica, cuyo punto central es alejar lo imprevisible de la experiencia del bebé.

Winnicott ejemplifica¹ esta situación trayendo un caso de la clínica donde se

¹ Dice Winnicott: "Las deficiencias a las que me estoy refiriendo consisten en fallos de la provisión básica, como, por ejemplo, que yo me vaya de viaje a Estados Unidos cuando mi

puede observar a partir de las fallas del terapeuta, la experiencia de las fallas ambientales sufridas.

Pero, dado que las madres no son perfectas, no se puede garantizar que no promuevan fallas en su cuidado del bebé, de hecho, dada su humanidad habrá una falla estructural y por eso, las madres siempre estarán fallando.

¿Cuándo una falla se convierte en una experiencia traumática para el bebé?

No todas las fallas llevan a la rotura de la continuidad existencial; en general, se relaciona con un estado persistente de la madre que impide una comunicación efectiva con el bebé. Una falla no es significativa por sí misma, si es ocasional, sino porque la madre no se da cuenta de la existencia de esa falla y al no corregirla, se convierte en un *patrón intrusivo*. Lo que ocurre es un patrón de fallas ambientales que constantemente rompen la continuidad del *self*.

Cuando la madre se da cuenta, corrige y compensa la falla, no se genera un patrón, el bebé sufrirá una discontinuidad existencial que podrá ser remediada por una adaptación especial. El concepto central en este tema es la *imprevisibilidad*.

paciente todavía no está preparada para las reacciones que en ella provocará mi partida. Lo principal de ellos es que resultan imprevisibles; el niño no puede explicárselos a sí mismo en términos de proyección, ya que todavía no ha alcanzado el nivel de estructuración del ego que lo haría posible, por lo que su resultado es el *aniquilamiento* del individuo cuya continuidad existencial se ve interrumpida". (1963c)

“Una madre deprimida falla de un modo diferente de una madre ansiosa o preocupada. Es diferente para el bebé tener que habérselas con lo imprevisible que con el odio reprimido de una madre transformado en exceso de cuidados, de que tener que haber con una madre *borderline*, que no tiene consistencia humana y siente que no existe.” (Dias, 1998)

Observamos madres que fallan en la provisión de cuidados porque les es difícil entrar en ese estado especial de regresión e identificación con el bebé que Winnicott llamó “devoción”; en general este estado es vivido por ellas como una amenaza, tienen temor de perder su individualidad o quizá no están en contacto con la propia espontaneidad de su *self* o el desamparo del bebé las lleva a tocar su propio desamparo.

Quizá se sienten bien en un mundo objetivo y racional y son incapaces de mantener una comunicación pre-verbal con su bebé. Otras pueden hacer una regresión excesiva y pierden la capacidad de maternidad adulta, buscando a la abuela para que se haga cargo del bebé y de ellas.

Otro caso posible es el de la madre deprimida. El bebé necesita de una madre viva para su propia vivacidad y encuentra que la madre no se conecta con esa vivacidad y está buscando continuamente retornar a su interior, por lo que está desconectada del bebé, que bajo esta situación se siente infinitamente desamparado.

La depresión también puede llevar a la madre a buscar que el bebé esté todo el tiempo jugando y riendo como certificación de que está vivo y ser

tranquilizada de este modo, pero impidiendo que el bebé se pueda entregar y disfrutar de los estados de quietud.

Una situación que puede ser de las más devastadoras se relaciona con el odio inconsciente que puede sentir la madre por el bebé. Existe un odio en los padres, que puede ser conciente y estar disponible en las relaciones, pero cuando la madre experimenta un odio inconsciente, este sentimiento no está disponible a su conciencia y aparece en la relación sin ella percatarse de eso. Veremos en el capítulo siguiente la relación de este tipo de fallas con el autismo o esquizofrenia infantil.

Una madre ansiosa, insegura de su maternidad y de poder cumplir con sus responsabilidades para el bebé, puede sentir que no es capaz de sostener bien al bebé, teme bañarlo o que se caiga; quizá ella misma no fue bien sostenida y ahora puede no sentir una conexión con el cuerpo del bebé o no saber cuidarlo, puede asegurarlo con mucha tensión o no darse cuenta que en ese cuerpo hay una persona; todo este tipo de fallas influenciarán en el logro de la cohesión entre la psique y el soma.

Finalmente, Winnicott dice que la peor característica materna es cuando el ambiente se vuelve caótico e imprevisible. Hay fallas que se relacionan con un no hubo... (un gesto de la madre en respuesta) allí donde se requería; otras,

sucedan a partir de ambientes torturantes y caóticos, que dice Winnicott es el peor ambiente al que puede estar expuesto un bebé humano.

Se refiere a los bebés que están sometidos a la oscilación de humor de la madre o cuando ella, a modo defensivo, se vuelve caótica. En este caso tenemos una madre que sí puede ofrecer cuidados suficientemente buenos a su bebé, pero que por su propio caos es inaccesible al bebé cuando éste la busca. El bebé entra en estado de decepción constante ya que conoce los buenos cuidados, pero no sabe cuando estos podrán llegar. El estado de caos de la madre provoca confusiones emocionales. La posibilidad de fundar un estado de esperanza se diluye.

Una forma de caos materno es estar presente pero siempre inaccesible, absorta, y no establecer ninguna relación con los hijos; otra manera es estar, pero generando caos en la comunicación.

No pretendemos que los diferentes tipos de fallas expuestos conformen una lista, son sólo a modo de ejemplos que pueden dar una noción de cuán sutil puede ser la falla que afecta al bebé o al paciente en caso del terapeuta.

La madre, si no falla, cuida que esas posibles irrupciones ambientales, no se lleguen a convertir en ataques para su pequeño, dado que

“Los fracasos maternos producen fases de reacción ante los ataques y estas reacciones interrumpen la continuidad existencial del pequeño. Cualquier exceso en tales reacciones produce, no la frustración sino la *amenaza de*

aniquilamiento. Esto, a mi modo de ver, es una angustia primitiva muy real, muy anterior a cualquier angustia en cuya descripción intervenga la palabra <muerte>. (1956)

El incipiente yo del bebé se convierte en la reacción misma: aparece un estado de aniquilamiento, de perder la continuidad existencial, un estado que dice: no se puede seguir siendo... la continuidad del ser se pone en peligro, “el desarrollo del ego forzosamente sufrirá deformaciones en ciertos aspectos de importancia vital” (1962); la tarea de integración *self* se verá deteriorada.

“Semejantes interrupciones constituyen el aniquilamiento y evidentemente van asociadas con un dolor de características e intensidad psicóticas.

En los casos extremos la criatura existe solamente en base a una continuidad de reacciones ante los conflictos y de sus consiguientes recuperaciones. Ello contrasta en gran medida con la continuidad existencial que constituye mi concepto de la fuerza del ego.” (1960)

Cuando la aniquilación del *self* se hace presente y se hace necesaria la reacción, el gesto de espontaneidad se pierde y con él, el sentimiento de continuidad,² de vivir una vida real, “en esta fase, el niño no percibe de ningún modo lo que la madre hace bien [...] Sus fracasos no son percibidos en forma de fracasos maternos, sino que actúan como amenaza a la autoexistencia personal.” (1956)

² Veremos en el próximo apartado que Winnicott relaciona directamente las fallas ambientales con el surgimiento de procesos psicóticos, dice: “He declarado categóricamente que en la etiología de la enfermedad psicótica, y en especial en la esquizofrenia (salvo en la medida en que intervengan elementos hereditarios) hay que observar un fracaso en el proceso global de cuidado de la infancia. En uno de mis escritos llegué a decir lo siguiente: “La psicosis es una enfermedad producida por la deficiencia ambiental”. (1963c).

Las fallas del ambiente promueven un estado de *amenaza de aniquilación*, que originan las *agonías impensables*, llamadas así dado que la extensión de la palabra angustia no alcanzaría para expresar el grado de devastación producido en el bebé a raíz de la ruptura de la continuidad.

Si las reiteradas experiencias son intrusivas, sobrevendrá una angustia de aniquilación del ser, que será la etiología de las agonías impensables.

El aspecto central de la falla se halla en esta invasión *traumática* que da origen a la agonía como respuesta.

Agonías Impensables

Las agonías impensables constituyen el concepto central desde el cual Winnicott aborda el tema de las psicosis. Si nos ubicamos en el momento que el bebé está haciendo su proceso de integración decimos que la presencia de la madre es el factor decisivo para con su sostén mantener la continuidad existencial. La base de esta continuidad es su propia presencia y la memoria que de ésta se forma en el bebé. El contacto fortalece el sentimiento de una experiencia vital, del sentirse real³ que con las reiteradas vivencias se

³ "La salud mental de individuo, es decir, el hecho de que esté libre de psicosis o propensión a ella (esquizofrenia), se apoya en este cuidado materno, en el que apenas se repara cuando no hay complicaciones y que es continuación de la provisión fisiológica que caracteriza al estado prenatal. [...] Así, la esquizofrenia, la psicosis infantil o, posteriormente, la propensión a la psicosis, están relacionadas con la falta de provisión ambiental." (1960)

convertirá en un patrón de experiencias y memorias corporales de continuidad propia.

Revisemos la siguiente situación. Digamos que la memoria permanece viva y da vivacidad al mundo subjetivo del bebé, porque la presencia de la madre tiene una continuidad, que dice que la madre existe. Pero ¿qué ocurre cuando esta continuidad se rompe? El bebé puede guardar la memoria de su madre por determinados minutos, si ella se aleja más de este tiempo, la imagen de ella se desvanece, pero si ella regresa todavía en un tiempo prudente, la aflicción en la que entra el bebé puede aún ser corregida por atención y cuidado y el ser del bebé no se altera.

Pero, este tiempo prudencial tiene un límite, que jamás se sabe, la madre se aleja por más tiempo del que el mundo interior del bebé puede sostener viva su imagen. La madre estará cometiendo entonces una falla (*falla ambiental*) en resguardar la continuidad de las condiciones que garanticen que el bebé quede tranquilo pudiendo disfrutar de su mundo subjetivo.

Esta falla dará origen a un trauma: el que se apague la memoria de la presencia materna; la sensación será de aniquilamiento por la ruptura de la continuidad existencial. Surgirá la necesidad del bebé de tener que recomenzar todo de nuevo, privado de la base de su existencia: el sistema de memoria que le permite obtener un sentido de *real*.

Ante la pérdida del sentido de lo real estamos en presencia de una *agonía impensable*, uno de los traumas específicos de las etiologías de las patologías psicóticas.

La presencia de la madre, presentándose ella misma y al mundo en pequeñas proporciones, justo cuando el gesto espontáneo del bebé salga en búsqueda, es la manera en que no haya fallas que originen las agonías.

Para comprender mejor este aspecto revisaremos el término *trauma* y de qué manera una situación que se presenta traumatizante puede llevar a desencadenar respuestas que originan aspectos psicóticos en la personalidad.

Concepto clásico de Trauma

Al revisar el Diccionario de Psicoanálisis encontramos que el término *trauma* utilizado por la medicina, proviene del griego significando herida y que deriva de otro término que significa perforar; designa entonces una “herida con efracción”. El Psicoanálisis clásico toma este término en sus tres significaciones: la de “choque violento, la de una efracción y la de consecuencias sobre el conjunto de la organización” (Diccionario de Psicoanálisis).

El trauma, según el Psicoanálisis clásico, se define dando importancia a su

sentido económico⁴, como:

“Acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica. En términos económicos, el traumatismo se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivo, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones” (Diccionario de Psicoanálisis).

Desde el punto de vista económico se refiere entonces a una experiencia vivida que provoca un aumento tan grande de excitación en la psique y, ante el fracaso de deshacerse de ella, dicha excitación se hace intolerable y trae aparejado un trastorno al aparato psíquico⁵; la falla se produce en el principio de mantener la constancia de la energía psíquica.

En los momentos iniciales del psicoanálisis, Freud quedó impresionado por la ubicación que Charcot dio a los síntomas de la histeria, no como simulaciones sino como efectos de acontecimientos traumáticos ocurridos en la biografía del paciente. El concepto de trauma tomó su lugar en la etiología de las neurosis; referido el trauma a *un acontecimiento ocurrido en la historia del sujeto, un evento sucedido cuyo afecto no pudo ser abreaccionado y por tanto era fuente de sufrimiento, por permanecer en la psique a modo de un cuerpo extraño.*

⁴ El trauma en el sentido clásico está referido a *intensidad*, cantidades de excitación que promueven choques endógenos y fuerzan desequilibrios pulsionales. El criterio del trauma es según una base cuantitativa.

⁵ El trauma está en relación al *aparato psíquico* que soporta la carga y no a la persona total.

En esta primera etapa del psicoanálisis (1890-1897), Freud sostiene la idea que el trauma es en sí de origen sexual, ocurrido en la infancia y despertado luego en la pubertad. Mencionamos en el capítulo primero que la idea de trauma se comienza a enlazar a la sexualidad; Freud propone que el funcionamiento del trauma psíquico necesita de dos momentos y no sólo de un hecho como en el concepto clásico.

Por esto, es necesario que haya una escena primera, de seducción por parte del adulto al niño, y que por haber ocurrido en la infancia no se despierta en el niño excitación sexual. Luego, durante la pubertad ocurre otra escena, que por algún rasgo asociativo se enlaza con la primera. Entonces, el recuerdo de la primera despierta un flujo de excitación sexual que desborda las defensas del yo y lo vuelve traumático.

Esta segunda escena no actúa por su propia energía, sino que despierta una excitación de origen endógeno, a raíz de esto “se prepara el camino hacia la idea según la cual la eficacia de los acontecimientos externos proviene de las fantasías que activan, y del aflujo de excitación pulsional que desencadenan” (Diccionario de Psicoanálisis).

De este modo, el lugar del trauma en esta segunda teoría de la seducción, en su alcance etiológico, será reemplazado dentro de la Teoría del Psicoanálisis por el concepto de fantasía y de las fijaciones en las fases libidinales.

Pero aún así en 1920, en *Más allá del principio del placer*, Freud retoma el tema al hablar del principio de constancia y en traer nuevamente el trauma en su

sentido económico, a ocupar un sitio en las etiologías de algunas neurosis. Entonces ofrece un ejemplo del funcionamiento de una vesícula por ser el organismo vivo más simple, que sirve como modelo del funcionamiento psíquico. En la superficie externa de la vesícula hallaríamos una diferenciación que funciona como órgano receptor de estímulos al mismo tiempo que protección *antiestímulo* contra aquellos de mayor intensidad; función que resulta tan importante como la misma recepción. De lo que Freud desprende que su idea de trauma se relaciona con las “excitaciones externas que poseen fuerza suficiente para perforar la protección antiestímulo” cuando una situación así es aplicable a un organismo, éste tomará una serie de medidas para reestablecer el estado anterior a la perturbación, el organismo “pondrá en acción todos los medios de defensa”(1920); lo cual dará por resultado el empobrecimiento de las restantes funciones psíquicas, de este modo Freud presenta un modelo basado en las ciencias naturales para elaborar su Metapsicología.

Concepto y clasificación winnicottianos de trauma

A diferencia de lo anterior, Winnicott, hace una propuesta acerca de la naturaleza del trauma que se aparta de la concepción económica/biológica del ser humano y pone el acento en la función del otro en una interrelación:

“La idea de trauma implica tomar en cuenta factores externos; en otras palabras corresponde a la dependencia. El trauma es una falla relativa a la dependencia.”(1965)

Las fallas del ambiente, que se constituyen en traumas, no son fallas en razón de su intensidad y del choque que provocan en el aparato psíquico, no hay un aspecto económico en juego; aún no hay un bebé como tal, porque no hay un yo integrado sobre el que impacte el trauma; hay un yo incipiente, no integrado, que está en la tarea de hacerlo.

Las fallas son de relación entre el ambiente y el individuo. Según Winnicott el efecto del trauma no se produce sobre un organismo sino sobre una *relación interpersonal*; ocurre sobre la relación entre la persona del bebé y su madre. Por esto, el trauma es una falla relativa a la dependencia. (1965)

Una falla que acontece en el ambiente en el momento que el bebé se halla en completa dependencia de su madre, esto es, cuando el ambiente y el bebé aún no se han separado a los ojos del bebé, por lo tanto los aciertos de adaptación del ambiente hacia el bebé se van acumulando en su memoria como experiencias buenas. Cuando el ambiente no se adapta a sus necesidades y provoca una falla, el bebé necesita reaccionar y queda paralizado el proceso de integración.

Por otra parte, un trauma, según la conceptualización clásica, implica el efecto

de un acontecimiento positivo, visible, descriptible. Algo que ocurre en la historia del sujeto, cuyo efecto supera su capacidad. Para Winnicott no siempre es así. Un trauma puede estar en relación con *algo que nunca ocurrió. Un gesto del bebé que cae en el vacío.*

En un ir hacia la madre mediante un gesto creativo, que sólo la madre era susceptible de poder captar, ella se halla preocupada por otra cuestión, distraída, no atiende ese gesto que “busca algo en algún lugar” y el gesto cae; nada sucedió “cuando algo debería haber ocurrido.” (1963)

La falla atenta contra mantener un ambiente regular, monótono, sin sobresaltos ¿de qué modo afecta lo imprevisible? Al establecer un patrón de reacción donde lo imprevisto se instala, no se puede ser en el tiempo, que es la única manera de ser, sin tiempo el sentido de la historia personal se debilita, la experiencias no se pueden juntar y formar un pasado o proyectar un futuro, “no hay creencia que el mundo es encontrable y perdurable; es dispersarse en un presente eterno” (Dias, 1998). La lucha contra la agonía impensable derivada de la falla priva al individuo de que haya acontecimientos.

Clasificación de los traumas

Es en un artículo de 1965, que Winnicott ofrece cinco sentidos del trauma, de acuerdo al grado de integración y que generan las *agonías impensables* (los

traumas desencadenadores de psicosis).

“Al principio el trauma implica el derrumbe en el ámbito de la confiabilidad del *ambiente previsible promedio*, en la etapa de la dependencia casi absoluta. Dicho derrumbe se manifiesta en una falla, o falla relativa, en la instauración de la estructura de la personalidad y de la organización yoica.” (1965)

La confiabilidad implica poder *ser* los cuidados maternos, realizar una experiencia de identidad de esos cuidados, que permite la creación del objeto-subjetivo (objeto exterior, vivido como subjetivo a partir de los primeros contactos con la madre), y de ese modo, habitar en el primer mundo posible: el mundo subjetivo.

A partir de su relación de confiabilidad el bebé puede pasar de estados de integración a no-integración con suma facilidad, pasar de los estados excitados a los estados calmos necesarios para el descanso.

Si se rompe la confiabilidad, el bebé queda alerta sintiéndose impedido de entrar en un estado calmo, de descanso, necesario para la elaboración de sus experiencias; o será imposibilitado de alcanzar los estados excitados necesarios para encontrar el mundo; habrá una quiebra en el mundo subjetivo.

El segundo sentido del trauma lo hallamos en la gradual desadaptación materna

“La desadaptación es la segunda parte de la función materna, siendo la primera la de dar al niño la oportunidad de una *experiencia de omnipotencia*. Normalmente, la adaptación de la madre resulta en una falla adaptativa

gradual, y esto desemboca en la función familiar de introducir gradualmente el principio de realidad para el niño." (1965)

La madre provee al niño la *ilusión de omnipotencia*, a partir de una profunda adaptación de ella a las necesidades del bebé en las primeras etapas, en la dependencia absoluta, por lo tanto la madre es vivida con idealización, y por ser un objeto subjetivo, se encuentra bajo control del bebé. Las funciones y estructura del yo se organizan a partir de este primer contacto con el mundo, desde la *ilusión*.

Pero, en un momento posterior al inicio, la madre gradualmente comienza su desadaptación a las necesidades del niño, omnipotencia del bebé, que comenzará a sufrir pequeños traumas, como por ejemplo el destete, como experiencia central. Esos leves traumas darán origen a que la madre, como objeto idealizado comience a caer y haya un pasaje de la ilusión hacia la *desilusión*, saliendo de la omnipotencia para introducir el principio de realidad.

Observamos así, que también hay una función normal en el trauma, si consideramos que la falla adaptativa puede acontecer de un modo gradual, que permita al bebé recurrir a nuevos procedimientos psíquicos, tales como el comienzo del uso de la simbolización y de las funciones intelectuales que permitan acortar la distancia entre la adaptación completa a una incompleta.

Dicho de otro modo, que permita al bebé pasar de un estado de dependencia absoluta a uno de mayor independencia o dependencia relativa, que conlleve

mayor autonomía y madurez del yo. En este aspecto la madre siempre está *traumatizando dentro de un marco de adaptación.*

Aunque puede haber fallas en la madre que traumatizan más allá de la pauta de desadaptación. Algunas madres presentan fallas en el momento de desadaptar, por ejemplo, impedidas de destetar a su bebé, dice que el niño no puede dejar el pecho cuando, en realidad, ellas mismas no soportan que lo haga; o seguir respondiendo casi mágicamente a las necesidades del bebé cuando, éste ya necesita comenzar a expresar o emitir señales respecto de sus necesidades. De algún modo pretenden continuar con el estado anterior, sobre todo cuando ellas se entregaron y disfrutaron de su estado devocional y fueron muy buenas madres. Esto mismo, lo podemos vivenciar cuando, más adelante, el niño tiene dificultades de ir a la escuela porque sabe de la incapacidad de la madre para hacer frente a su propio crecimiento y perderlo.

Una tercera naturaleza del trauma es la pérdida de la *fe en la confiabilidad del ambiente*

“Implica el derrumbe de la fe. El bebé o niño ha construido una capacidad de creer en algo, y ocurre que primero la provisión ambiental se amolda a esto y luego falla”. (1965)

La falla en este caso ocurre en un momento en que el bebé ha hecho una separación entre yo y lo no-yo, un momento en que sabe distinguir entre si

algo ocurre en sí mismo o algo está ocurriendo en el ambiente. El bebé que estaba construyendo la capacidad de “creer en algo”, la pierde cuando la provisión ambiental, que ya puede diferenciar de su *self*, falla.

No revisaremos el cuarto aspecto del trauma que trata de respecto al individuo ya ha alcanzado un sentimiento de persona total (whole person), situación en que, es más dificultoso, ocasionar un tipo de sufrimiento del tipo de agonías impensables y que, por tanto, devenga en psicosis.

Finalmente Winnicott habla de una quinta clasificación del trauma que quizá no fue lo suficientemente esclarecida, pero que parecería englobar la naturaleza completa del proceso, referida a la vida del bebé en proceso de integrarse, o de un paciente:

“El trauma es la destrucción de la pureza de la experiencia individual a raíz de la intrusión de un hecho real demasiado súbito e impredecible, y del odio que genera en el individuo, odio hacia el objeto bueno, que no se experimenta como odio sino, en forma delirante, como ser odiado.” (1965)

El trauma toma la dimensión de aquello impredecible que procede de un objeto idealizado, casi objeto-subjetivo, que de ese modo pone en juego su independencia respecto del control omnipotente.

Por lo tanto, el trauma es “aquello que quiebra la idealización de un objeto por el odio de un individuo, reactivo frente a la falla de ese objeto en lo que atañe a

cumplir su función.”(1965) El odio se manifiesta en rabia por haber sido quebrada la idealización de un objeto bueno.

Winnicott ejemplifica el proceso de ruptura del ámbito de la omnipotencia del yo, a través de una descripción clínica de un proceso “traumatizante” en una sesión:

1. Yo me amoldaba a su idea de una persona que está bajo su control omnipotente y es casi una parte de ella.
2. me “moví” apenas y quedé fuera de su control.
3. la parte siguiente fue inconsciente: ella me odió.
4. Estaba segura que yo era un perseguidor.
5. Vió que esto había sido una delusión⁶.
6. Pudo entonces, en muy pequeña medida, alcanzar el odio que me tenía a mí (en quien confiaba) a raíz de mi mínima excursión fuera del ámbito de su omnipotencia.

La posibilidad de sentir rabia y expresarla, habla que la situación vivida puede ser controlada por las defensas del yo, que éstas no se han visto sobrepasadas por la intrusión de un hecho “demasiado súbito e impredecible” (1965), por el contrario, cuando el hecho alcanza las defensas del yo no existe una reacción posible y el odio que se genera en la persona no se experimenta como tal sino, en forma delirante, de ser odiado.

Agonías Impensables: traumas desencadenadores de psicosis

⁶ Término que está en referencia a la “transferencia delusional” introducido por Margaret Little en “On Delusional Transference (Transference Psychosis)”, *Internacional Journal of Psycho-Analysis*, vol 39 (1958).

Los traumas ocurridos en las épocas tempranas, que producen una rotura de la confiabilidad, remiten a *agonías impensables*; agonía significa que hay una quiebra en la continuidad existencial del *self*.

Cuando la falla ambiental acontece, se quiebra la continuidad existencial *por la reacción automática ante la falla*, observemos que no es sólo la intrusión del ambiente sino la reacción del propio individuo, que la convierte en traumática; es la totalidad del suceso (falla-reacción) que, a lo largo de continuas repeticiones, de una y otra vez a lo largo del tiempo, se instalará como trauma, por convertirse el mismo sujeto en la reacción.

Teniendo como característica central siempre ser invasivo (romper la continuidad), de un modo positivo, esto es, sucediendo algo en el ambiente, o por un modo negativo, cuando algo debería suceder, nada sucede.

Esta invasión atenta contra el ser del sujeto, dado que no hay todavía un yo constituido, se amenaza con lanzar al sujeto fuera de su propia existencia, de la posibilidad de llegar a ser. No es este el caso, de la angustia que produce la neurosis (angustia de castración) donde ya hay allí un individuo, con un yo establecido que puede organizar defensas contra esa angustia.

En nuestro caso, la amenaza atenta contra la misma fuente de la vida: la creatividad originaria y su espontaneidad básica; el núcleo sagrado del *self*, que necesita ser preservado. Por eso, la instalación del trauma lleva a una experiencia, que no puede ser considerada más, que de *aniquilación*.

Al ubicar los traumas tempranos nos hallamos en una realidad pre-psíquica, pre-verbal y pre-representacional, esto es: no hay aún un yo constituido, integrado, que esté ahí para vivir las experiencias que acontecen; por lo tanto esas experiencias son vividas pero, como *no-acontecidas*. Están ahí, pero sin registro representacional, simbólico, de lo ocurrido.

El término usado por Winnicott, agonías impensables, tiene su recorrido a partir de un texto de 1960 en el que menciona angustias impensables (*inthikable anxiety*); más tarde, en 1963, se referirá a ellas, no con la palabra angustia (*anxiety*), por no ser lo suficientemente fuerte, sino que *agonía* pasará a describir mejor aquello, que en realidad, es indescriptible.

El término *impensable* se mantiene porque, de algún modo, refleja ese estado de cosas que no se pueden definir a partir de relaciones pulsionales de objeto, que están basadas sobre relaciones que son representables, verbales y, por tanto, pensables. Impensable nos remite a los momentos pre-representacionales, cuando no hay aún un *self* que pueda experimentarlas.

Algo vivido, no puede ser abarcado por el ámbito de la experiencia del yo (dado que aún no hay un yo), esto que está aconteciendo queda como un no-acontecido para la psique, una memoria perdida.

La experiencia ante la cual se reacciona, en su repetición, se vuelve traumática, siendo vivida pero sin ocupar un lugar “representable” dentro de la psique del

sujeto (no-acontecido), amenazando con un derrumbe del establecimiento del *self* unitario.

Frente a esta amenaza, el yo organiza una defensa contra el derrumbe de su misma organización yoica.

Estamos en un momento del bebé de completa dependencia, no es posible hacer nada contra la falla del ambiente, en cambio, sólo puede actuar con su propio *self*.

Recordemos que las conquistas fundamentales del bebé, son en relación a su integración, su reunión psique-soma y la posibilidad de relacionarse con objetos. Cuando acontece una falla ambiental, es justamente sobre estos procesos que hace mella, las fallas –que producen los traumas- amenazan con el derrumbe (*breakdown*) del incipiente yo, que interrumpe, a partir de la organización de defensas, el proceso de su propia constitución.

En un texto de 1963, "*Fear of Breakdown*" Winnicott enumera las más frecuentes agonías impensables dejando abierta la lista, esto resulta importante dado que concibe un estilo individual, propio de cada bebé, que abre un margen para la cuestión de que toda persona tiene "gestos propios" que han caído en el vacío, sin un rostro que pueda sostenerlos.

La clasificación de las agonías impensables es la siguiente:

1. Retorno a un estado de no-integración. Defensa: desintegración.

2. Caer para siempre. Defensa: autosostén.
3. Pérdida de la relación psicósomática, falla de residencia. Defensa: despersonalización.
4. Pérdida de sentido de lo real. Defensa: explotación del narcisismo primario.
5. Pérdida de la capacidad de relacionarse con los objetos. Defensa: estados autistas.

Tomemos como ejemplo la vivencia de un bebé al sentir una caída sin fin, para siempre; una falla del ambiente en cuanto a su capacidad de dar sostén. Ante tal vivencia no hay todavía un yo que pueda experimentar esa caída, no hay representación para ella, que toma el lugar de un no-acontecido. A raíz de lo no-acontecido aparece la agonía que amenaza con el colapso total de la estructura del yo por la quiebra de la continuidad existencial, *y un milésimo de segundo después* (1967a) se conforman las defensas contra esa agonía.

Pero, como no tiene un lugar aquello que ha sucedido (no-acontecido), por proximidad, *la agonía se constituye en una defensa sofisticada contra la falla.*

La agonía impensable, por ese milésimo de segundo, conserva un status de entendimiento que *es sufrimiento no pensable*, no representable; en su lugar se organizará la agonía como defensa que estará en lugar de eso no-acontecido: desintegración en lugar de no-integración; caída sin fin en lugar de ser sostenido y así sucesivamente.

1. Retorno a un estado de no-integración

Partimos de un estado en que las tareas-conquistas de integración en tiempo y espacio, alojamiento de la psique en el cuerpo y la relación con objetos son inexistentes o precarias.

Una trauma acontece en esta circunstancia, el sostén (*holding*) en tiempo y espacio ofrecido por la madre no es consistente y el estado calmo de no-integración, que cumple con las funciones de elaboración psíquica de las funciones corporales (necesarios para acceder a los estado excitados que permiten incipientes integraciones), es vivido con extrema inseguridad, el bebé puede sentirse en este estado a merced de lo imprevisible.

Retornar a este estado es algo impensable y el bebé organizará defensas que le garanticen que no vivirá la ruptura de confiabilidad en un estado de no-integración. Prontamente se organiza la defensa de *desintegración* "El caos (de la desintegración) se vuelve significativo en el momento que es posible discernir algún tipo de orden (integración)." (1954-70)

El caos (desintegración) será la agonía, que le permitirá al bebé/paciente no tener que vivir el estado de ruptura del *self*, que en este caso, conlleva retornar a una no-integración, poco confiable.

2. Caer para siempre

Caer para siempre está en relación a una falla ambiental que implica que los manejos del cuerpo fueron sentidos insuficientemente seguros. Caer para siempre es un no-acontecido, perdido para la memoria, de haber sido tomado en forma inadecuada, no ofreciendo sostén y seguridad; es lo contrario de aquello fiable.

El bebé en el cuello de la madre está a salvo, es tomado de un modo seguro, el bebé es abrazado por los brazos de su madre en todo su cuerpo, por todos lados, a salvo entre otras cosas, de hacerse añicos por los efectos de la gravedad.

La agonía que se organiza como defensa es la de *auto-sostén*. El bebé/paciente ya no puede confiar más en que hay un piso seguro que los sostenga, así como tampoco unos brazos seguros para descansar. Esta agonía está en íntima relación con la cohesión psicósomática, que veremos en el siguiente punto, y que, ambas producen sus efectos sobre las vivencias del cuerpo en el mundo. Así, un efecto del auto-sostén será rigidizar la postura, hay una tensión que se mantiene y nunca se está, en general, relajado. El cuerpo pierde la gracia y hay una inhibición del movimiento. Winnicott ejemplifica la agonía por su contrario, al decir que con cuidados satisfactorios hay una enorme alegría al ser cargado y permitir el entusiasmo que deviene del movimiento.

La agonía se organiza también en relación a lo espacial, al cuerpo en el espacio

y a la pérdida de relación con éste. Winnicott trae un caso, el de Bob, un niño que llegó a él con un diagnóstico de deficiencia primaria y Winnicott reconoció el de esquizofrenia infantil por una experiencia de inseguridad ambiental durante la etapa de dependencia absoluta. En el juego de garabatos, ante el dibujo de un laberinto en el que había estado con su padre, Bob se angustia y entra en contacto con una agonía. Winnicott percibió estar en contacto con un estado confusional de Bob, una potencial desorientación (pérdida de orientación).

Situación que estaba en relación al miedo a un colapso de caer-para-siempre, nadie para asegurarlo bien (no hay seguridad a partir del otro), debido a la ausencia de catexia de la madre (la madre había estado deprimida cuando él era bebé).

Otro aspecto del caer tiene un elemento temporal en juego, “caer para siempre”, “caer infinitamente”, contienen el significado de estar cayendo fuera del mundo, a un mundo sin tiempo, donde las cosas no tienen comienzo o final, un tiempo eterno; propio de algunos rasgos psicóticos. La madre está fallando al proveer una situación de seguridad a lo largo del tiempo, quizá la madre no esté presente o esté deprimida, no está allí para el bebé, no está viva. Frente a esta situación el bebé se organiza para evitar ser traumatizado, originando la defensa, agonía de auto-sostén.

3. Pérdida de la relación psicosomática.

Dijimos que la cohesión psicosomática es una conquista que puede ser perdida frente a las situaciones extremas de ruptura de la continuidad.

Winnicott muestra que la despersonalización puede ser una situación que se presenta con mucha frecuencia, quizá aparece en un sueño muy profundo del que no se puede salir o un ataque de postración con palidez cadavérica, donde aparece el individuo como ausente y, en realidad, es eso lo que está ocurriendo.

Ante situaciones de angustia o desesperanza el lazo de unión entre la psique y el cuerpo se aflojan, sobreviene una etapa de desconexión, para luego restablecer el morar en el cuerpo o, en casos de mala salud, puede ser muy dificultoso que la reconexión vuelva a ocurrir.

La defensa de la agonía impensable frente a la amenaza de la pérdida de la cohesión psicosomática se manifiesta en una despersonalización; se origina una defensa que provoca que la psique ya no habite en el cuerpo o lo haga en modo parcial; una paciente manifiesta “siempre tengo la sensación de caminar detrás de mí”.

La defensa de despersonalización se diferencia de la dolencia psicosomática que, mientras en la primera se produjo ya el desligamiento de psique y soma, la segunda funciona como un alerta para que esa escisión no se consume, dado que el cuerpo padece, hay un continuo recordatorio de la unión entre ambos.

Cuando hay un profundo desligamiento de esa unión, la existencia que lleva la persona puede ser puramente intelectual, organizándose una hipermentalización con un desentendimiento del cuerpo, o un completo horror por la funciones del cuerpo o a tener un cuerpo.

En caso de los estados esquizoides esa escisión es marcada, las pulsiones y satisfacciones del cuerpo pueden ser vividas de un modo externo al ego y por tanto, no se transforman en experiencias del mismo, experiencias del *self*.

Puede ocurrir que la psique se ubique en determinada zona del cuerpo, sin abarcarlo por completo, Winnicott refiere de una paciente que sentía vivir detrás de los ojos, sin saber que hacían sus pies, sin saber por donde caminaba que provocaba tropiezos constantes.

4. Pérdida del sentido de lo real

Una posible interpretación de la agonía relativa a la pérdida del sentido de lo real refiere a la pérdida de la realidad del mundo subjetivo, en relación a la pérdida del *self* y de los objetos subjetivos “se trata de una muerte interna” (Dias, 1998).

Si la presencia de la madre no es regular o previsible, dijimos: si la madre permanece ausente (a pesar de poder estar físicamente presente) más del tiempo que el bebé puede sostener su imagen viva, esta presencia, muestra de la vivacidad y realidad del mundo, muere.

Y, junto con ella, muere el primario mundo subjetivo que se estaba construyendo en el bebé, su primer sentido de realidad. Nombramos este hecho como una catástrofe.

Un sentido que permite comenzar a formar la creencia que el mundo existe, que permanece. Sin la presencia vivaz que aporta la madre, esta creencia básica en la realidad y presencia del mundo, deja de existir. El "creer en," que es fundamento de poder entregarse a los acontecimiento de la vida confiando en el ambiente se vuelve imposible. Se instala la expectativa de alguna invasión del ambiente y la persona se enreda en su propio ser. El mundo externo se desvanece y sólo hay relación con los fenómenos internos.

5. Pérdida de la capacidad de relacionarse con objetos

Winnicott encuentra que la agonía de tipo autista se relaciona con el miedo a la pérdida de la capacidad de relacionarse con los objetos. El balanceo característico, monótono y rítmico, sin variaciones -sin imprevistos- se presenta como una forma de la defensa.

En la base está una agonía impensable, a raíz de una falla ambiental en los momentos de constitución de los objetos subjetivos o transicionales. Si la vivacidad del ambiente, que sostiene que estos objetos estén vivos, fracasa, la criatura siente que estos objetos pierden significado. La pérdida de significado

significa descreimiento y desesperanza respecto a la capacidad de relacionarse con objetos.

El individuo puede sentirse no ser capaz de establecer relación alguna y el esfuerzo de la defensa apunta a ese lugar, logrando tornarse en autosuficiente e invulnerable. La persona se mantiene distante de cualquier contacto.

ESPACIO POTENCIAL

Varios sentidos de realidad.

Otro aspecto original del pensamiento winnicottiano necesario para la comprensión de su concepto de psicosis, lo hallamos en la teorización de los diferentes sentidos de realidad de la experiencia humana.

A diferencia del Psicoanálisis clásico la realidad no es únicamente aquello objetivamente percibido y representable, sea ésta externa o interna; a la que se accesa por medio de la representación; el ser humano enfrentado a los objetos del mundo real y estableciendo contacto a través de lo simbólico.

Una realidad pensada en términos de “lo ya dado”, que considera el comienzo de la vida psíquica en la operación del principio de placer, que remite a alucinaciones y fantasías, para, luego diferenciarse el principio de realidad, con percepciones y pensamiento como función. La capacidad de percepción se remite a una cuestión pulsional entre el ello y el yo, con un yo que nace por

diferenciación de las mociones pulsionales que están en contacto con el exterior.

Winnicott plantea diferencias. La posibilidad de acceder a una realidad exterior, objetiva, *realidad compartida*, no proviene de la capacidad de percepción, no es primaria. Sino que sólo se podrá constituir como una derivación de “sentirse real” establecido en los comienzos de la vida a partir de la organización del mundo subjetivo.

En la propuesta de un primer momento de dependencia absoluta, se postula que el encuentro con el otro y la calidad de ese encuentro determinarán los primeros pasos hacia el establecimiento de una relación con la realidad compartida.

La experiencia de lactación provee las bases de un primer encuentro con el otro, es el inicio de una comunicación muy sutil entre la madre y el bebé, no verbal, pre-representacional.

La madre es el primer objeto del bebé, pero en el contexto winnicottiano el término objeto es diferente del Psicoanálisis tradicional, que supone una experiencia de percepción de un objeto ubicado en la realidad exterior, que puede ser introyectado a la realidad interior; para Winnicott esto no ocurre así.

En el inicio se establece un tipo de relación, *un encuentro con el otro que es fundante del ser*, que lleva a un sentido de la realidad: la realidad del mundo subjetivo. Sin el establecimiento de ese sentido de realidad no habrá camino

para acceder a los otros sentidos de realidad: de la transicionalidad y de la realidad (externa) compartida.

El objeto será diferente en cada uno de esos mundos, su modo de presencia, su realidad diferirán para cada uno de los varios sentidos de la realidad que podemos considerar.

Realidad subjetiva. Objeto-subjetivo

Así, los objetos que hallamos en el mundo subjetivo (objetos-subjetivos) se caracterizan, porque esa realidad subjetiva precede a cualquier separación, diferenciación que se establezca entre sujeto y objeto. En esos momentos iniciales, el bebé es él y su ambiente. No hay la constitución de interior y exterior, no hay un percatarse que el exterior existe.

Esto significa que no hay desarrollo de los aspectos mentales o de una conciencia de percepción, no hay diferenciación yo no-yo, afuera-adentro, interior-exterior; sino que las experiencias son extremadamente sensoriales, dentro del ámbito de la corporeidad. Experiencias que remiten a un estado de fusión del bebé y su madre.

La experiencia de lactación es el primer encuentro del bebé con el mundo; el objeto-subjetivo surge en el encuentro de la madre suficientemente buena que presenta el objeto, su pecho al dar de mamar, de un modo que propicia una experiencia de creación: el bebé *crea*, en su expectativa de hallar algo que

aparece por su estado excitado aquello que encuentra, que es el objeto ofrecido por la madre, que se ofrece como madre-objeto; generando una experiencia de ilusión de omnipotencia que lo hace sentir real.

Esto otorga un carácter *confiable* al objeto, que es el fundamento del mundo subjetivo. El bebé no es confrontado con la realidad exterior, el objeto no causa sobresaltos, no irrumpe en el ámbito de su ser, no es sorprendido. No interrumpe la continuidad con lo imprevisto, porque el objeto surge del propio gesto.

“Es por eso que el objeto subjetivo no puede ser comprendido sino en términos de una comunicación. Se trata de una *reciprocidad* (mutuality) que revela el comienzo de una comunicación entre dos personas: del lado del individuo (bebé), cuenta con un potencial heredado (*self* central) para crecer, su naturaleza humana; del lado de la madre devota, cuenta con la capacidad de tornar real aquello que el otro está pronto para crear-encontrar (que depende de sus propias experiencias de mutualidad cuando ella misma era bebé).” (Moure, 2000)

Esta comunicación, que permite el establecimiento del objeto-subjetivo, tiene un orden de encuentro fundante, estamos en un terreno muy primitivo, sin palabras, sin representación, sólo lo sensorial dentro del ámbito del encuentro a partir del *cuerpo vivo*, estos es: una *comunicación silenciosa; que funda al ser a partir de un momento de ilusión.*

Si revisamos el aspecto clínico de esta cuestión podemos observar que no son suficientes en la relación terapeuta y paciente la comunicación verbal o la

consideración de los aspectos de percepción, dado que ambos pertenecen a la exterioridad y que no son constituyentes del momento de ilusión a partir de la configuración del objeto-subjetivo. Es preciso contar con un modo de encuentro basado en la presencia, abierta a atender los cuidados que se presenten. El *holding* permite este modo de encuentro, que posibilita al terapeuta procurar el surgimiento del objeto-subjetivo, necesario para constituir las partes del *self* que han quedado sin experiencia.

El holding permite esta dimensión corporal relativa a lo sensorial como momento fundante de la existencia, manteniendo viva la comunicación silenciosa con la madre; es una experiencia inaugural del ser que adquiere el sentido de identidad: en la experiencia del objeto-subjetivo el bebé se torna el objeto, es el objeto. Winnicott denomina *elemento femenino puro*, a ese elemento de identificación propio del *self*:

“El elemento femenino puro se relaciona con el pecho (o con la madre) en el sentido de que *el bebé se convierte en el pecho (o en la madre), dado que el objeto es el sujeto.*” (1971)

En esa experiencia de integración el bebé es el pecho materno y los cuidados que recibe. El bebé es esos cuidados. Si la madre puede efectuar la contribución de ofrecer el objeto de modo que es posible crear la ilusión, el bebé tiene la experiencia de ser, a partir de la identificación con esos cuidados,

que se vuelve confiable. Sobre esta experiencia hallamos a una persona que puede sentirse real, a partir de un sentimiento de poseer identidad, a partir del sentimiento de ser. Es el elemento femenino puro, presente tanto en hombres como mujeres, que establece la experiencia del ser; y que es transmitido por hombres y por mujeres de generación a generación. Una experiencia de identificación primaria, de fusión, donde sujeto y objeto son uno; el elemento femenino puro es.

Mientras que Winnicott le otorga al *elemento masculino puro* el hacer; y que será participe de la diferenciación del sujeto respecto al objeto, poniendo en juego las satisfacciones pulsionales del ello, que incluyen también la ira por la frustración; a diferencia, la realidad del objeto-subjetivo se caracteriza por la experiencia de ser, fuera el ámbito de las tendencias instintuales: "A la experiencia de ser corresponde algo distinto: no la frustración, sino la mutilación." (1971), que puede ocurrir según la sutil forma de encuentro entre la madre y el niño, al respecto podemos decir entonces, que *el ser sólo puede ser transmitido por otro ser*.

Ilusión. Desilusión

Con la creación de la teoría de la ilusión-desilusión, Winnicott propone un nuevo espacio de relación, inédito para el Psicoanálisis, entre el bebé y el

objeto. Una nueva dimensión de realidad se abriría con la propuesta de una “tercer área de experiencia” que no es el mundo mágico, de omnipotencia creadora del bebé, en el que objeto y sujeto se hallan fusionados y tampoco es la dimensión de una realidad exterior (compartida), donde el sujeto percibe al objeto diferenciado de sí. “Existe un estado intermedio entre la incapacidad del bebé para reconocer y aceptar la realidad, y su creciente capacidad para ello. Estudio, pues, la sustancia de la *ilusión*.” (1971)

Planteamos en la realidad subjetiva un estado de *adaptación* casi del cien por ciento de la madre suficientemente buena a las necesidades del bebé y que su éxito depende de su devoción y no de sus capacidades intelectuales. Lo cual permite al bebé, a partir de su creatividad, el surgimiento de la *ilusión* de ser él mismo el creador del objeto (el pecho); que es experimentado como un estado de *encantamiento*.

Ese estado de adaptación materna disminuye con el tiempo y se instala un proceso de *desadaptación* gradual a las necesidades del bebé, según la creciente capacidad del niño de tolerar la frustración. La tarea de la madre ahora es desilusionar al niño; que llevará a la separación del bebé y su madre rompiendo la fusión inicial.

La desadaptación significa *desilusión* para el bebé, que sólo puede ocurrir cuando la experiencia de la ilusión ha sido realmente fundada, cuando el bebé ha tenido suficientes oportunidades de ser creador.

La desilusión que se experimenta es la de la omnipotencia, el objeto ya no es mágico porque no se comporta de acuerdo al control omnipotente. A partir de esta experiencia, siempre quedará en la vida la ilusión pero ya no omnipotente.

Surge entonces en el bebé, una tercera área de experiencia, que no está ni adentro ni afuera de él, dado que todavía no se ha constituido un interior-exterior, que se sitúa como intermedia de las otras dos, en un *espacio potencial* donde ocurren los fenómenos transicionales y se crea el objeto transicional. Es un área entre la madre y el bebé, a la que contribuyen tanto la creación del objeto subjetivo y lo percibido objetivamente.

Un espacio que irá surgiendo a partir de un espacio vacío, dejado por el otro. El fenómeno de la transicionalidad marca el inicio de la desilusión y el comienzo de la separación que abre un espacio entre la madre y su niño.

El objeto transicional es la “primera posesión no-yo” (1971) del bebé. No es el objeto subjetivo creado mágicamente, con un control omnipotente sobre él, sino que es un objeto de la realidad exterior, cuyo control será por la manipulación, que envuelve un placer del ejercicio muscular y de coordinación. “Proviene de afuera desde nuestro punto de vista, pero no para el bebé. Tampoco viene de adentro: no es una alucinación.” (1971)

Esta modificación anuncia un cambio en el sentido de realidad del bebé, cambia la naturaleza del objeto. “El representa la transición del bebé de un

estado en que está fusionado con la madre para un estado en que está en relación con ella como algo externo y separado.” (1971)

El bebé pasa de *ser* el objeto subjetivo a *poseer* un objeto, que es a la vez, símbolo de unión y de separación, representa a la madre y a su pecho y al mismo tiempo, a él. De este modo, a partir de una adaptación incompleta, el bebé busca en un objeto de la realidad exterior hacer frente a la frustración, una función de protección ante el cambio en la adaptación materna, que ya no es absoluta.

Es el comienzo de la actividad simbólica; que se dará en una relación afectiva con el primer objeto no-yo, al cual se apegará: el uso del pulgar en la boca, un pedazo de frazada, una mantita, que llegarán hasta un osito o una muñeca ... “No es un objeto interno (el cual constituye un concepto mental); es una posesión. Pero (para el bebé) tampoco es un objeto exterior... nunca se encuentra bajo el dominio mágico, como el interno, ni está fuera de ese dominio como ocurre con la madre verdadera,” (1971) hay una quiebra gradual de la omnipotencia dado que el objeto transicional tampoco se adapta de un modo absoluto a las necesidades.

Ese objeto será receptor de los mayores cuidados y también de las brutalidades, los padres saben que no debe ser modificado, que no puede ser lavado y que será llevado de viaje si el niño sale. Si es permitida esta experiencia el destino de este objeto es ser relegado, se desvanece.

Hagamos dos consideraciones más respecto al tema. La capacidad para simbolizar en un objeto depende también de otros factores, el bebé podrá utilizar un objeto transicional cuando el objeto subjetivo esté vivo, sea real y suficientemente bueno, no persecutorio. El carácter de este objeto estará dado por las cualidades de viveza, realidad, vitalidad del objeto exterior, del ambiente.

Cuando hay insuficiencia del objeto exterior, el objeto-subjetivo deja de tener sentido, entonces el objeto transicional también lo pierde.

La pérdida del objeto subjetivo implica también perder la capacidad de hacer uso de la simbolización dada a partir del objeto transicional.

“Perder el objeto transicional, por el fracaso de la madre en hacer permanecer vivo el mundo subjetivo, resulta en descreimiento y desesperanza cuanto a la capacidad de relacionarse con objetos. El interés por el objeto se desvanece y el bebé no sabe nada de lo que ocurrió. Sólo siente que perdió algo muy importante, que algo murió, a pesar de que algo puede estar ahí, ahora destituido de significado.” (Dias, 1998)

Esto puede ser tomado como una gran catástrofe, porque junto a la pérdida del objeto, tanto subjetivo como transicional, se pierde también la creatividad, que lleva a la percepción objetiva y la pérdida de la capacidad de relacionarse con los objetos, cuestión que está en la base de los fenómenos psicóticos.

Otro aspecto a considerar es el devenir de los fenómenos transicionales a lo largo de la vida del ser humano. Ubicados en esa tercera área de experiencia,

se sitúan entre el mundo interior y la vida exterior, objetiva. Se trata de una zona que origina el espacio potencial, que dará cabida al desarrollo creativo de la vida, en principio al juego, para luego desarrollarse en ese mismo espacio las experiencias culturales.

El espacio potencial ocupará el lugar de la ilusión para convertirse en el espacio para el soñar.

“Se trata de una zona que no es objeto de desafío alguno, porque no se le presentan exigencias” (1971), es un espacio donde se desarrolla la capacidad de jugar (playing), que en el adulto devendrá en el arte y la religión. Una zona de descanso para las tareas de estar siempre separando y a la vez, interrelacionando el mundo externo y el mundo interior. Los fenómenos de la cultura se desarrollan a partir de esta área, cuyo aspecto central es que no se le pide una “prueba de realidad”, los fenómenos que en ella acontecen no piden la exigencia de ser comprobados por la realidad objetiva (compartida).

En general, el objeto transicional sufre una descarga de interés que pasará a ser ocupada, poco a poco, por intereses culturales: el lugar donde se sueña el futuro.

Al revisar los conceptos de los varios sentidos de realidad, tema central en la psicosis y el de las fallas ambientales, comprendemos la función de los traumas al dar origen a las agonías impensables; pudiendo ahora ubicar el

modo en que las primeras tareas-conquistas de la existencia del ser humano, se vuelven el centro atención para nuestro estudio, si las fallas del ambiente impiden que se lleven a cabo. Las agonías impensables resultan de la imposibilidad de llevar a cabo estas tareas con éxito por la constante demanda del ambiente hacia el *self* de tener que reaccionar a la interrupción de su continuidad. Cuando esta interrupción se vuelve un patrón, la integración misma se pone en juego, dado que el *self* organiza defensas para no vivir las agonías que sobre él se abaten. Dentro de nuestro marco teórico, la organización de esas defensas y esas defensas mismas serán las productoras de los cuadros de psicosis, tema que desarrollaremos a continuación.

CAPITULO IV

PSICOSIS COMO ORGANIZACIONES DEFENSIVAS

Las psicosis como organizaciones defensivas. Defensa.

Defensas primarias: Por invulnerabilidad (esquizofrenia infantil o autismo); Por intelecto escindido; Por escisión verdadero-falso self; Por autodesorganización o desintegración.

Organización defensiva compleja: Borderline; Esquizoide

Naturaleza de las Psicosis según Winnicott. Diferencias con el Psicoanálisis tradicional. Inconsciente de lo reprimido. Inconsciente de lo no acontecido.

Un camino hacia la cura.

A lo largo de los capítulos anteriores hemos revisado los diferentes temas que sostienen los fundamentos para comprender la organización de las defensas a partir del trauma. Todo arreglo psicótico tiene por base la organización de un tipo específico de defensa contra la agonía primitiva; organización de la defensa que se combina y organiza según distintos tipos y grados, y que en su conjunto, produce los cuadros de personalidad borderline, esquizoide, psicosis latentes o esquizofrenias francas. Haremos en este capítulo una revisión de las diferentes organizaciones defensivas que dan pie a estos cuadros y señalaremos la diferencia conceptual con el Psicoanálisis tradicional, lo que da pie, a diferencias en el trabajo terapéutico.

Las psicosis como organizaciones defensivas

Winnicott propone, para el origen de la psicosis, *una falla ambiental en el momento de*

dependencia, momento en el cual la personalidad está aún en formación; a diferencia de la pauta de la neurosis, donde podemos hallar a un individuo constituido, cuya personalidad puede darse por sentada, con un yo que se ha formado.

Diferencia que marcará dos tipos de seres humanos: los que no arrastran consigo una experiencia de quiebre de su estructura psíquica en su temprana infancia y otros que sí la arrastran y deben lidiar con esa experiencia, temiendo, huyendo, siempre sintiendo la amenaza y elaborando defensas contra ella, caso de la psicosis. Este individuo lleva consigo la memoria latente de un desastre ocurrido con su yo (en el momento tan temprano, que no había yo para experimentarlo) y, a partir de entonces, toda la vida de la persona, sin que lo sepa, está enfocada en evitar la repetición de ese colapso a través de la organización defensiva.

En su artículo *Fear of Breakdown*, Winnicott propone que es erróneo pensar la psicosis como un derrumbe, como el punto culminante de una gran crisis en el que la persona colapsa, sino que, postula que la psicosis es “una organización defensiva relacionada con una agonía primitiva.”(1963)

La amenaza de la agonía impensable cae directamente sobre el *self* de la persona, lo que está en juego es el derrumbe del establecimiento del mismo yo. Frente a la agonía, el incipiente yo prontamente elabora defensas que impiden sentir nuevamente ese estado de cosas impensables, defensas que, por otra parte, impedirán su misma estructura en formación. La organización defensiva, que se remite a una agonía impensable, es el único modo que tiene el bebé, después de ese

milésimo de segundo de la vivencia que amenaza con la locura, de no volver a exponerse al trauma.

Dice Winnicott respecto de este momento

“hubo una fracción de segundo durante la cual se experimenta la amenaza de locura, pero en este nivel la angustia es impensable. Su intensidad desborda toda descripción y de inmediato se organizan nuevas defensas, de modo tal, que en verdad, la locura no llega nunca a experimentarse. Pero, por otro lado, la locura, es potencialmente, un hecho”. (1965a)

Esto es, que en el sitio donde se organizaron las defensas, la locura no fue experimentada (por no haber un yo); pero sí la amenaza de ella está presente, de la que surgió un estado de cosas que implicó el derrumbe de las defensas primarias (si la persona ya había accedido a un incipiente desarrollo de su yo) o que afectó al yo todavía en proceso de existir.

Cargando con la nueva organización defensiva, que lo vuelve psicótico, el individuo se vuelve invulnerable frente a la vivencia que traumatiza y en ese mismo acontecimiento, pierde el contacto con las necesidades más básicas de todo ser humano, de confiabilidad y comunicación verdaderas. La organización de la defensa psicótica como un medio de seguir adelante.

Recordemos en este punto, que según el Psicoanálisis es a partir de la angustia vivida que se organiza la defensa como aquel proceso que parte del yo, y que tiene por objetivo anular ese sentimiento. En caso de la neurosis, con la personalidad ya

conformada, el yo se ve amenazado por la angustia de castración y elabora las organizaciones defensivas contra ella, considerándose la defensa por excelencia a la represión (de aquello de amenaza al yo).

Respecto de la psicosis, dice Winnicott “Comencé a considerar la esquizofrenia y en especial la enfermedad del caso fronterizo, como una *sofisticada organización defensiva*.” (1967b) Una organización que se levanta para no tener que vivir jamás esa agonía impensable que está en la base de los fenómenos esquizoides, por lo tanto es una organización cuyo objetivo es alcanzar la invulnerabilidad, dado que en un momento de dependencia absoluta del ambiente, la única manera de defenderse es no siendo vulnerable al mismo.

Pero, las defensas que se organizan a partir de las agonías impensables no son del tipo de las defensas neuróticas, en las cuales el yo reprime el elemento que amenaza dejándolo libre, sin asociación con la conciencia. En este caso, las mismas defensas *impiden al yo constituirse*. La defensa actúa sobre la organización del propio yo. La locura no se puede experimentar si no hay un yo que pueda hacerlo.

Observamos que el concepto de defensa que maneja Winnicott para las psicosis es del mismo carácter que el que usa el Psicoanálisis clásico para hablar de las defensas neuróticas; salvo que en la psicosis, la personalidad, el yo, aún está en formación en el momento que la experiencia traumática sobreviene, el yo no tiene posibilidad de actuar sobre la representación y reprimirla, dado que estamos en un mundo subjetivo pre-representacional y pre-verbal; el yo sólo puede actuar sobre sí

mismo, dividiéndose, desintegrándose, haciéndose invulnerable.

La defensa opera interrumpiendo el proceso de continuidad del *self*, (el proceso de constitución del yo), el bebé deja de ser para “ser la reacción”, cuyo paradigma lo hallamos en la escisión (*splitting*), del mismo modo que la defensa por excelencia de la neurosis será la represión.

La escisión divide al mismo *self*. Separa una parte, que se mantiene protegida, de otra que se dedica a mantener la defensa para prevenir otra exposición a la situación traumática. “La escisión ocupa el lugar de lo inconsciente reprimido del *psiconeurótico*.” (1967b)

Defensas Primarias

Desde sus primeros trabajos Winnicott describió diferentes tipos de defensas primarias que aún no estaban configuradas, pero que luego, fueron asociadas en organizaciones que producirían fenómenos esquizoides o cuadros de tipo psicótico. Mencionamos que en 1963, propone la organización de estas defensas en torno a las agonías impensables y postula la psicosis como una organización defensiva.

Ubica cuatro tipos de defensas primarias que se pueden organizar de diferentes formas y grados, constituyendo los fenómenos complejos de los cuadros de esquizofrenia, o los casos borderline o los fenómenos esquizoides.

Estos cuatro tipos de defensa primaria que describe en la teoría de la psicosis son:

Por invulnerabilidad (esquizofrenia infantil o autismo), siendo la característica central la búsqueda de invulnerabilidad relativa al ambiente.

Por intelecto escindido, que produce una escisión entre las funciones intelectuales y la relativa unión del psique-soma, (splitt-off intellect).

Por escisión verdadero-falso self, se provoca una escisión entre el self verdadero de la persona y un falso self.

Por autodesorganización o desintegración, que consiste en un auto-traumatismo o propia desorganización de los fenómenos o personalidades esquizoides.

La defensa actúa para preservar el núcleo mismo del ser, aquello que no puede ser violado y debe ser preservado por la persona aún recurriendo a organizaciones defensivas que lleven a la desintegración. Winnicott lo describe del siguiente modo

“En el centro de toda persona hay un elemento incomunicado, un elemento sagrado y merecedor de todo cuanto se haga para protegerlo. Haré caso omiso por el momento de las experiencias producidas por el fallo de la madre-medio ambiente, experiencias de una etapa más precoz, y diré que las experiencias traumáticas que llevan a la organización de defensas primitivas pertenecen a la amenaza que se cierne sobre el núcleo aislado, la amenaza de que se le encuentre, altere y ponga en comunicación. La defensa consiste en ocultar aún más el ser secreto, recurriendo incluso a su proyección e infinita diseminación”. (1963d)

Defensa por invulnerabilidad (esquizofrenia infantil o autismo)

Considerar el autismo, respecto de su etiología, implica entrar en un campo que se

extiende entre corrientes fundamentalmente divergentes. No sólo en sus inicios, cuando Kanner (1947) definió el término y aisló el cuadro como una nueva entidad patológica sino que, aún en la actualidad, se profundizan las discrepancias respecto de dos puntos centrales, que Winnicott señaló en varias reseñas (1938, 1963, 1967).

En principio, Winnicott no muestra satisfacción por la diferenciación del término *autismo*, dado que no encuentra limitaciones claras y precisas para demarcarlo del resto de las psicosis¹, en tanto que la amplia gama de la esquizofrenia infantil incluye las características que este cuadro presenta; por tanto, propone que no hay motivos suficientes para considerar una separación teórica de este grupo en particular.

El otro aspecto primordial que señala, es la discrepancia respecto de la etiología; las posiciones organicistas se focalizan en la presencia de un síndrome mórbido, que pueda explicar el cuadro a partir de una disfunción física, aunque no se pueda constatar, debido al insuficiente desarrollo de los métodos de investigación.

A Winnicott le resulta muy artificial hablar de una “enfermedad” llamada autismo (1966), dado que para él, es la organización de un cuadro final de lo que en diferentes grados está expresado en la relación temprana entre la madre y el niño, Winnicott halla a lo largo de muchos casos, muy diferentes formas y tonalidades de aspectos del cuadro: una tendencia en el niño hacia la vivencia momentánea de la

¹ Dice Winnicott al respecto: “en psiquiatría esta noción de una enfermedad bien definida es siempre errada, pues cualquier afección psiquiátrica se confunde con anomalías que corresponden a un desarrollo normal. De hecho, los detalles propios de la enfermedad de la esquizofrenia infantil están muy diseminados y es dable encontrarlos en la descripción de cualquier niño normal” (1966).

situación extrema de no-comunicación, o una recuperación gradual de la misma luego de haber presentado signos. Incluso, puede hallar cualquiera de estos signos en niños que no llegan a ningún tipo de padecimiento.

Por supuesto, Winnicott no niega aquellos cuadros cuyo punto de partida es la lesión cerebral o un proceso degenerativo pero, al ocuparse en la clínica de los procesos emocionales de la madre y el bebé, encuentra nuevos caminos a seguir que le hacen ubicar al autismo un problema en la *interrelación temprana* y no una entidad definida como enfermedad.

“Ha de recordarse que, ya sea que el autismo se lo denomine o no esquizofrenia infantil, cabe prever que habrá resistencia ante la idea de una etiología que apunta a los procesos innatos del desarrollo emocional del individuo en el ambiente que le es dado[...]Estarán quienes prefieran hallar una causa física, genética, bioquímica, o endócrina tanto para el autismo como para la esquizofrenia [...] Y que quienes sostienen que la causa del autismo es física aunque aún no haya sido descubierta, escuchen a quienes afirman que hay otros indicios a seguir.” (1967a)

De este modo, señala que no considera al autismo una enfermedad y sí una alteración del desarrollo emocional del niño, entendido siempre, no como un aspecto meramente evolutivo del ser humano, sino como un proceso que implica una relación que se establece entre la pareja de crianza, entre la madre y el bebé, la madre como posibilitadora: “nada pasará en su desarrollo si no hay algo que venga de un ser humano y satisfaga al bebé casi exactamente en la forma en que lo necesita.” (1966a)

El cuadro de autismo se relaciona entonces con las fallas ambientales, con la falta de provisión materna que el bebé necesita como soporte para su desarrollo. El bebé no puede hacerlo solo y ante la falla materna se corresponde en el bebé, una *agonía impensable*

“El niño lleva consigo el recuerdo (perdido) de una angustia impensable y su enfermedad es una estructura mental compleja, que lo resguarda contra la recurrencia de las condiciones de la angustia impensable.” (1967b)

Una adaptación materna marcada por la imprevisibilidad implica un traumatismo en el bebé, que como respuesta debe resguardar su self central (su área sagrada) y mantenerla escondida e inaccesible para que nada pueda dañarlo. Esto es, hallar un sistema de defensa para no permitir que el ambiente lo traumatice.

Al observar un niño autista lo que aparece es la defensa lograda a partir de ser *invulnerable*; el ambiente ya no puede afectarlo, ya no lo alcanza, dado que ha recorrido casi todo el camino hasta la deficiencia mental y por eso, ha dejado de sufrir. Dice Winnicott que a cambio, sufren ahora los padres.

“El autismo es una organización defensiva sumamente sutil. Lo que se aprecia es la *invulnerabilidad* del sujeto. Hubo una construcción gradual que llevó a ésta, y en el caso del niño autista estabilizado, el que padece es el ambiente y no el niño.” (1967b)

Entonces, cuando una terapia tiene éxito, en realidad lo que se consigue es que la

persona abandone su posición de invulnerabilidad para convertirse en una persona que sufre. (1967b) La vida vuelve a ser precaria una vez que ya se había hallado una defensa contra el dolor y se había logrado una cierta estabilidad, aún al precio de, tal vez, una deficiencia mental y de la exclusión del mundo.

El niño autista no es un oligofrénico, dado que no siempre el aparato de funciones mentales está dañado como en caso de aquel, por una lesión o un desarrollo degenerativo, sino que el autista tiene todo el potencial de inteligencia pero, cuando la defensa de invulnerabilidad comenzó a operar, el bebé, aún estaba en un momento de desarrollo emocional tan temprano, que en realidad, el aparato intelectual y las funciones del yo no se habían constituido como tal, sólo estaban allí potencialmente.

De ahí, que podamos observar en los autistas, esos extraños destellos de brillantez de cuando la “mente va en un solo sentido”, una actividad que se hace de modo compulsivo y que expresa inteligencia y habilidad en un área específica, junto con una generalidad de deficiencia mental; que quizá, en otras ocasiones puede aparecer como una inteligencia muy irregular y heterogénea.

El cuadro se caracteriza, por la no-comunicación con el mundo, cerrando las capacidades para estar en la vida, una actitud prefigurada de estar en contra de cualquier tipo de aprendizaje, junto a la necesidad afectiva de control omnipotente sobre el ambiente.

Es interesante notar en este punto el uso de lo que se denomina *transposición de pronombres*: un niño que le dice a su madre “te cortaste un dedo”, cuando en

realidad, el dedo cortado es el de él. Esto implica el uso de la identificación proyectiva como parte de la defensa, demostrando que el niño es impedido de tener identificación con su propio *self*.

Con respecto al uso del movimiento rítmico compulsivo, junto con estados de trance o retraimiento en los que perdía el contacto con el mundo, cuenta una paciente de Winnicott, que se hallaba en relación "con sentimientos de intensa soledad y falta de contacto con su madre." (1966a)

Todo el tiempo el niño autista muestra una doble situación, que en realidad no es más que su sufrimiento: la invulnerabilidad frente al medio y el estado de dependencia absoluta en el cual la misma defensa lo coloca, de por vida.

Tomemos las situaciones comunes que remiten a una falla del ambiente (mutualidad madre-bebé) en los momentos tempranos de relación. Cada falla tendrá una especificidad que genere la defensa autista.

Los tres tipos de actitud materna a considerar son: una falla en el *holding* del bebé durante el período de tiempo necesario; el *odio inconsciente*, reprimido, de la madre hacia el hijo, recubierto de formaciones reactivas; y una *locura instalada* en la madre que irrumpe en la vida del bebé.

En la situación de un odio reprimido se constata, que la criatura no tiene como lidiar con ese odio que no se sabe, pero que expresa un deseo inconsciente de que sería mejor que el bebé estuviera muerto.

De hecho, se puede observar patrones de comportamientos que se organizan a

partir de llevar al mínimo la existencia, apareciendo desapercibido o llevando el estado del ser al momento anterior al nacimiento, como formas de corresponder al deseo de la madre de estar muerto.

Tal es el caso clínico de Ronald (1966), cuya madre es una pintora que siente que su hijo invade su profesión, ella no puede ejercer y entregarse a su arte por tener que cuidarlo y que (inconscientemente) lo odia por tener que ocuparse de él y no tener la disponibilidad que disfrutaba hasta entonces.

Otro aspecto de la falla es introducido por Serralha de Araujo² al considerar la situación de la madre cuando tiene a su bebé: si existe una situación de desamparo anterior al nacimiento del bebé, que afectó el estado de la madre para entregarse al papel de “madre suficientemente buena” por el tiempo que necesite el bebé.

Esta autora hace su investigación sobre las fallas de sentirse segura de la madre, que son provistas además por el propio ambiente de ella, su pareja y su familia. Llegando a observar la imposibilidad para estas madres, de entregarse devotamente, si ellas mismas no sienten su ambiente calmo y asegurado para que se realice esa entrega.

Ella misma se torna desamparada y dependiente necesitándose la condición de un ambiente sustentador que permita a la madre abstraerse de los peligros, que ella misma no necesite defenderse, para que su *self* no tenga que reaccionar y sí estar en

² Artículo sobre la disertación de maestría “Contribuciones a Winnicott a la etiología y clínica del autismo”, PUC-SP 2003; publicado en revista Estilos da Clínica, año VIII, nº 14.

la comunicación, en la mutualidad que necesita el bebé.

Defensa por intelecto escindido

Hemos visto que el ser humano es la unión del psique-soma, junto a las funciones mentales e intelectuales, que trabajan en conjunto con la cohesión psicosomática.

Existe un tipo de defensa primaria que se relaciona al hecho de la mente de separarse, de divorciarse, de la experiencia del psique-soma. Winnicott la llama de intelecto escindido (*splitt-off intellect*) y la asocia con las bases de una esquizofrenia latente.

En un comienzo, el ambiente se adapta perfectamente a las necesidades del pequeño. Esta adaptación que, en principio, es absoluta, pasa a ser relativa con el devenir normal del tiempo, es el momento en que toda madre, todo ambiente, inicia una desadaptación gradual a las necesidades básicas del bebé; que podrán ser compensadas a partir del uso de sus funciones mentales e intelectuales, para que de ese modo, un ambiente que comete fallas pueda ser concebido aún como perfecto. Se ponen en juego las funciones de comprensión y simbolización propias del desarrollo intelectual de la persona. La madre se ve liberada de la función de ser casi perfecta gracias a la comprensión del niño. Cuando hay un fallo graduado en la adaptación no se produce trauma alguno y el bebé pone su capacidad mental como medio de tolerar todo fallo relativo del ambiente. De este modo, se efectúa el desarrollo

normal de la mente y no tiene un carácter defensivo.

Observamos que la mente tiene su raíz en el funcionamiento integral del psiquesoma y el ambiente, y que se puede corroborar que funcionamientos desiguales de las capacidades mentales se deben en muchos casos a la relación establecida del niño con el ambiente; dando por resultado que desprendimientos muy lentos en la adaptación pueden mostrar coeficientes intelectuales más bajos.

Pero, cuando la situación se muestra a la inversa, cuando hallamos un ambiente que fue sentido inseguro e imprevisible y esto puso en riesgo la continuidad existencial, un bebé con suficiente dotación intelectual puede echar mano de este recurso e incurrir en un uso precoz y exagerado de sus funciones intelectuales para llenar las lagunas que el fallo ambiental deja en su existencia. Las funciones mentales se despiertan para subsanar, de algún modo, los cuidados que el ambiente no está propiciando. El bebé reacciona frente a la falta con una mentalización de la vida, que se escinde de la experiencia psicosomática, entonces la mente ocupa el lugar de observar, controlar, vigilar, estar alerta frente a los imprevistos y organizar los propios cuidados. Se produce una sobreactividad del funcionamiento mental que se opone al psiquesoma, dado que el pensamiento del individuo comienza a asumir el control y a organizar los cuidados, mismos que en condiciones de un ambiente previsible y confiable, estos cuidados quedan a cargo del mismo ambiente.

Se ha realizado una *hipermentalización* de la experiencia de la vida y las funciones mentales se han organizado como defensa.

Dice Winnicott que “*el funcionamiento mental se transforma en una cosa por derecho propio, reemplazando prácticamente a la madre buena y haciéndola innecesaria*” (1949). El bebé llega a prescindir de todos los cuidados maternos a costa, de perder la confiabilidad y la adaptación a sus necesidades básicas.

Clínicamente observamos a aquellos niños que no dan trabajo, que se muestran muy normales y muestran un brillo intelectual excepcional, pero que efectúan un falso crecimiento personal sobre la base de una íntima sumisión al medio, que por otra parte, revela la fragilidad de su ser y una falta de sentirse ellos mismos, y que indican con gran presión y tensión por estar frente a la amenaza de un derrumbe, como defensa frente a una agonía impensable, al caos o la desintegración, en último caso.

En la misma línea de pensamiento, la amenaza de un derrumbe parcial está representada por una organización obsesiva, cuyo rasgo central es el funcionamiento intelectual escindido.

Organizadas por este tipo de defensas hallamos también personas que pueden llegar a ser madres excepcionales para los demás durante un período de tiempo, dado que desarrollaron una extrema capacidad para comprender las necesidades de los otros, desarrollando capacidades curativas “casi mágicas” (1949), al adaptarse a ellos.

En definitiva lo que este individuo necesita, es encontrar a otra persona que pueda

hacerle real su necesidad de tener un buen medio que lo sostenga para poder dejar de lado su recurso en la explotación mental, que se ha convertido en su propia madre.

Defensa por escisión de verdadero o falso *self*

Hemos hecho referencia a aquel aspecto central de la personalidad, el *self*, que surge gracias a una tendencia innata de la naturaleza humana hacia la integración, facilitado por el ambiente, y que luego de varias integraciones, se irá convirtiendo en el núcleo mismo de la persona.

En el origen está la expresión creativa y el gesto espontáneo que surge en el individuo y se dirige al mundo; “El gesto espontáneo es el *self* verdadero en acción” (1960b). Es el movimiento mismo de la existencia que impulsa llegar-a-ser, ahí, con un cuerpo, en el mundo.

Winnicott llama a este núcleo de “sagrado”, *self* verdadero, incomunicable, lo que debe ser preservado por el individuo a toda costa porque en él reside la verdad de su ser.

“El *self* verdadero surge de los tejidos y las funciones corporales, incluso de la acción del corazón y de la respiración” (1960b); es corporal, está ligado a los procesos primarios.

Cuando la vida es vivida a partir del gesto del *self* verdadero, surge la sensación de realidad, de sentirse vivo y real y que la vida tiene valor para ser vivida.

Por el contrario, surge en la clínica la observación de cuando la vida no es vivida a partir de este núcleo del ser, con la experiencia de sentimientos de irrealidad y futilidad; hablamos entonces de un falso *self* que domina la personalidad.

De acuerdo a las circunstancias experimentadas, la preservación puede tornarse imposible y el *self* es invadido por la conducta del ambiente. Siempre habrá un grado de invasión, mínimo a extremo, por el cual el *self* reacciona constituyendo una organización defensiva que le permita mantener a resguardo su parte nuclear.

Por medio del mecanismo de escisión puede separar una parte de si, para que ésta interactúe con el mundo y de ese modo, su núcleo pueda permanecer protegido.

Cuando ocurre en menor medida, nos referimos a simples normas de conductas de adaptación sociales o de costumbres, que por un lado nos permiten relacionarlos y convivir en sociedad, que no alteran el núcleo del ser dado que se halla a resguardo.

De este modo, observamos que es parte de la propia naturaleza humana y no una muestra de patología, recurrir a los procesos de escisión cuando la integridad del *self* es puesta en juego. De hecho, una pequeña cuota de un *self* volcado al exterior es necesaria para resguardar el *self* nuclear, llamamos a esta función adaptativa y de protección del ambiente a partir del *falso self*³.

Esta escisión está en la base de las organizaciones defensivas complejas, en general, en mayor o menor grado, las organizaciones defensivas simples se hallan

³ En todo *self* en una vida sana, siempre habrá un aspecto de sumisión al medio, "una capacidad del infante para obedecer y no quedar expuesto" (1960b). Una capacidad que permite hallar soluciones de transacción sin humillación.

combinadas y participan de los cuadros complejos, imprimiendo las diferentes tendencias.

Cuando la escisión se vuelve en un grado mayor podemos observar una personalidad que se halla dividida entre un falso *self* que actúa social y adecuadamente, y un verdadero *self*, que se halla protegido, incomunicado con la realidad compartida, y por esto, también inmaduro y enquistado. Este núcleo, que posee la espontaneidad, sólo se halla en relación al mundo subjetivo, al mundo de la omnipotencia.

Clínicamente vemos una persona que ha perdido su capacidad de gesto espontáneo hacia la vida y cuya creatividad no se ejerce; cuyo sufrimiento radica en esta adaptación constante a las exigencias de la situación, que permite desenvolverse con una aparente normalidad, pero que, en realidad, se halla la experiencia de una vacuidad afectiva. El falso *self* ha tomado lugar y reemplaza al verdadero *self* en la experiencia, de tal modo que el verdadero no experimenta con la realidad y el falso lo hace sobre la base de la *sumisión, sin espontaneidad*.

Partimos de una falla ambiental durante el momento de adaptación absoluta a las necesidades del bebé, que resulta en la explotación y aniquilación del *self* verdadero, surge el falso *self*, como organización defensiva para impedir el aniquilamiento.

Dijimos que una madre suficientemente buena permite crear la *ilusión* (de que aquello encontrado fue creado) y con esto establecer la omnipotencia del infante.

Si hay una falla, la experiencia de ilusión de creación y omnipotencia no se realiza.

Winnicott plantea que la falla en el establecimiento de una relación objetal es debida a un disturbio en los momentos excitados (los momentos en que la tensión lleva al bebé al contacto con objetos en el exterior).

Se puede inferir que la falla se centra en el momento que la madre realiza la presentación del objeto, anteponiendo su propio gesto al gesto del bebé. La madre no logra sentir las necesidades del bebé y a cambio las reemplaza por las suyas. Esto trae aparejado un estado de sumisión del gesto del bebé y la consiguiente falla en la experiencia de crear el mundo a partir de su omnipotencia; que sabemos, es lo que hace crecer y tomar realidad al *self* verdadero. “En la práctica el infante vive, pero de modo falso” (1960b).

Se provoca dos tipos diferentes de relación objetal, escindidas una de la otra, provocando dos direcciones: con una mitad del *split* se establece una relación objetal de sumisión hacia el mundo percibido objetivamente y con la otra mitad del *split* el bebé se relaciona con el objeto subjetivo, que no entra en contacto con el exterior.

Sabemos que en el ejercicio del propio gesto el bebé entra en contacto con el objeto y crea el objeto subjetivo, siendo él mismo ese objeto, es la experiencia de identificación primaria, que da realidad al ser. Si está la imposibilidad de ser, entonces el individuo hace como si, se *mimetiza* con el ambiente perdiendo la posibilidad de, a partir de ser el objeto subjetivo, fundar su *self*, tomando a cambio la características principales del ambiente, sin producir su propia identidad.

Se deriva entonces, un sentimiento de futilidad, de que la vida no es real y en

realidad, no lo es. Ese gesto verdadero permanece incomunicado, encerrado y hasta puede tornarse inaccesible para el propio individuo; Winnicott ubica en el extremo de posibilidades de esta defensa, el sufrimiento de la organización borderline.

Defensa por auto-desorganización o desintegración

Por último, la *auto-desorganización* o *desintegración* es considerada otra defensa de tipo primario, cuyo carácter central es ser auto-traumatizante, esto es, que se organiza una producción activa, por parte del bebé o de la persona de un *estado caótico*, de desintegración, que impide alcanzar los momentos de no-integración propios de los estados calmos.

Es un fenómeno producido para ejercer control sobre lo imprevisible, que se organiza como agonía impensable frente al trauma provocado por un estado no-integrado.

Si el ambiente-madre fue caótico o inestable durante el momento de dependencia absoluta, e impidió acceder al bebé de un estado de integración unificado en que se pudiera decir: yo soy, el bebé generará un tipo de defensa que también será caótica; pero ahora hay una diferencia importante: ya no se está a merced del caos exterior.

El individuo genera su propio caos y de este modo, queda dentro del campo de su propia omnipotencia, el caos del exterior ya no puede afectar porque el caos interno pasa a regir la vida de la persona.

La *desintegración* como defensa (una agonía impensable) contra el retorno a un estado de no-integración, se origina a raíz de la vivencia de aniquilación, debido a la falla en ser sostenido en el momento de no-integración, en un estado de calma, cuando el bebé se halla recogido en sí, sin buscar nada en el mundo. Un estado en que se halla en contacto con su imaginación que crea el mundo subjetivo y que crea el camino hacia la integración.

Cuando ésta no es posible, volver a un estado de no-integración es impensable. La opción de la defensa entonces es recurrir a la desintegración de la personalidad. A la integración se le opone ahora la desintegración del estado alcanzado, cuando el estado de integración ya es un hecho⁴.

“Estamos familiarizados con el proceso de desintegración, la anulación activa de la integración, producida y quizás organizada como defensa contra la angustia que se asocia contra esta última.” (1954-70)

El camino hacia la integración se halla cerrado, dado que el estado de no-integración también, por la defensa que se organiza desintegrando. La *desintegración* es la *defensa activa* para, cuando ante la falla, no se puede retornar a la no-integración.

El individuo o el bebé se desenvolverá permanentemente confuso, sin organización, caótico o sin sentido de orientación; se auto-traumatizará para evitar ser traumatizado, disociando su yo. Hallamos este tipo de defensa en la base de las

⁴ La desintegración, dice Winnicott, puede también pasar a ser la base de un estado de funcionamiento caótico patológico de la personalidad.

organizaciones esquizoides.

Organizaciones defensivas complejas

Las defensas primarias pueden combinarse en diferentes tipos o grados, dando por resultado los cuadros que llamamos organizaciones defensivas complejas, que se relacionan con la organización limítrofe (*borderline*) y esquizoide. Winnicott mantiene ambos términos aunque no coinciden exactamente con las categorías psiquiátricas u otras corrientes del Psicoanálisis, debido que ambos cuadros se sostienen en la afirmación de que la Psicosis es una organización defensiva y en los diversos conceptos que hemos revisado acerca de la Naturaleza Humana.

A lo largo de su obra, Winnicott habla indistintamente de uno y otro cuadro, en cuanto pertenecientes a organizaciones de tipo esquizofrénico, pero en *Realidad y Juego* (1971) plantea diferencias y hace una clara distinción entre ambos. Mientras el esquizoide siente una desrealización del mundo y se mantiene alejado de los hechos de la vida, el limítrofe está anclado en la realidad pero ha perdido el contacto con su mundo subjetivo.

Limítrofe (Borderline)

Pensamos una organización limítrofe como aquella en la cual, la persona ha cortado

los lazos con su propio mundo subjetivo; la creatividad del gesto espontáneo de *self*, está perdida. El cuadro está dominado por la organización defensiva de un falso *self*, reaccionando a la agonía impensable, con una sobre-adaptación al mundo, a la realidad externa o compartida.

Los limítrofes están sujetos o anclados a las condiciones del mundo exterior. Regidos por las condiciones que este mundo impone a ellos, sin tener conciencia de que esto está ocurriendo, han desarrollado una sutil sensibilidad a aprender lo que se espera de él.

En función de esta habilidad desarrollan una extrema competencia y exigencia consigo mismo, tener éxito en las tareas del mundo: son ajustados con los horarios (tiempo externo), y desarrollan una muy buena orientación tiempo y espacio. Ser minucioso y altamente organizado.

Pero, a pesar de este aparente éxito con las relaciones del mundo y su acceso a él, algo muy distinto está ocurriendo en su interior. El limítrofe ha perdido sus sueños y su capacidad de soñar. El mundo subjetivo fue invalidado, se apagó y de algún modo, se tornó persecutorio.

Esta organización defensiva trae terribles consecuencias. Con la invalidación del mundo subjetivo y la sobre-adaptación a la realidad externa, se pagó el precio de la espontaneidad y la creatividad. El gesto espontáneo, creativo, no reactivo que proviene de un espacio imperturbado del *self*, fue quedando atrapado, anquilosado dentro de los recursos defensivos; no habiendo más espacio para lo imprevisto, lo

auténtico, para los nuevos cambios.

Las organizaciones limítrofes se componen de distintos grados de defensas primarias, la principal defensa que sostiene esta organización es la *predominancia de falso self*, quedando el *self* verdadero muy bien encerrado, a resguardo de cualquier irrupción que provenga de un ambiente; pagando por ello sentirse ajeno a la propia vida, de estar cumpliendo, pero no estar vivo; de sentir futilidad cada vez que alguien trata el falso *self* como verdadero.

De hecho, en las esquizofrenias siempre está la presencia de una desvinculación entre el mundo subjetivo y la realidad externa o compartida, de algún modo los puentes y lazos para que haya una fluidez entre lo exterior y el mundo propio del sujeto no ha llegado a constituirse en modo suficiente o se ha derrumbado.

En el limítrofe se ha operado una escisión, el verdadero *self* ha sido resguardado y, a cambio, se ofrece un *self* falso para que opere con el exterior, pero por ser falso esta relación es externa, nunca hay una comunicación verdadera y profunda con la verdad del núcleo del ser que ha quedado amordazada, y cuando las circunstancias llaman la aparición del *self* verdadero, esto es vivido con sobresalto y con peligro, dado que es inconcebible que surja algún impulso que sea espontáneo.

Este tipo de defensa tiene su origen en los primeros contactos del bebé y su madre, cuando en los estados excitados de relación objetal, en vez de la madre adaptarse a la necesidad del bebé, es él mismo quien se adapta al modo de su madre; se somete

a ella y pierde la posibilidad de tener una relación creativa con los objetos.

Podemos entender que el ambiente del limítrofe no fue caótico, sino más bien, un ambiente ordenado y regular, pero también rígido donde la madre controla que todo esté como deba estar. Un ambiente con falta de espontaneidad, donde los momentos de no-integración del bebé que demandan una regresión de la madre y su adaptabilidad, no crearon encuentros, por la imposibilidad de la madre de adaptarse a lo informe de lo no-integrado del bebé.

Nos encontramos con un ambiente de intolerancia a aquello que sale fuera de lugar, de las cosas que tienen vida, se desarreglan y desordenan.

El bebé, para entrar en contacto, tuvo que someterse al gesto rígido del ambiente, a costa de su propio mundo. La muerte del mundo subjetivo es una agonía impensable y los desórdenes ocurridos tienen por base, problemas de comunicación durante los primeros momentos de dependencia.

El tema ubica una segunda caracterización de esta organización defensiva como el principal problema del limítrofe, que está relacionado con la ausencia de una relación creativa (dado que es de sumisión) con los objetos y el miedo a la pérdida del contacto con el objeto, que se descubre en la clínica. La experiencia del trauma se ubica fundamentalmente en los estados excitados, cuando el bebé sale al encuentro del mundo para crearlo y a cambio es impelido a adaptarse a él.

Cuando por breves momentos puede surgir el verdadero *self*, ocurre la inminencia de un peligro, resulta atemorizante que un impulso verdadero y espontáneo surja

de sí, fuera de los parámetros de sumisión; la persona siente temor de perder el contacto con esa relación; que no está edificada a partir de un encuentro creativo sino que la relación es producida a partir de lo eficaz.

Lo que podría determinar su rumbo y su sentir se hallan alienados de sí mismo y sólo cuenta con la capacidad de adaptabilidad y de imitar para comportarse en el mundo y para indicarle lo que debe sentir.

Tiene que ver con ese alto grado de adaptabilidad que la persona limítrofe puede ofrecer una gran capacidad para, al adaptarse a las necesidades de los otros, y operar como una madre suficientemente buena, que alivia su sufrimiento. Pudiendo hacer cosas maravillosas y dar un sostén con gran habilidad. Pero estas cuestiones en realidad son parte de la organización defensiva que duran un breve período de tiempo.

Un tercer aspecto es lo que Winnicott llama “fuga para la salud” y en realidad, es una fuga obsesiva, de la desintegración que puede ser experimentada por cualquier individuo que está vivo: perder por momentos la orientación, sentirse irreal, desligarse del propio cuerpo, son experiencias a las que todo sujeto vivo y espontáneo puede acceder. Para los que llevan la marca de una experiencia de aniquilación perdida en la memoria, este tipo de experiencias no son posibles.

Esta fuga obsesiva, intelectualizante, es una organización que rigidiza, que mata la espontaneidad del *self* y de la vida cotidiana, volviéndose todo extremadamente organizado para que los imprevistos no ocurran. De ese modo, el mundo

permanece completamente exterior y no puede alcanzar ni alterar el núcleo del *self*, con el tremendo costo de sentir una vacuidad afectiva.

Cuando la persona tiene un gran potencial intelectual suele asociarse la defensa de falso *self* con la de intelecto escindido, en tal caso, el funcionamiento mental es el encargado de controlar, prever y organizar los acontecimientos a través de una hipermetalización de la vida, de un constante estado de alerta. La mente pasa a ocupar el lugar de protección de la madre.

La defensa del falso *self* tiene un peligro para el analista: se puede creer que todo está bien, tomando el rumbo correcto en la terapia, y el paciente contribuyendo a eso; pero, nada puede estar ocurriendo, puede haber un acuerdo tácito entre el falso *self* del paciente y del terapeuta en que se está analizando, cuando, en realidad, el verdadero *self* del paciente sigue oculto e intacto y el trabajo no ha avanzado.

El paciente es tratado como neurótico cuando en realidad, está frente a la gran necesidad de que su verdadero *self* sea encontrado por alguien altamente confiable, capaz de una *comunicación silenciosa* que sea testigo de su existencia.

Esquizoide

El esquizoide es aquel cuya dificultad radica en la relación con las cosas del mundo exterior o compartido. Las cosas u objetos de la realidad fuera de él, compartida o

consensual. Esta dificultad proviene de no sentir las cosas del mundo real, como tampoco, sentirse real él mismo.

Aunque el sentimiento de realidad siempre es variable, el esquizoide quedó de algún modo, encerrado en un mundo de imaginación, su sentido de realidad quedó restringido a su mundo subjetivo, generando dificultades con la presencia del mundo real en cuanto tal.

Situación que los diferencia de las organizaciones limítrofes, que dijimos, la dificultad radica en la ausencia de una relación creativa con el objeto y el miedo a la pérdida de este.

En principio, observamos que la defensa que caracteriza este cuadro es de tipo auto-traumatizante: el esquizoide organiza su propio caos, desintegrándose, como modo defensivo. El fronterizo, por el contrario, por temor a la desintegración, no hace uso de este tipo de defensa y prefiere una fuga obsesiva donde todo esté bajo control.

El esquizoide prefiere preservar el contacto con su creatividad y espontaneidad, con su mundo subjetivo, y para hacer frente a la agonía producida por la imprevisibilidad del ambiente, prefiere la desintegración producida por él mismo, evitando de ese modo, estar a merced de un ambiente inestable. Situación que nos lleva a pensar que el ambiente de donde surge un individuo esquizoide, no fue como el del limítrofe, rígidamente ordenado, sino que fue caótico.

Partir de un ambiente caótico implica, que el contacto con el objeto real fue una

experiencia caótica, imprevisible, desordenada que dio por resultado la imposibilidad de gestar el conjunto de memorias que permiten crear la propia historia, tener pasado, poder anticipar, predecir; enriquecerse a partir de la memoria de las experiencias. La temporalización y espacialización fueron dificultadas, por no saber cómo se daría el contacto y si éste acontecería, originando que siempre fuera necesario empezar todo de nuevo.

Hay falta de contacto con una experiencia real, falta de tiempo objetivo, externo, ante los cuales, la creatividad y la espontaneidad pueden ser apagadas. Sin experiencia de contactos se debe prevenir todos los pasos, no hay historia garantida, no hay un recorrido ya establecido. Ocurre una parálisis, un miedo de avanzar en cualquier dirección, porque el sólo hecho de estar vivo amenaza una continuidad casi inexistente.

La agonía impensable que desintegra, de hecho lo hace disociando los elementos de la personalidad, se abre espacio para una escisión en la que es posible “distinguir entre el fantaseo que, que paraliza la acción, y la verdadera planificación, que tiene que ver con el ansia de acción.” (1971)

Frente a esta situación el contacto se vuelve irreal y el mundo se vuelve irreal. El mundo interno está amenazado con desaparecer, pero el esquizoide se aferra a no perder su incipiente *self* para vivir en él. Y, a diferencia de los limítrofes, se relaciona con su mundo subjetivo; pero, ha perdido la posibilidad de relacionarse

con cualquier objeto externo o cualquier cosa que no sea su propio *self*.

En ese ámbito interno, cerrado, puede desarrollarse una especie de delirio de omnipotencia, contra la presencia de cualquier cosa efectivamente real, fuera de si mismo. Si la persona es solicitada para que actúe con las cosas objetivas del mundo habrá un intento de subjetivización de lo externo, si no se puede, se sentirá arrasado y dominado por el mundo y los otros. En esas situaciones el esquizoide se retrae, queda afuera, aislado, fuera de contacto, irreal.

Y, precisa mantenerse en soledad para recuperarse del sentimiento de haber sido invadido brutalmente, porque cualquier cosa que provenga del mundo exterior será invasiva. La realidad externa será vivida como una afrenta por el sólo hecho de su mera existencia, por su sola presencia. De ese modo, la orientación en el tiempo y espacio objetivos podrán, también, llegar a ser opresivos.

Quizá nunca encuentre un sitio donde vivir, donde habitar y no sentirse constantemente exiliado, un espacio externo que viva como estar “en casa”; o use ropas de tamaño desproporcional o no acordes a la temperatura del ambiente porque no haya contacto con el espacio de su cuerpo o con la realidad del ambiente exterior.

Otro aspecto central en el cuadro esquizoide lo hallamos al revisar los estados tranquilos y su recogimiento en el mundo subjetivo. Señalamos que el aislamiento en ese momento no es defensivo, que es la matriz de la capacidad para estar solo en

presencia de alguien, sin sentirse invadido. Para disfrutar de una no-integración y relajamientos propios de sentirse seguro y confiado, del cual surgirá, en el momento propicio, un gesto de búsqueda en el mundo, un gesto que por ser creativo promoverá un sentimiento de vivo y real.

Lo contrario a esta situación, está dada por una vida, sustentada en un patrón de reacciones a situaciones invasivas, que irrumpen en la continuidad. El sentido del ser se pierde, la confiabilidad se pierde y el medio para recuperar la confianza es volver a un estado de asilamiento, pero que en este caso es *defensivo*. Esta situación ya no beneficia a la persona por tornarse una *organización defensiva* y no una posibilidad de descanso. No se vuelve a la no-integración sino que, a cambio, la defensa es la desintegración.

Sin esa posibilidad de descanso y de contacto con el propio mundo subjetivo el gesto espontáneo, que surge de estos estados de no-excitación, estará alienado de base. El contacto con la realidad compartida, propia de los estados excitados, se asienta en la posibilidad de contacto del *self* en los estados tranquilos, cuestión que es impedida si se necesita recurrir a una organización defensiva. El núcleo de los cuadros de esquizoidía tiene base en esta situación.

“Es señal de salud que el niño sea capaz de usar las relaciones en las que tiene máxima confianza para, a veces, desintegrarse, despersonalizarse y aun, por un momento, abandonar el impulso casi fundamental a existir y sentirse existente.”
(1970a)

Cuando, por el contrario, la persona no puede acceder a los estados tranquilos, se observa que hay gran ansiedad en relación a la tranquilidad o al tiempo, la ausencia de tensión es vivida como ausencia de vida, por lo tanto se evitan los intervalos donde hay tranquilidad o ausencia de excitación. Winnicott describe la situación dando un ejemplo de la introversión precoz, donde “el individuo vive en este medio circundante que es él mismo, y bien pobre que es su vida. No hay crecimiento porque no hay enriquecimiento a partir de la realidad externa.” (1945)

Un último aspecto a considerar es la imposibilidad del esquizoide de usar la defensa del falso *self*. El esquizoide tiene un dilema fundamental en relación a su propia vida: poder creer en algo, poder confiar. Saber si él vive en una realidad o todo es irreal, si el mundo lo es, si él mismo es real o no, o todo pasa a ser una mentira; es la extrema fragilidad del sentido de realidad del mundo externo y de sí mismo. Pero no buscan la conciliación a través de un acto sentido falso, por el contrario, hay una búsqueda constante de una verdad que los sostenga sin que haya una traición de su *self*. Un falso *self* es intolerable para ese dilema, por lo tanto, no desarrollan la capacidad para tolerar una adaptación, ya que implica una pérdida de dignidad personal.

En este sentido, Winnicott relaciona el trabajo del artista con el aspecto esquizoide dado que los artistas tienen el coraje de estar en contacto con sus procesos primitivos, a los cuales el neurótico no tolera llegar y las personas sanas dejan pasar

de largo para su propio empobrecimiento. La expresión artística demuestra, al igual que el esquizoide, de la fragilidad y precariedad del contacto con el mundo a través de la creatividad. Y, de igual modo, el artista intenta sacar a la luz en esa precariedad, aspectos de su verdadero *self* en un gesto espontáneo.

La opción de la clínica de lo esquizoide radica en este punto. Tender puentes entre la vivencia del mundo subjetivo, de lo espontáneo, sin pérdida de la dignidad personal, con la realidad compartida o exterior. Ese puente es la *ilusión* de poder crear el mundo y de que ese mundo está ahí, existe y es real, a partir del mundo subjetivo.

Naturaleza de la Psicosis según Winnicott

Diferencias con el Psicoanálisis tradicional

Winnicott se pregunta por la salud en la vida, y responde que se relaciona con el hecho de ser, “ser y sentirse real tiene que ver fundamentalmente con la salud” (1967) dado que “hay un vínculo entre la salud emocional del individuo y el sentirse real.”(1967)

Tener acceso a los sentimientos de realidad y de vida se halla fundamentado en los cuidados que se le proporcionaron a la criatura durante su época más temprana, sobre esa base se encuentran la salud psíquica del futuro adulto.

La teoría de la psicosis de Winnicott se centra en este aspecto, “la salud mental del

individuo queda establecida desde los inicios por la madre, simplemente gracias al cuidado total que le brinda al hijo." (1966)

Ubicar la salud de este modo lo lleva a enunciar una serie de experiencias que ocurren cuando la tendencia de un desarrollo saludable se ha roto y, a cambio, se han organizado rígidas defensas que protegen a la persona de la angustia vivida, de sentirse "irreales, se sentirse poseídos, de sentir que no son ellos mismos, de sufrir una caída interminable, de estar privados de toda orientación, de estar desligados de su cuerpo, de ser aniquilados, de no ser nada ni estar en ningún lugar." (1967)

Winnicott piensa los trastornos esquizofrénicos, no como una enfermedad como tal sino, como "los aspectos *negativos* de los procesos *positivos* de maduración del yo, que pueden rastrearse en la infancia." (1963)

Entonces, la psicosis, no es entendida a partir de magnitudes pulsionales o de fuerzas que actúan en el interior del bebé: sino que resulta de fallas ambientales traumáticas.

El ser humano es lanzado al mundo, por lo tanto está a merced, en su constitución psíquica, de factores imponderables, tales como la salud psíquica de la madre o la suerte.

En cambio, el Psicoanálisis tradicional apunta hacia otros lugares, de orden intrapsíquico: el retorno de la libido a un punto de fijación en el estadio narcisista.

Explicando así, la posición freudiana, que la psicosis es la perturbación del vínculo

con la realidad, dado a partir de los efectos traumáticos de la castración.

El proceso se desarrolla a partir de una fijación especialmente intensa durante la etapa narcisista, hace que luego, en la etapa fálica, el individuo no tolere la realidad de la castración (de la diferencia de los sexos), realidad que necesita ser negada para mantener una completud imaginaria que permite la idealización narcisista.

El psicótico rechaza la inscripción en la castración en cuanto realidad psíquica; no puede soportarla dado la amenaza contra la integridad de su narcisismo, se organizan defensas que parten de esta angustia, de ese modo, se vuelve psicótico.

Tanto para Freud como para Klein los factores intrapsíquicos propios del ser humano tales como pulsiones sexuales, pulsión de muerte o envidia innata serán determinantes en la formación de psicosis.

Por el contrario, para Winnicott, la psicosis no puede ser definida en términos de sexualidad pre-edípica o pre-genital, complejo de Edipo y castración; sino bajo lo propio y determinante del ser humano: en el comienzo, hay una relación.

De tal modo, hallamos que la salud puede ser estudiada bajo el concepto de *mutualidad, de relacionamiento*; la psicosis que aparece como su negativo, la falla de esa relación.

Para aclarar este aspecto es necesario hacer una consideración. Winnicott caracteriza el inicio del ser humano como una unidad formada entre el bebé y el cuidado materno, *la infancia como un estado*; esta unidad permite el establecimiento

del *self* verdadero a partir de núcleo heredado. De lo que se trata en ese momento es de la constitución del *self* en base a la mutualidad.

Este aspecto se opone a la consideración de postular en el inicio, tal como lo hace la antropología estructural (Lévy-Strauss) y el Psicoanálisis (Lacan) una estructura inconsciente pre-establecida, “y mucho menos que esa estructura tenga una ley que fundamente un orden psíquico” (Moure, 2000).

Winnicott articula su explicación a partir de la unidad psicosomática, no en términos de inconsciente o de elementos reprimidos (de un inconsciente articulado como un lenguaje), de una estructura simbólica pre-establecida a la que el infante adviene; sino, bajo la constitución del *self*. Situación que será posible por la experiencia de mutualidad entre el bebé y los cuidados maternos, que dará como resultado la creación del objeto subjetivo y la experiencia de ser ese objeto.

Observamos que el *self* verdadero no está dado por una estructura *a priori* o leyes de esa estructura, como sustentaría Levy-Strauss, sino por el desenvolvimiento del mundo subjetivo.

“En caso de estructuralismo, tenemos un *a priori* como fundamento: el inconsciente. En caso de Winnicott, se deshace del *a priori*: el fundamento es una encuentro (relación) que acontece en el campo de la corporeidad.” (Moure, 2000)

Es importante considerar este aspecto al pensar las psicosis, dado que para el comienzo de la vida, durante la formación del objeto subjetivo y por eso, la experiencia de ser, postulamos un viraje, un giro conceptual en la teoría

psicoanalítica: *de un inconsciente reprimido a un inconsciente no-acontecido.*

Un camino hacia la cura

Al postular un inconsciente no-acontecido en el origen, se abren nuevas posibilidades para el recorrido terapéutico. No es nuestra intención abarcar lo extenso de la propuesta winnicottiana en este apartado, pero sí definir una cuestión central para el campo de la clínica y que implica una diferente conceptualización del *setting* analítico y de la función del analista.

Tradicionalmente el concepto de *regresión*, dentro del *setting* analítico que apunta al trabajo y comprensión del campo de la neurosis, consiste en establecer una línea intrapsíquica, descendente, de la pulsión sexual, de las distintas fuerzas que se alojan en torno a los puntos de fijación, de las diferentes fases libidinales (pre-genitales). Este es un tipo de regresión que puede explicar muchas situaciones de la condición neurótica, en la que se trata de restablecer los nexos reprimidos a la conciencia, provenientes de conflictos pulsionales a partir de las relaciones interpersonales, en sujetos que ya han establecido su personalidad y cuyos conflictos son de orden intrapsíquicos.

Setting analítico que es insuficiente para dar cabida a los fenómenos de orden psicótico, dado que el sufrimiento no parte de fuerzas pulsionales, sino que se halla

en la imposibilidad de constitución de la personalidad.

Por esto, Winnicott considera otro tipo de *regresión* de acuerdo a su propuesta de la Naturaleza Humana, y que, en la clínica manifiestan los pacientes con algún tipo de configuración esquizoide o psicótica.

A través de la transferencia y gracias a ella, el paciente hace una *regresión hacia la dependencia*. Nos apartamos del orden intrapsíquico y hallamos al ambiente y la necesidad del paciente de establecer una regresión que le permita volver a ese estado inicial en el cual el ambiente está presente y sostiene, permitiendo una dependencia necesaria para la constitución del yo.

“Se trata de la tendencia al restablecimiento de la dependencia, y en consecuencia el comportamiento del ambiente pasa a ser algo que no puede ignorarse... Representa una indicación del paciente al analista acerca de cómo debe comportarse este último, más bien acerca de cómo debe interpretar al paciente.” (1959-64)

Hay una regresión, no a un punto de fijación libidinal, sino a la primera relación, de mutualidad, entre ese paciente de bebé y los cuidados maternos recibidos. Esto es posible, porque el paciente reconoce una provisión ambiental (terapeuta) de sostén y confiabilidad, que le posibilita retornar al estado de dependencia.

“La regresión representa la esperanza del individuo psicótico de que puedan revivirse ciertos aspectos del ambiente que originalmente fallaron, pero revivirlos de un modo tal que en lugar de fallar en su función de desarrollar y madurar la tendencia heredada, esa vez tengan éxito.” (1959-64)

El paciente tiende hacia la regresión a la dependencia por una capacidad, de él mismo, para producir un cambio significativo, la autocuración; para esto, buscará al analista, que sensible a su necesidad de sostén, será la *primera persona en su vida* de ofrecer ciertas cosas que llamamos “ambiente suficientemente bueno”, las mismas que en su momento el ambiente no pudo ofrecer.

Regredir a un estado de dependencia es una necesidad, no de la técnica winnicottiana o del analista, sino del mismo paciente para volver a establecer un estado de cosas, que implique hacer la experiencia de estar y sentirse sostenido: de poder entregarse a ser cuidado; para dejar de habitar la vida sólo en un aspecto mental, de falso *self* o de auto-sostén.

Esta experiencia implica *confiar* “contar con”. El analista promueve un *setting* donde esto sea posible, para eso se necesita mucho tiempo. No apura el proceso, espera y espera; porque confiar significa vencer toda la desesperanza y el auto-sostén al que recurrió la persona para sobrevivir.

No ofrece interpretaciones que, aunque puedan ser brillantes, operarían atascando el desarrollo del marco de confianza. “El analista tendrá que ser capaz de interpretar el rol de la madre para el infante del paciente. Esto significa brindar un yo auxiliar en gran escala”. (1960c)

El paciente se volverá dependiente y el analista se identificará con el paciente, incluso se fusionará con él. En la actual relación de mutualidad se producirá un encuentro fundante del *self*, a partir de la realización del objeto subjetivo.

De igual modo que en los primeros momentos de vida, la palabra clave sigue siendo *confiabilidad*, esto implica la consistencia del terapeuta, resguardando al paciente de lo imprevisible, cuidarlo de: los cambios de horario, de los cambios de consultorio, de tomarse vacaciones y no avisar con suficiente tiempo e incluso de no morirse. El terapeuta hará todo lo que esté a su disposición para que no se altere el marco, para que a través de la constancia no sea interrumpido el proceso de llegar a ser.

En este marco de regresión no hay lugar para interpretaciones de orden libidinal, porque antes de eso, el paciente necesita constituir su yo para poder, entonces, experimentarlas, de otro modo estas interpretaciones serán vividas como invasiones para su yo inmaduro, dado que pondrán en evidencia la exterioridad y separación del analista de él mismo, impidiendo así, la configuración del momento creativo de omnipotencia que ofrece el objeto-subjetivo.

Otro aspecto del mismo tema necesario de considerar, es que la necesidad de regresión del paciente se debe a que encuentra el marco apropiado para acceder a la "locura original" que en él habita sin haber sido experimentada. La locura aconteció en una fracción de segundo, en que él dejó de ser para convertirse en la reacción y originar la agonía impensable, a partir de la que se organizó toda la vida para evitar una repetición.

En la regresión, por primera vez, se prepara la situación para vivir esa locura dentro del campo de la conciencia, con el yo que pueda abarcarla y verbalizarla, para que

la locura entre dentro del campo de omnipotencia de yo.

El paciente vive una compulsión que lo ubica en un delicado equilibrio entre el miedo a esa locura vivida, pero no experimentada y la necesidad de estar loco. “El problema consiste en que las agonías impensables *no pueden pertenecer al pasado a menos que puedan ser experimentadas por primera vez en el presente.*” (1988 Dias)

Recordemos, las fallas acontecidas entonces, no pudieron ser experimentadas porque no había allí un yo que pudiera hacerlo. En un momento del bebé que todavía “no existe” sino sólo en una condición de unión a su madre, y esa unión está gestando las condiciones de posibilidad de existir luego, en forma separada. Hay algo estructural sucediendo, se está gestando la matriz para todos los encuentros posibles, el fundamento de los vínculos de que está compuesto el existir.

Entonces, el derrumbe tan temido y el colapso de las defensas se harán presentes en el tratamiento clínico; la necesidad es de regresar a un momento anterior al colapso (un momento anterior a la pérdida de la esperanza), y experimentar aquel momento pero ahora, en el presente, dando cabida a que el yo lo reconozca como experiencia y abarcarlo dentro del ámbito de su omnipotencia.

¿Cómo se produce la experiencia en el presente? A partir de una *falla* actual. Se presenta aquí un aspecto técnico de los más fecundos del pensamiento winnicottiano: el *uso de la falla* del analista.

Como todo ser humano, como la madre en los primeros momentos, el analista,

incurrirá en fallas, que quebrarán el estado de continuidad y confianza, situación traumática similar, a la vivida en la época temprana del paciente.

Pero esta vez, junto con la participación del analista, las fallas no experimentadas, “algo tuvo lugar sin encontrar su lugar psíquico”⁵, cambiarán su condición al ser interpretadas como *fallas del ambiente*.

“Esto sólo puede acontecer en condiciones especiales como las de un *setting* analítico, el cual, en virtud de haber sido construido en un alto grado de confiabilidad, el paciente se permite, con el soporte del analista, la locura que sólo es permitida a los bebés” (Dias, 1988)

Con la interpretación del analista, el paciente aprovecha estas fallas que repiten la intrusión temprana, que ahora reconfiguradas en la relación terapéutica pueden comenzar a formar parte del psiquismo.

La falla debe ser entendida en el marco de la dependencia, el paciente, gracias a un *setting* de confiabilidad se permite estar no-integrado, dependiente y fundido con el analista. Cualquier incursión del analista, fuera del ámbito de la omnipotencia del paciente, podrá ser experimentado como una falla. Pudiéndose aprovechar la ocasión para que aquella falla sufrida entonces, pueda ocupar un lugar psíquico ahora.

De lo expuesto, desprendemos un uso diferente del concepto central del Psicoanálisis: la transferencia. Tradicionalmente ésta es ubicada como un modo

⁵ Prefacio de Pontalis a “Juego y Realidad” de Editorial Gedisa, 2001.

defensivo de los elementos reprimidos para acceder a la conciencia, situación que caracteriza la neurosis. Mientras que bajo esta nueva luz, es posible considerar la transferencia como aquello que, en definitiva, permite *venir a ser* al paciente.

Entonces, la regresión a la dependencia y el uso terapéutico de la falla permitirá el trabajo sobre las cuestiones clínicas por excelencia para este tipo de sufrimiento, que estará centrado en la *recuperación del gesto espontáneo*, que es creativo, y que permitirá poner en marcha al paciente, en el mundo; situación dificultada o por agonías impensables o por impedimentos del ambiente al ser poco poroso.

Este aspecto, enfocará el trabajo clínico hacia los lugares que permitan una apropiación de las cuestiones fundamentales del ser humano, tales como el origen de sí, su precariedad que es ontológica, el sufrimiento que cobra sentido y da un lugar original en el mundo, la vocación, soñar el futuro: la esperanza.

Para finalizar, recordamos que Winnicott dio una conferencia en Octubre de 1970, en la Iglesia de San Lucas, poco antes de su muerte en Enero de 1971; en ella, recuerda al auditorio que la palabra “cura” en su raíz etimológica significa “cuidado”.

CONCLUSIONES

“Toda vida real es encuentro. El encuentro no se da en el tiempo y en el espacio, sino que el espacio y el tiempo se dan en el encuentro”
Martin Buber

La propuesta del presente trabajo es la de profundizar y ampliar el entendimiento de un tipo de sufrimiento, comúnmente denominado en la clínica de angustia psicótica, que desde el marco teórico elegido, llamamos *agonía impensable*; sufrimiento observado en personalidades con organizaciones esquizoides, borderline y psicóticas, marcadas por recursos defensivos del tipo de la escisión de la misma personalidad.

El motivo de esta elección fue generado por la creciente experiencia de estos fenómenos dentro del campo clínico, al mismo tiempo de constatar, lo insuficiente de los recursos que ofrece el Modelo Psiquiátrico y las Neurociencias al proponer una cura para este tipo de cuadros. Por otra parte, tampoco el Psicoanálisis tradicional, enfocado en promover soluciones al sufrimiento neurótico, acierta en la extrapolación de la técnica cuando el cuadro se organiza a partir de agonías impensables, propio de la psicosis. Razones por las cuales, al intentar responder las preguntas que nos formulamos acerca de las etiologías posibles, prevención y cura, esos marcos teóricos no pudieron dar cabal cuenta de este tipo de padecimientos.

Por lo tanto, nuestra decisión fue la de enfocar el estudio desde la Perspectiva

winnicottiana, dado que abarca a lo largo de su desarrollo, todas las áreas requeridas para dar curso a nuestra investigación. Consideramos que la contribución winnicottiana resulta clave para investigar estos fenómenos, por estar enfocada especialmente en descubrir, a partir de la clínica, los fenómenos implicados en este padecimiento; que por otra parte, fueron considerados por Winnicott como el reverso de la salud, de aquello que se hace presente cuando los procesos emocionales saludables se alteran.

Y, en última instancia, nuestra elección también fue debida a que aún el Modelo ontológico de salud y enfermedad propuesto por Winnicott no fue suficientemente estudiado, ni reconocido, en cuanto su relevancia respecto los aportes teóricos y clínicos.

Recordemos que nuestras preguntas de trabajo se enfocaron en determinar ¿qué son las psicosis y cuáles pueden ser las etiologías posibles del cuadro? Para dar respuesta a las mismas, basamos nuestra investigación en la visión ontológica y clínica que Winnicott tiene acerca de la Naturaleza Humana, esto es, de aquello propio del ser humano que permite una base para hablar acerca de la salud y padecimiento psíquicos. Eso significa que las concepciones vertidas en su teoría acerca de la naturaleza humana, son su punto nuclear y de donde parte su visión al considerar el sufrimiento psíquico.

En primera instancia, a partir de nuestra revisión, observamos que Winnicott no

propone entidades patológicas o categorías de enfermedad para la explicación de la psicosis, sino por el contrario, ofrece una propuesta que parte de una visión ontológica acerca del ser humano, de la capacidad del ser humano para ser-en-el-mundo, misma que se torna fecunda gracias a la presencia de otro.

En nuestro trabajo hemos considerado varios aspectos significativos de este enfoque con miras a comprender lo propio de la salud del ser humano. Winnicott pone el acento, para la formación de la vivencia humana, partir de una configuración psique-cuerpo, una unión que se caracteriza por ser débil, que fácilmente puede llegar a perderse y que tiende a la unidad. El ser humano puede sentirse vivo y real, si esta unión ha sido lograda, es la base para ser-ahí, tener un cuerpo para habitar el mundo.

Pero este cuerpo no está dado (psíquicamente) al comienzo; en los momentos tempranos del bebé, acceder a él se plantea como una conquista.

Poder unificarse con el cuerpo, integrarse en el espacio y el tiempo y llegar a crear un mundo subjetivo, en el cual, se fundamente luego, la relación con la realidad exterior o compartida, son todas tareas-conquistas que la misma naturaleza humana le impone al nuevo ser, para poder sentirse vivo y real, para poder ser y hacer, para existir.

Pero, para la realización de todas estas tareas hay un requisito: no pueden ser hechas sin la presencia del otro. No es a través del propio desarrollo, que por fuerza biológica se llega a plasmar, no es por la propia voluntad de crecer del

bebé tampoco.

Hallamos aquí el punto nuclear en la ontología winnicottiana, la realización del ser humano en el mundo es una posibilidad que sólo se verá concretada por la existencia de otro. Llegar a ser sólo es posible a través del ser del otro. Podemos enunciarlo de otro modo: es el otro, quien a través del establecer una comunicación, transmite nuestro propio ser.

En este marco conceptual observamos dos aspectos centrales para entender la psicosis: la relevancia del *ambiente* en los momentos tempranos de conformación psíquica y el establecimiento de una *comunicación silenciosa* por parte de la madre, que por no ser invasiva, por no interrumpir y ofrecer continuidad, puede transmitir el ser; que entonces, no necesita reaccionar ante los ataques del exterior y se le permite continuar siendo.

Nos introducimos de este modo en el núcleo mismo de la afección esquizoide y la psicosis, siendo que las bases de la salud se hallan soportadas en estos conceptos.

Durante la investigación nos fue revelado que aquello que aparece bajo el nombre clásico de patologías psicóticas y esquizoides, como enfermedades clasificables, no es otra cosa que la expresión de la interrupción del proceso de la naturaleza humana que lleva a plasmar el ser, del llegar-a-ser, del ser en el mundo.

Interrupción, que observamos, se debe a la necesidad de reaccionar frente a un

ambiente que no provee el suficiente sostén (*holding*). Entonces, se deja de lado el ser, para convertirse en ser la reacción, en la búsqueda de mecanismos que permitan no experimentar la *agonía impensable* que ocurre cuando el ambiente *falla*.

Esta reacción se plasma a través de diferentes *organizaciones defensivas* (en las que siempre está en juego la escisión de la personalidad) y que tienen por objetivo no experimentar las agonías impensables.

Consideramos poder confirmar nuestra hipótesis de trabajo al ubicar que los fenómenos esquizoides son organizaciones defensivas y no categorías patológicas; que intentan, al organizarse, anular la vivencia de una agonía impensable, que ha sido provocada por las fallas del ambiente.

Por lo tanto, el término psicosis se refiere, en la clasificación winnicottiana, a la organización defensiva proveniente de aquellos disturbios que ocurrieron en los momentos más precoces de la vida, como fallas en la estructuración de la personalidad o del yo; cuya implicancia apunta hacia fallas en el ambiente y no hacia factores constitucionales o hereditarios. La psicosis es la interrupción del proceso de integración, propio del ser humano. El individuo permanece vivo, pero ya no consigue sentirse vivo y vivir.

Un segundo aspecto en juego será la implicancia de, aparentemente, la dificultad para acceder a una realidad compartida (externa), cuando en realidad, la

dificultad principal se halla en la organización de una realidad subjetiva, propia, que emane del propio ser y otorgue cualidades de viveza y realidad, propias de la vida y el mundo.

Falla en la organización subjetiva que dará como producto una falta de relación verdadera con la realidad externa o compartida. Interrupción de la integración de la personalidad que dificulta el acceso de los diferentes sentidos de realidad y que aparece notorio, al compartir una realidad externa.

Un tercer punto que se desprende de lo dicho, concierne a la etiología, al plantear la dependencia: se propone la infancia como un estado, que presupone en las fallas del ambiente la conformación de las etiologías posibles. Ya en 1965 Winnicott concebía que la psicosis tiene su punto de origen en la etapa anterior al establecimiento de la personalidad y que las fallas, en realidad, afectan la organización de la misma.

El origen del sufrimiento se halla en las fallas ambientales (madre como objeto y ambiente) que alteraron el establecimiento del ser, por tener éste, que reaccionar a las mismas. Por lo tanto, las agonías impensables son causadas por las fallas ambientales en los momentos de dependencia absoluta, que impiden el proceso de integración; de este modo, las afecciones psicóticas se muestran como el reverso de la experiencia humana, *la imposibilidad de sentirse nacido*. Corroboramos que al señalar la etiología dentro del campo de la experiencia humana, nos es dable ubicar la prevención como un nuevo campo que se abre si

consideramos las tareas que realiza todo ser humano cuando bebé, en la conquista de su propia experiencia.

Finalmente, un cuarto aspecto se relaciona con la cura y que implica la especialización del *setting* analítico. En la propuesta terapéutica de Winnicott sobresale un aspecto fundamental que es el estado de *regresión* que promueve la cura

“La locura que es temida pero no alcanzada sin la provisión de un nuevo ejemplo de cuidados infantiles, unos cuidados mejores en el análisis que durante la infancia del paciente. Pero, les ruego que tomen nota, el análisis llega, debe llegar a la locura, aunque el diagnóstico sea de neurosis y no de psicosis” (1952).

En el proceso de cura y en el *setting* analítico el terapeuta se enfrenta a esta situación. Todo lo que ocurrió con ese ser humano, fue lo que no ocurrió, fue la no constitución del *self*, la interrupción de la integración que lo llevara a establecer vínculos reales.

Al hablar de regresión, esta es la cuestión en juego, la propia necesidad del paciente de regresar a un estado de dependencia, al momento de no integración cuando ocurrió la falla, para ahora sí, recibir el cuidado adecuado que le permita integrarse y comenzar a vivir, a experimentar la vida real.

El *setting* analítico, en la regresión, proveerá un ambiente, atmósfera, donde sea posible comenzar a habitar, sentirse seguro, ambiente con continuidad y

previsión, para comenzar a ser. El *holding* del analista provee esta cualidad dentro del *setting*. Ofrece un soporte, dando cabida a la no integración, para que el proceso de integración comience.

El paciente puede así regresar a su dependencia y experimentar las condiciones de confianza que desarrollen una primera experiencia de mutualidad, de poder ser junto a otro. Comienza a establecerse el *self* que, es el que puede vivir la realidad de los vínculos y el mundo.

Por último, señalamos que la posibilidad de acceder a la constitución del *self*, dada por las tareas-conquistas, de la constitución de una realidad subjetiva que permite alcanzar una realidad compartida, del vivir en un tiempo y en un espacio, se hallan íntimamente entrelazadas en el desarrollo de un espacio potencial dado en el jugar entre el terapeuta y el paciente, una mutualidad que se crea al establecer una comunicación silenciosa entre ambos.

Bibliografía

Abadi, S. (1996). *Transiciones. El modelo terapéutico de D. W. Winnicott*. Buenos Aires: Editorial Lumen.

Asociación Psiquiatría Americana. (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.

Broustra, J. (1979). *La Esquizofrenia*. Barcelona: Editorial Herder.

Castle, D. J., Sham, P. C., Wessely, S. & Murray, R. M. (1994). The Subtyping of schizophrenia in men and women: a latent class analysis. *Psychol Med*, 24: 41-51.

Colodrón, A. (1990). *Las Esquizofrenias. Síndrome de Kraepelin-Bleuler*. España: Siglo Veintiuno.

Corres A., P. (2001). *Alteridad y Tiempo en el sujeto y la historia*. México D.F: De. Fontamara.

Dias O., E. (1988). *A Teoria das psicosis em D. W. Winnicott*. Tesis de doctorado para la obtención del título de Doctor en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica. Sao Paulo. Brasil.

_____ (2003). *A Teoria do Amadurecimento de D. W. Winnicott*. Brasil: Imago editora.

Freud, S. (1892-1899/1980). *Fragmentos de la Correspondencia con Fliess*. Obras Completas. Vol. I Buenos Aires: Amorrortu Editores.

_____ (1893/1980). *Estudios sobre la histeria, Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos: comunicación preliminar*. Obras Completas, Vol. II Buenos Aires: Amorrortu Editores.

_____ (1893-95/1980). *Estudios sobre la histeria, Sobre la psicoterapia de la histeria*. Obras Completas, Vol. II Buenos Aires: Amorrortu Editores.

_____ (1894/1980). *Neuropsicosis de Defensa*. Obras Completas, Vol. III Buenos Aires: Amorrortu Editores.

_____ (1896/1980). *Nuevas Puntualizaciones sobre las Neuropsicosis de Defensa*. Obras Completas, Vol. III Buenos Aires: Amorrortu Editores.

_____ (1911/1980). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente*. Obras Completas, Vol. XII Buenos Aires: Amorrortu Editores.

_____ (1914/1980). *Introducción del Narcisismo*. Obras Completas, Vol. XIV Buenos Aires: Amorrortu Editores.

_____ (1915/1980). *La Represión*. Obras Completas, Vol. XIV Buenos Aires: Amorrortu Editores.

_____ (1915/1980). *Lo Inconsciente*. Obras Completas, Vol. XIV Buenos Aires: Amorrortu Editores.

_____ (1917/1980). *Duelo y Melancolía*. Obras Completas. Vol. XIV Buenos Aires: Amorrortu Editores.

_____ (1920/1980). *Más allá del Principio de Placer*. Obras Completas. Vol. XVIII Buenos Aires: Amorrortu Editores.

_____ (1923/1980). *Neurosis y Psicosis*. Obras Completas Vol. XIX Buenos Aires: Amorrortu Editores.

_____ (1924/1980). *Pérdida de la Realidad en la Neurosis y Psicosis*. Obras Completas Vol. XIX Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Friston, K.J. (1999). Schizophrenia and the disconnection hypothesis. *Acta Psychiatr Scand.* 395 (suppl): 68-79.

Goldstein, J.M., Santangelo S.L., Simpson, J.C. & Tsuang, M.T. (1990). The Role of gender in identifying subtypes of schizophrenia: A latent class analytical approach. *Schizophr Bull*; 2: 263-275.

Heidegger, M. (1927/1993). *El ser y el tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica.

Kety, S.S. y cols. (1968). The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. En *Rosenthal y Kety ed. The Transmission of schizophrenia*. Oxford: Pergamon Press. 345-362

Kolb, L. (1992). *Psiquiatría Clínica Moderna*. México: La Prensa Médica Mexicana.

Lacan, J. (1932/1975) *De La Psicosis Paranoica en sus Relaciones con la Personalidad*. México: Siglo XXI Editores.

- Laing, R.D. (1964/1975). *El Yo Dividido*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1981). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Labor.
- Liberman, D. (1978). *Comunicación y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Alex Editor.
- Loparic, Z. (1999, Mayo). *Heiddeger y Winnicott*. Ponencia presentada en el IV Forum de Daseinánalisis, Zurich, Suiza.
- McDonald, C., Fearon, P. & Murray, R.M. (2000) Neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia 12 years on: data and doubts. En: Rapoport, J. ed. *Childhood Onset of Adult Psychopathology*. Clinical and Research Advances. *American Psychiatric Press*. 2000: 193 -220.
- Minkowski, E. (1927/1997). *La Esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Moure, W. (2000). *O corpo espontâneo: sobre a corpoeridade na clínica*. Tese de dissertação de mestrado. Pontificia Universidade de São Paulo. São Paulo. Brasil.
- Murray, R.M. & Lewis, S.W. (1987) Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder? *Br Med*, 295: 681-682.
- Murray, R.M. (1994). Neurodevelopment schizophrenia: The rediscovery of dementia praecox. *Br J Psychiatry*; 165: 6-12.
- Obiols, J. El nuevo paradigma etiológico. Cap.1 En: Obiols, J. (2001) (Comp.) *Neurodesarrollo y esquizofrenia. Aproximaciones actuales*. En *Psiquiatría 21. Ars Médica*. Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.
- Obiols, J. y Obiols, J. (1989). *Esquizofrenia*. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud 2000. Barcelona: Ed. Martínez Roca
- Peralta Martín, V., Cuesta Zorita, M. J., Serrano Osés, J.F. Trastorno del neurodesarrollo: ¿hacia una nueva nosología de la esquizofrenia? Cap. 8 En: Obiols, J. (2001) (Comp.) *Neurodesarrollo y esquizofrenia. Aproximaciones actuales*. En *Psiquiatría 21. Ars Medica*. Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.
- Steiner, G. (1986) *Heiddeger*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Tsuang, M.T. y Vanderley, R. (1986) Critical review of recent adoption, twin and family studies of schizophrenia: behavioral genetics perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 2, 360-398.

Van Os, J. & Selte, J. (1998) Prenatal exposure to maternal stress and subsequent schizophrenia. The May 1940 invasion of The Netherlands. *Br J Psychiatry*. 172: 324-326.

Van Os, J., Verdoux, H., Maurice-Tison, S. Et al. (1999). Self reported psychosis-like symptoms and the continuum of psychosis. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 34: 459-463

Weinberger, D.R., Berman, K.F. & Zec, R.F. (1986) Physiologic dysfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia: I. Regional cerebral blood flow evidence. *Archives of General Psychiatry*, 43: 114-124.

Wender, P.H. & cols. (1974). Crossfostering: a research strategy for clarifying the role of genetic and experimental factors in the etiology of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 30, 112-118.

Winnicott, D. W. (1936/1981). *Apetito y trastorno emocional*. En: *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Laia.

_____ (1938, 1963, 1966/1998). *Tres reseñas de libros sobre el autismo*. En: *Acerca de los niños*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1945/1981). *Desarrollo emocional primitivo*. En: *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Laia.

_____ (1948/1981). *Pediatría y Psiquiatría*. En: *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Laia.

_____ (1949/1981). *La mente y su relación con el psiquesoma*. En: *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Laia.

_____ (1952/1981). *La angustia asociada con la inseguridad*. En: *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Laia.

_____ (1952a/1981). *La psicosis y el cuidado del niño*. En: *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Laia.

_____ (1956/1981). *Preocupación Maternal Primaria*. En: *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Laia.

_____ (1958/1996). *La capacidad para estar solo*. En: *Los Procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1959/1996). *La Familia y el desarrollo del individuo*. En: *Los Procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1959-64/1996). *La Clasificación: ¿Hay una contribución psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica?* En: *Los Procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1960/1996). *La teoría de la relación entre progenitores-infante*. En: *Los Procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1960a/1980). *A familia e maturidade emocional*. En: *A Família e o Desenvolvimento do Indivíduo*. Belo Horizonte: Interlivros.

_____ (1960b/1996). *La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso*. En: *Los Procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1960c/1996). *La contratransferencia*. En: *Los Procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1961/1996). *Psicoanálisis y ciencia: ¿amigos o parientes?* En: *El Hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un Psicoanalista*. Compilación: Clare Winnicott, Ray Shepherd, Madeleine Davis. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1962/1996). *La integración del yo en el desarrollo del niño*. En: *Los Procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1962a/1996). *La provisión para el niño en la salud y en la crisis*. En: *Los Procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1963/1996). *El desarrollo de la capacidad de preocupación por el otro*. En: *Los Procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1963a/1996). *De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo*. En: *Los Procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1963b/1996). *La ética y la educación*. En: *Los Procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1963c/1996). *Dependencia en los cuidados de la primera infancia y de la niñez, en el marco psicoanalítico*. En: *Los Procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1965/2004). *El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia*. En: *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Compilación: Clare Winnicott, Ray Shepherd, Madeleine Davis. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1965a/2004). *La psicología de la locura: una contribución psicoanalítica*. En: *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Compilación: Clare Winnicott, Ray Shepherd, Madeleine Davis. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1966, 1963, 1938/1998). *Tres reseñas de libros sobre el autismo* En: *Acerca de los niños*. Compiladores: Shepherd, R., Johns, J., Taylor Robinson, H. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1966a/1998). *Autismo*. En: *Acerca de los niños*. Compiladores: Shepherd, R., Johns, J., Taylor Robinson, H. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1967/1996). *El concepto del individuo sano*. En: *El Hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un Psicoanalista*. Compilación: Clare Winnicott, Ray Shepherd, Madeleine Davis. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1967a/1998). *La etiología de la esquizofrenia infantil en términos de la falla adaptativa*. En: *Acerca de los niños*. Compiladores: Shepherd, R., Johns, J., Taylor Robinson, H. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1967b/2004). *El concepto de regresión clínica comparado con el de organización defensiva*. En: *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Compiladores: Winnicott, C., Shepherd, R., Davis, M. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1968/1996). *Sum, yo soy*. En: *El Hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un Psicoanalista*. Compilación: Clare Winnicott, Ray Shepherd, Madeleine Davis. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1954–1970/1993). *La Naturaleza Humana*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1970/1996). *Vivir creativamente*. En: *El Hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un Psicoanalista*. Compilación: Clare Winnicott, Ray Shepherd, Madeleine Davis. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1970a/2004). *Sobre las bases del self en el cuerpo*. En: *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Compiladores: Winnicott, C., Shepherd, R., Davis, M. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1970b/1993). *Caos, Parte IV*. En: *La Naturaleza Humana*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

_____ (1971/2001). *Juego y Realidad*. Barcelona: Editorial Gedisa.

_____ (1990). *El Gesto Espontáneo. Cartas Escogidas*. Carta a Melanie Klein. (17 de noviembre de 1952). Compilador: Rodman Robert. España: Paidós.