



La experiencia terapéutica con un analista suficiente e insuficientemente bueno. Una contribución de Winnicott al Psicoanálisis Relacional.

Francesc Sáinz Bermejo¹ y Víctor Cabré Segarra²

Universidad Ramón Llull

En este artículo se reflexiona acerca de uno de los aspectos esenciales del psicoanálisis relacional: la experiencia terapéutica como elemento básico para el tratamiento. Parte del concepto winnicottiano de madre o entorno suficientemente bueno y lo extiende a la función del psicoanalista. Los autores proponen la idea de que la experiencia debe ser, al mismo tiempo, suficiente e insuficientemente buena, referida tanto a los cuidados infantiles, como a la función analítica. El analista para Winnicott, no es un mero receptáculo de la transferencia del paciente, cuya labor principal sería la interpretación, sino que éste debe facilitar al paciente una experiencia nueva con elementos positivos y a la vez permitiendo que el paciente encuentre las fallas de su entorno infantil, y debe reconocer que en determinados momentos es insuficientemente bueno y por lo tanto, falla al paciente. El método de Freud inauguró la posibilidad de abrir nuevos horizontes, y el psicoanálisis relacional se manifiesta muy pronto con las aportaciones de Ferenczi. Winnicott sigue la tradición iniciada por él. Se comenta el tema de la inmunidad del analista ortodoxo, poniendo el énfasis en la implicación del analista como sujeto. Se refiere el espacio terapéutico intersubjetivo, como un espacio transicional. La importancia de la mente que se defiende con un funcionamiento hipertrofico que impide la mentalización. Se analizan los dos sentidos que tiene el término “surrender”, como entrega y como sometimiento, entendiendo que si ha fracasado la experiencia de pertenecer a alguien como algo saludable, se da paso a la necesidad de buscar relaciones patológicas de sometimiento.

Palabras clave: Madre suficientemente buena, fallas ambientales identificaciones cruzadas, entregarse, someterse, miedo al derrumbe, mentalización, transicionalidad, intersubjetividad.

This article aims to study one of the essential aspects of relational psychoanalysis: the therapeutic experience as a basic element in treatment. Its starting point is the Winnicottian concept of a good-enough mother or environment, extending this to the psychoanalyst's work. The authors propose to add the idea that this experience should also be not good-enough, referring to both child-care and analytic function. For Winnicott the analyst is not a mere receptacle of patients' transference, whose main task is interpretation, but one who should provide the patient with a new experience, having both positive elements as well as allowing the patient to find the faults in his childhood environment. The analyst must recognise that at times he or she is not good-enough and so fails the patient. Freud's method allowed new horizons to be opened and relational psychoanalysis would emerge soon after with Ferenczi's contributions, and Winnicott would follow in his tradition. Mention is made of the immunity of the orthodox analyst, emphasising the implication of the analyst as a subject, and also of the intersubjective therapeutic space as a transitional space. Reference is also made to the significance of a mind defended by hypertrophied functioning which impedes mentalisation. The term “surrender” is analysed in both its senses: as ‘letting go’ and as submission, understanding that if what is understood as a healthy experience of belonging to someone has failed, then pathological, submissive relationships will be sought after.

Key Words: Good-enough mother, faults in holding environment, crossed identifications, submitting, fear of breakdown, mentalisation, transitionality, intersubjectivity.

English Title: The Therapeutic experience with an enough-good and good analyst

Cita bibliográfica / Reference citation: Sáinz Bermejo, F. y Cabré Segarra, V. (2012). La experiencia terapéutica con un analista suficiente e insuficientemente bueno. Una contribución de Winnicott al Psicoanálisis Relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (3): 570-586. [ISSN 1988-2939]

Introducción: Freud y el pensamiento relacional

Freud siguió la tradición de los grandes pensadores y filósofos en su proceder como teórico. Sus fuentes de información y de inspiración procedían de la literatura, los mitos y tragedias clásicas (las novelas de grandes escritores como Shakespeare, Tolstoi o Goethe) y del trato con pacientes surgió lo que llamamos, el método clínico.

Deberíamos añadir que su propia vida y vivencias formaban parte del patrimonio intelectual y emocional y que también sería decisivo en la construcción de sus modelos explicativos sobre lo humano y sus circunstancias.

Observar, pensar, sentir, vivir la vida y las experiencias; escribirlas, compartirlas y discutir las forman parte de un método para entender a las personas con sus glorias y sus miserias.

Nos encontramos en Freud un legado para seguir trabajando y pensando. Es posible que él fuera poco dado a aceptar las desviaciones que se podían dar de sus conceptos y reacio a incorporar las aportaciones de otros colegas, en aquel entonces, discípulos. Pero lo cierto es que fueron muchos los que partiendo del psicoanálisis que el construyó, fueron abriendo nuevos caminos para la clínica y las teorías. Freud creó también una escuela de autor, como habían hecho los filósofos antecesores, por ese motivo se estudia a Freud en filosofía, por ejemplo, como un filósofo más: "Freud y el psicoanálisis". De igual manera que en nuestro entorno, Armengol (1994) escribió un sugerente trabajo titulado "El pensamiento de Sócrates y el psicoanálisis de Freud", comparando y diferenciando algunos aspectos de su obra.

Los autores, padres de alguna escuela psicoanalítica, han procedido de igual forma. A nuestro modo de ver esta forma de hacer corre el riesgo de convertir las teorías en doctrinas y el exceso de personalización propicia actitudes serviles y a menudo poco creativas. Es interesante pensar que los pilares en los que se fundamenta una determinada teoría suele ser al mismo tiempo su propia flaqueza, tal como sugiere Bernardi (1994). El motivo hay que buscarlo en la necesidad de validar las propias convicciones lo cual puede ser el motivo más importante de la ceguera. De alguna manera la ciencia y el humanismo compartirían este mismo escollo: Tratar de demostrar aquello que va a favor de nuestras convicciones. Si uno se lo propone es posible confirmar las propias convicciones, tanto en lo empírico como en lo filosófico-humanístico.

Una de las líneas iniciadas por Freud puede llevar al pensamiento ortodoxo, clásico y de autor. Así lo encontramos en Lacan, que propone una relectura de Freud pero él mismo da nombre a una escuela de convicciones férreas, que no es nuestro propósito comentar en este escrito. Lo mismo sucede con Klein y los post kleinianos que han construido una sólida escuela psicoanalítica, aunque algunos de sus continuadores han gozado de creatividad en sus escritos, han mantenido su fidelidad a la autora y sus fundamentos teóricos, con escaso margen para la variación.

Otras líneas se abrieron partiendo del psicoanálisis de Freud. Fueron muchos los autores

que no crearon escuela pero que su pensamiento estuvo repleto de aportaciones de una importancia crucial para la evolución del pensamiento. Uno de ellos en vida de Freud, trató de convencer al maestro de algunos aspectos que consideraba erróneos, Sandor Ferenczi, al cual se le considera uno de los autores más importantes del pensamiento relacional (Mitchell, 1988, Avila, 2009, Coderch, 2010).

El psicoanálisis, fue desde su inicio, una teoría sobre el ser humano y una práctica clínica basada en la relacionalidad.

Pero se debe dejar claro que hay maneras distintas de comprender y de llevar a cabo la relacionalidad en psicoanálisis. Es por este motivo que surgió el llamado “Psicoanálisis Relacional”. Bajo esta denominación propuesta por algunos analistas norteamericanos, Mitchell y Aron entre otros, se fueron aglutinando formas de pensar dispares entre sí, con autores distintos y en general con un nexo común: la forma de pensar sobre los fenómenos psíquicos siempre está referida a la relación interpersonal y la forma de ejercer el trabajo clínico, siempre en referencia al trabajo compartido entre el analista y el paciente. Hablaremos de esto más adelante, pero por el momento no nos extenderemos sobre ello.

La forma de nombrar este tipo de análisis es nueva pero su concepción no, viene desde Ferenczi en los años treinta y coincidiendo con la mayoría de los autores que han hablado del tema, pensamos que el legado relacional en psicoanálisis se forjó en Europa, en tierras británicas con las aportaciones de los miembros del “independent Group”, anteriormente “middle Group”, en especial Fairbairn, Balint, Winnicott y Bowlby. Con Kohut, emigrante austriaco que desarrolló escuela propia, “la psicología del self”, sin reconocerlo en demasía, continuó y de alguna manera hizo algunas propuestas nuevas en la misma dirección. Cabe destacar también el psiquiatra estadounidense, no psicoanalista, H.S Sullivan con su enfoque denominado interpersonalista y tal como sugiere Ávila (2009) las aportaciones de Pichon-Riviere sobre la teoría del vínculo y su inequívoca denominación del psicoanálisis como una forma de psicología social.

Los enfoques actuales de los autores intersubjetivos (Stolorow, Atwood, Orange, entre otros) siguen trabajando con un modelo propio que a la vez puede ubicarse dentro de los principios básicos de la relacionalidad. Hoy día en Italia y en España son muchos los autores y profesionales que trabajan con este mismo enfoque.

La madre, el padre y el entorno suficientemente bueno

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

Probablemente lo que impulsó al autor a acuñar este concepto fue el deseo de reducir exigencias en las madres embarazadas que participaban en los grupos de sensibilización sobre temas emocionales. Si la madre podía permitirse ser suficientemente buena no le haría falta ser perfecta y eso la colocaría en un estado de humildad necesaria para aceptar los errores

cuando se produjeran. Podríamos incluso discutir si lo de suficiente (enough) no alberga exigencias ocultas. A fin de cuentas una nota académica de suficiente, significa haber aprobado o superado un examen. Quizás los adultos que se ocupan de la crianza de los niños no siempre logren semejante objetivo. Creemos que está en el espíritu winnicottiano la idea de poder suspender y de no estar a la altura de las circunstancias en todo momento.

Se podría traducir “enough” por “lo bastante” que llevaría consigo la idea de que “se hace lo que se puede”, sea suficiente o insuficiente para la atención a las necesidades del bebé, del niño o del paciente. Pero entonces el sujeto cuidador es lo bastante bueno porque incluye la limitación y la posibilidad de ser también insuficientemente bueno, o lo que es lo mismo, que también puede ser malo.

El pecho bueno y el pecho malo de Klein se deben a las proyecciones y disociaciones del niño. De lo que estamos hablando es de las cualidades de los cuidadores a los que preferimos no llamar objetos. Es del cuidador de quien queremos destacar sus capacidades para ser bueno o malo para cuidar a su niño. Para Klein las proyecciones del bebé deforman al objeto externo y como éstas están principalmente motorizadas por la pulsión de muerte, para ella la deformación de los objetos externos acostumbra a tener un carácter negativo. Esta autora se ha ocupado muy poco de tratar de estudiar la idiosincrasia de los cuidadores que están en interacción con el niño.

El ser humano es heredero de la biología e hijo de sus circunstancias. Somos seres relacionales por naturaleza y de la relación depende nuestra manera de ser, de sentir y de hacer. El principal impulso del recién nacido es la adaptación al entorno, para ello cuenta con el potencial biológico y con la asistencia de sus cuidadores. Por este motivo Winnicott, en su expresión de “madre suficientemente buena” y sus derivados, lo que destaca es la capacidad de adaptarse a las necesidades del bebé. Si los adultos se adaptan de forma adecuada a las necesidades idiosincráticas del niño, éste tendrá que hacer menos esfuerzos y menos sacrificios, por lo que su espontaneidad personal estará salvaguardada. El concepto de “Self object” de Kohut tiene que ver con una paradoja: desde el punto de vista del niño, aquello que los cuidadores hacen por él y con él, se incorpora a su mundo experiencial, por lo tanto a su self. Es algo de fuera, pero que pertenece al self del niño. Comprendemos que el niño, aun no diferenciado entre “yo y no-yo”, viva las experiencias dentro de sí mismo. Pero es fundamental que los adultos usen su empatía para darse cuenta que deben cuidar sin esperar nada a cambio, ni siquiera reconocimiento a corto plazo. Los “Selfs objects” de Kohut, igual que los reyes magos, son los padres. Como señalamos en otro escrito (Sáinz, 2008), el niño no es omnipotente, a ojos de un adulto empático, es un ser indefenso, aunque tenga vida propia que incluye la tendencia al amor y al odio.

Vamos a adentrarnos en un punto que es esencial para nuestro planteamiento. El entorno hará que la vida del pequeño sea lo más fácil y asequible posible (facilitación) y para ello proveerá lo que es necesario para la crianza. El bebé se adaptará dentro de lo que le sea posible. Nunca el entorno podrá satisfacer todas las necesidades y nunca el niño se adaptará plenamente. Existirán vacíos por cubrir o excesos innecesarios. Winnicott llamará a todo ello “las fallas ambientales”, inevitables. El niño construye un falso self como una forma de

defenderse de estas fallas. El propio entorno presta al niño algo de su falso self para que éste lo utilice en su favor. Si todo va por buen camino, el falso self estará en conexión con el self verdadero y no habrá una excesiva escisión. Poniendo en palabras este fenómeno tan complejo sería algo así: “Te proporciono las herramientas necesarias para que puedas defenderte de las fallas que cometemos en la tarea de cuidarte”. A pesar de todo, crecer y desarrollarse le va a dar mucho trabajo al ser humano.

Si las fallas ambientales se dan antes de que la criatura pueda tener conciencia, éstas se instauran en el self y se irán actualizando en las diferentes relaciones venideras. El miedo al derrumbe (1963) es para Winnicott la angustia del sujeto de encontrarse en un estado de no-integración sin nadie capaz de sostenerle. Una vivencia ya vivida pero no reconocida conscientemente, “porque el sujeto no estaba allí” (1963). La terrible sensación de caer en el vacío sin nadie que sostenga lleva al sujeto a un estado de desintegración, que paradójicamente actúa como una defensa. Hay desintegración para no re-vivir un estado más doloroso.

Winnicott defiende la idea de que, si ofrecemos al paciente los medios necesarios para que se sienta sostenido y entendido, podrá atreverse a vivir de nuevo aquello que ha estado no experimentado, ahora como si fuera nuevo y con alguien que ejercerá la función de contención óptima que no tuvo lugar en el pasado. De alguna manera habría que decirle al paciente que eso de lo que se defiende en realidad ya tuvo lugar, ya sucedió (1963).

Pero la aportación de Winnicott, que nos sumerge de lleno en el psicoanálisis relacional, es que las fallas del entorno deben ser reconocidas si no queremos que se conviertan en fallas del propio self.

En la transferencia, el paciente debe poder encontrar las fallas ambientales en el propio analista y éste debe reconocérselas, como ya dijimos en un trabajo anterior (Sáinz, 2008). Pero para ello el analista ha de ser capaz de ofrecerse al paciente como sujeto suficiente e insuficientemente bueno, que es la tesis principal de este trabajo.

El paciente debe poder usar al analista y éste sobrevivir sin ser dañado y sin vengarse (Winnicott, 1968), pero el paciente debe encontrar un analista que, de alguna manera, le falle y se lo pueda reconocer.

El analista suficiente e insuficientemente bueno.

- **La inmunidad del analista**

Se puede pensar que el paciente tenderá a distorsionar la relación con el analista en función de su transferencia infantil. El encuadre y la forma de proceder del analista actuarán como un campo de trabajo estable, por lo que si el paciente se siente abandonado, herido o no comprendido, será fruto de su distorsión transferencial. El analista permanecerá inmune, neutral. En el psicoanálisis kleiniano se tiende a entender que el analista recoge las proyecciones o las transferencias y las devuelve en forma de comprensión, a través del instrumento de la interpretación. Llevar al paciente a la transferencia se refiere a que el

analista explica al paciente que, aquello que siente o sintió en relación con alguna persona del presente o del pasado, lo revive en la propia figura del analista. Raramente el analista se implica como sujeto capaz de producir sentimientos tanto positivos como negativos en el paciente. Si se implicara perdería la supuesta neutralidad y se saldría de su rol de analista observador objetivo.

Para el psicoanálisis relacional actual el psicoanalista no es objetivo, ya que en tanto que sujeto, goza de subjetividad, aunque su subjetividad deba ser observada y controlada para ser utilizada en favor de su paciente. Desde nuestro punto de vista, para el psicoanálisis relacional y los autores intersubjetivos, la idea del analista como sujeto es básica y creemos que proviene de la tradición ferencziana y winnicottiana.

- ***La implicación del analista como sujeto***

Si el analista reconoce su subjetividad con el paciente, ya no puede considerarse un observador neutral. En el mejor de los casos será un observador participante, como señaló Sullivan (1953) y por lo tanto al reconocer su implicación perderá la inmunidad y se ofrecerá en la labor analítica como un sujeto activo y participante. Las interpretaciones no irán únicamente dirigidas al paciente de una forma unidireccional, sino a la relación entre ambos. Por supuesto que el grado de implicación será distinto y aunque se de la mutualidad entre los dos, la relación no será simétrica (Aron, 1996). Winnicott, siguiendo la tradición iniciada por Ferenczi y a riesgo de ser considerado poco psicoanalítico por el “stablishment” de la época, llevó a cabo unas decididas propuestas que en realidad forman parte del pilar esencial del psicoanálisis relacional. Son esenciales y distintivas del psicoanálisis relacional en relación con el psicoanálisis ortodoxo. Como señala Mitchell (1988) el psicoanálisis de las relaciones de objeto no es lo mismo que el psicoanálisis relacional. En el primero la base de la relacionalidad se apoya en las pulsiones, especialmente en la pulsión de muerte y en el segundo se entiende que no hay nada que pueda explicarse de forma unidireccional. Por lo tanto, lo instintivo para el psicoanálisis relacional es la necesidad de vínculo y la calidad de las interacciones relacionales.

La transferencia para Winnicott es una oportunidad para reorganizar el mundo emocional y las vivencias. La labor del psicoanalista no es interpretar, sino facilitar al paciente el desarrollo de una nueva experiencia relacional.

El analista debe poner las condiciones para que se produzca esta nueva experiencia emocional de forma adecuada.

Ofrecerá un sostén (holding) donde, al paciente, le sea posible atreverse a derrumbarse (Breakdown) sin miedo a caer en el abismo. Si eso es posible, se irá instalando la confianza en el vínculo terapéutico, se podrá entonces pensar conjuntamente, más que interpretar. La emocionalidad da lugar al pensamiento, los sentimientos modelan a las cogniciones y éstas sostienen de nuevo a los sentimientos. El analista se implica en este proceso interactivo. Ya no es únicamente un receptáculo de la experiencia del paciente. El analista salvaguardará su contratransferencia, pero mostrará “sus cartas”. Winnicott dirá: “Creo que en lo fundamental

interpreto para que el paciente conozca los límites de mi comprensión” (Winnicott, 1968, p.118). Creemos que, de esta forma, el paciente puede abandonar la idea de estar con un oráculo omnisciente y, por el contrario, reafirmar la idea de que ambos trabajan en conjunto para conseguir el objetivo terapéutico.

Desde este punto de partida, Winnicott cree que el paciente necesita encontrarse con un analista que le permita vivenciar sus transferencias infantiles, con la esperanza de poderlas entender y reconocer. De esta forma, la experiencia conduce al “insight” y el paciente puede ser más consciente de sus relaciones antiguas y actuales.

El paciente necesita encontrarse con un analista que le ofrezca un mundo experiencial nuevo. Una forma de hacerlo es no respondiendo de la misma forma que lo hicieron en su entorno infantil, rectificar, a modo de una experiencia emocional correctiva (Alexander, 1956). Si sus adultos cuidadores de la infancia eran excesivamente rígidos, narcisistas o depresivos; si daban poca importancia a los afectos o estimulaban en el niño sentimientos de abandono. La función analítica, dentro de los parámetros propios del psicoanálisis, tratará de modular o modificar esas vivencias. Si los vínculos fueron frágiles, inseguros, ambivalentes, la experiencia terapéutica puede ir construyendo la confianza necesaria (Sáinz y Velasco, 2004) para establecer un nuevo vínculo más estable y seguro.

Hasta aquí hemos recogido unas aportaciones que son compartidas por muchos psicoanalistas. El aspecto correctivo de la psicoterapia o del psicoanálisis será el menos valorado por la ortodoxia que da primacía a la interpretación como instrumento de cambio. Ya Alexander tuvo muchas dificultades cuando presentó su trabajo sobre la experiencia emocional correctiva. Incluso Kohut se opuso a él, cuando la melodía del trabajo de Alexander no era muy distinta de lo que el propio Kohut fue desarrollando posteriormente. Sin embargo lo que nos propone Winnicott va más lejos, como hemos dicho anteriormente, siguiendo la tradición iniciada por Ferenczi y poco divulgada en su época, incluso hasta hace pocos años. Winnicott cree que el paciente necesita algo más de su analista, y es que éste le falle, que las fallas llevadas a cabo en el seno de su infancia puedan ser encontradas ahora y aquí en su relación con su analista, que éste le falle y le reconozca al paciente su manera emocional de sentir esas carencia o errores y a la vez reconociéndose el propio analista como alguien fallido.

Esta es la auténtica revolución del psicoanálisis relacional. El analista falla y se convierte entonces en un psicoanalista insuficientemente bueno. De esta forma ofrece al paciente las dos experiencias de suficiente e insuficiente para satisfacer sus necesidades, parecido a lo que pasó en su infancia, con la diferencia de que ahora se puede sentir, vivenciar y pensar de nuevo. El reconocimiento de dolor infringido y de ser un sujeto capaz de fallar, es enormemente estructurante para cualquier ser humano. Es la manera más didáctica, por experiencia, que el sujeto tiene de atreverse a mirar hacia dentro y a reconocer sus propios defectos, incluye las propias proyecciones.

- ***La búsqueda del analista como sujeto: Una paciente le pidió a Winnicott una foto de su rostro.***

En el trabajo sobre el papel del espejo en el rostro de la madre y de la familia, Winnicott (1968) estudia la idea de que el bebé se refleja en el rostro de la madre. Cuando mira en él se ve a sí mismo, pero para que las cosas funcionen bien, la madre debe ser capaz de empatizar con la emocionalidad de su hijo. El niño mira y se encuentra que es mirado y reconocido. La madre no le impone su propio estado de ánimo, más bien se deja moldear por la mirada del niño. Éste recibe entonces lo que él mismo ha dado y se le devuelve para que lo pueda verificar.

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

Volvamos a la función de la madre en tanto que espejo. Ya Lacan conceptualizó el “stade du miroir” (1949). Winnicott expresa la necesidad que tiene el niño de recibir de vuelta lo que él da. La búsqueda del bebé de unos ojos que le miren, le permite hallarse a sí mismo. Si la criatura no recibe de vuelta lo que da y la figura adulta devuelve sus propias proyecciones y distorsiones, el niño atrofia su capacidad creativa y sigue buscando a alguien que le devuelva alguna cosa que confirme su existencia. Por eso, muchos niños “prefieren” que les traten mal antes que ser abandonados y que nadie les haga ningún caso. Incluso ellos portarse mal para ser reprendidos por alguien. Es una experiencia terrorífica no existir para nadie. La otra consecuencia de no recibir de vuelta lo que dan, es decir que alguien no salga a su encuentro, es que la función de espejo se estropea y la percepción ocupa el lugar de la apercepción (Winnicott, 1968). La percepción es pura sensorialidad, información recibida a través de los sentidos. La apercepción implica sensorialidad, sensaciones percibidas pero unidas a los afectos y las emociones correspondientes. Apercebir es mucho más complejo porque incluye la emocionalidad, la mamá mira a su bebé, devolviéndole su comprensión y a la vez aportándole su afectividad. “Tener miramiento” viene de la idea de mirar y ser mirado con cariño y con amor. La capacidad de vivir los acontecimientos acompañados de sus representaciones mentales, simbólicas y emocionales, es la base para la construcción de una personalidad integrada.

Una paciente tratada por Winnicott le pidió, unos años después de la finalización de su terapia, una foto suya. Había visto esta foto en la contraportada de un libro escrito por su

analista y le preguntó si le podía proporcionar la foto ampliada y más nítida. Esta paciente había tenido una madre muy rígida y fría que le proporcionó una nodriza también rígida y poco empática (Winnicott cree que fue para evitar que la substituyera “una madre” mejor que ella).

La paciente tenía poco miramiento por sí misma, que se traducía en una escasa autoestima y en una cierta tristeza cronificada. La paciente había enseñado a Winnicott algunas fotos de su madre y de su nodriza y ahora le pediría una de él, vista en un libro suyo. La petición de la paciente era que quería ver ampliadas esas líneas y todos los rasgos de “ese viejo paisaje”, es decir del rostro de su analista (un hombre ya mayor por aquel entonces).

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

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

La interpretación no es el elemento fundamental

La interpretación, y especialmente la interpretación transferencial, como indicó Strachey (1934) como el instrumento de mutación y cambio, queda en entredicho a partir de las aportaciones winnicottianas y las de los autores relacionales, que se alejan al mismo tiempo de los postulados kleinianos que se adjudicaron el mismo precepto. Siguiendo los postulados kleinianos y post kleinianos, para que el paciente se haga cargo de su malestar y entienda lo que le ha pasado, debe ser consciente de sus proyecciones y de sus distorsiones transferenciales, con el analista y con sus relaciones afectivas en general. Debe hacerse cargo también de sus sentimientos, especialmente aquellos que están potenciados por la pulsión de muerte. No debe refugiarse en ideas ilusorias sobre la culpabilidad que tuvieron sus padres para con su crianza. Debe plantar cara a sus defensas para desenmascararlas y disminuir su narcisismo a fuerza comprender su carácter destructivo. Creemos que no está nada mal semejante propósito. Tan solo cabe aclarar que esto no puede hacerse a través de interpretaciones, sino ofreciéndole al paciente un vínculo seguro con el analista, que le permita enfrentarse a su dolor mental y a sus experiencias vividas en el pasado y reconocidas en el presente. Solo cuando el sujeto tiene su self más cohesionado (Kohut, 1984) puede empezar a hacerse cargo de sus responsabilidades. El objetivo es la cohesión o la integración y éste

fenómeno siempre es experiencial a través de la relación humana.

Conviene diferenciar, en todo caso, la calidad de los diferentes vínculos y que no es lo mismo relacionarse que vincularse. Como ya señalamos en otro momento (Sáinz 2007), hay personas que se relacionan bien y mucho, pero no se vinculan. Pueden ser personalidades con abundantes rasgos esquizoides, pero a la vez sociables. Sugerimos que podía proponerse el término utilizado por Balint (1968) de filobatismo.

La relación terapéutica debe tratar de generar un vínculo seguro y estable, dejando libre al paciente pero, a la vez, proporcionando la experiencia de dependencia necesaria, semejante a lo que sucede con los vínculos infantiles, entre padres e hijos.

Para Winnicott el paciente y el analista juegan juntos compartiendo un espacio común y una experiencia relacional,

Si el paciente no puede jugar, se le debe acompañar para que pueda empezar a hacerlo (1967). El analista pone las condiciones para que el paciente pueda identificarse con él, y al mismo tiempo el paciente podrá estimular a su analista que éste también lo haga para con su persona (la del paciente). Las identificaciones cruzadas (Winnicott, 1971) tienen lugar cuando se comparte una experiencia, es decir cuando se crea un espacio transicional donde es posible el juego y la creatividad. Este espacio es conceptualmente muy próximo al espacio intersubjetivo (conversación personal con Stolorov³), porque se permiten y se potencian las subjetividades de los dos integrantes del proceso, con la obviedad de que el analista debe cuidar del encuadre y por la tanto de la relación.

Como se deduce de lo que estamos abordando, Winnicott no propone interpretaciones sino una experiencia compartida que, como es evidente, deberá ser sentida y pensada. El analista ofrecerá diferentes puntos de vista para llevar a cabo el trabajo analítico, pero el paciente hará igualmente sus aportaciones destinadas al mismo fin. Puede que resulte una labor ardua e imposible, según sea la estructura mental del paciente y los objetivos que se pretendan conseguir.

Mucha mente impide la mentalización y la transicionalidad

En un magistral trabajo, Winnicott (1949) nos habla de las diferencias entre la mente y el psique-soma. La mente tan necesaria para pensar y comprender los sentimientos, puede convertirse en un problema para las emociones, los sentimientos y la espontaneidad.

El concepto de mentalización surge de la escuela francesa de psicósomática (Marty, 1995) relacionado con la alexitimia, la incapacidad de expresar emociones a través de las palabras. Sin embargo lo verdaderamente significativo no es la imposibilidad de expresar, sino la incapacidad para realizar nexos entre los acontecimientos y las emociones, es decir en todo lo que tiene que ver con los sentimientos. Para la escuela francesa, el pensamiento operatorio o concreto está relacionado con la inactividad del preconscious. Es decir algo se mantiene en el inconsciente y algo se registra en el consciente, pero no hay nexos entre ellos. La persona vive "ignorante" de la repercusión que tienen los acontecimientos en su mundo emocional. El

“insight” no puede activarse, faltan los puentes necesarios que nos permiten sentir para luego poder pensar.

Para Winnicott (1963) la persona tiene miedo de vivir algo que en realidad ya sucedió pero que no estaba allí para registrarlo en su conciencia. Esta paradoja, muy propia de Winnicott (Clancier et Kalmanovitz, 1984) nos trasporta a la idea de poder recordar algo que en realidad no sucedió. Se tiene conciencia de los traumas que tuvieron lugar, cuando la persona los pudo recordar conscientemente. Duelos, malos tratos, abusos de cualquier índole; pero nadie puede registrar alguna cosa que debiera haber pasado y no pasó, por ejemplo todo lo que tiene que ver con la resonancia emocional del entorno. “El trauma de lo que no sucedió” (Winnicott, 1963). Cuando se puede tomar conciencia de ello, la persona puede decir: *“Ahora veo que mi madre nunca me trató con cariño, es como si yo no significara nada para ella. Es posible que ella no pudiera sentir sus propias emociones. Creía que me quería, pero yo nunca había experimentado esa sensación de ser amada por ella. Ahora comprendo que es eso de amar a los hijos, por mi propia experiencia como madre”* (expresión de una paciente en el tercer año de psicoterapia). Winnicott piensa que hay que ayudar al paciente a que entienda que el miedo que tiene a experimentar determinadas emociones, procede del pasado. Lo que teme que suceda en realidad ya tuvo lugar. Volver a un estado de no integración cuando la vivencia es la de no ser sostenido, es algo muy difícil de soportar. Para Winnicott el paciente se defenderá de este miedo a través de la desintegración. Otra paradoja, la desintegración es una defensa para no vivir (de nuevo) una experiencia impensable. Si se le ofrece al paciente un encuadre adecuado que le proporcione la experiencia de ser sostenido y comprendido, éste podrá dejarse llevar y podrá sentir las emociones que luego podrán ser pensadas y llevadas a la conciencia. En casos graves no conviene dejarse llevar por la idealización de nuestras capacidades como terapeutas, ya que nuestro trabajo proporciona bases para la contención y la reparación de experiencias infantiles, pero hay daños que una vez han sido causados y se han instalado en las entrañas del sujeto, no se pueden modificar por una nueva experiencia, por adecuada que esta sea. En el trabajo sobre el miedo al derrumbe, publicado póstumamente, Winnicott argumenta que el paciente tiene miedo a vivir un derrumbe ya vivido, pero no vivenciado. Se le ofrece por tanto la posibilidad de atreverse a derrumbarse con la esperanza de que esta vez será sostenido y sobretodo que reconocido. El paciente ahora puede sentir que se encuentra con un analista suficiente e insuficientemente bueno. Capaz de ayudarlo y a la vez de reconocerle sus propias fallas. Si el analista reconoce su implicación en el bienestar y también en el malestar del paciente, le da un margen a éste para sentir su propia implicación emocional. Muy diferente al enfoque clásico en el que el analista muestra al paciente sus proyecciones para que éste se haga cargo de su funcionamiento con los demás. No es que creamos que está mal, sino que es insuficiente.

Para Fonagy (2005), la mentalización es la representación simbólica de los estados mentales y la relaciona directamente con la cualidad de los vínculos afectivos. Lógicamente, la capacidad para sentir y comprender el mundo emocional, proviene de las experiencias con personas capaces de sentir y comprender el suyo propio. La empatía es la forma más primaria de identificación con el otro, y para Freud (1921) era el primer lazo de amor.

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

Cuando existe un entorno de confianza, lo que Bowlby llama un vínculo y una base segura (1969), la criatura puede dejarse ir sin miedo. Ghent (1990) sugiere que lo contrario del amor es el miedo, inspirado en Winnicott cuando afirma que el niño se permite su gesto espontáneo cuando la madre sale al encuentro, no imponiendo sus propias dificultades (1960). Cuando el niño ataca al objeto, éste debe sobrevivir, sin aniquilación ni venganza. La tendencia del niño puede ser agresiva o destructiva, pero lo importante es que el objeto tenga la capacidad de sobrevivir (Winnicott, 1968). Es más importante la cualidad del objeto (sujeto) de ser capaz de sobrevivir, que la tendencia destructiva del niño.

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

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

Entregarse o someterse, dos formas diferentes de entender el concepto “surrender”

En su trabajo de 1949, Winnicott muestra que la mente debe estar cercana a la unidad psique-soma, para que el funcionamiento psicofísico sea adecuado. La psique representa lo emocional, ligado a lo corporal. Las expresiones afectivas y lo espontáneo de las reacciones humanas se convierten en un todo. El poder pensar sobre las experiencias cuando no está desligado de lo emocional, permite entender los sentimientos y la fantasía. Todo ello forma parte de lo que llamamos subjetividad. Los cuidadores del niño, ofrecen a éste un entorno seguro donde él puede desplegar toda su espontaneidad. Como hemos dicho, el entorno aunque sea “perfecto” en un momento inicial, se va convirtiendo en suficientemente bueno y no está exento de errores, por lo que añadíamos la idea de insuficientemente bueno. Kohut lo expresa con el concepto de “frustraciones óptimas”, Winnicott, de forma similar a Balint, se refiere a las fallas ambientales. Hoy día es innegable que los daños causados durante la crianza tienen una repercusión en la persona en desarrollo, por lo tanto repercuten en los procesos mentales y cerebrales del individuo. La neurociencia actual, como dicen Talarn, A., Sáinz, F. y

Rigat, A. (en prensa), la neurobiología relacional nos permite comprender que los procesos ambientales y específicamente las experiencias relacionales desde la infancia se instalan en la mente y en el cerebro. La influencia es siempre bidireccional: La biología influye en la psicología y a la inversa. Es también necesario recordar que aunque el individuo y sus experiencias puedan ser modificables, hay estructuras que permanecen a pesar de los esfuerzos de los tratamientos, bio-psico-sociales al respecto. También es necesario recordar que la dificultad para conocer la etiología de los trastornos mentales radica en que los factores que intervienen, se combinan entre sí y es muy difícil aislarlos para poder ser estudiados. Los estudios empíricos que están bien contruidos desde el punto de vista metodológico nos aportan datos que pueden ser relevantes para los avances de la ciencia. Pero debemos ser conscientes de que muchas veces representan partes de un todo difícil de desgranar, por aquello de que el todo nunca es la suma simple de sus partes.

El entorno protector, ofrece al niño la posibilidad de ser él mismo, siempre que se cuide de no ahogarlo con excesiva protección y no abandonarlo con excesivas ausencias. Los cuidados continuados producen la experiencia de continuidad existencial y de ser uno mismo a pesar de los cambios. Dejarse ir con confianza, está próximo a la idea de entrega. El entorno pone la mente, la sensatez, incluso el falso self para que el niño se exprese con libertad. La identidad se forja poco a poco y una de las experiencias básicas es la de pertenecer a alguien. Todos hemos sido de alguien. El “surrender” puede significar entrega y también sometimiento (Ghent, 1990). Nuestra hipótesis es que el entorno adecuado que protege al niño, le permite la experiencia de pertenecer a alguien con la condición de poder desprenderse poco a poco de esa dependencia y sentirse real. Para Winnicott la dependencia en el principio del desarrollo humano, es absoluta y se va transformando progresivamente en relativa (1963b). Si la criatura no está protegida y bien cuidada, puede seguir buscando personas que le proporcionen la experiencia de pertenencia. La necesidad de ser de alguien, para ser alguien, al precio de sacrificar el self verdadero que ha tenido pocas y no afortunadas condiciones para desarrollarse en libertad es el fundamento del sometimiento. El sometimiento a alguien puede ser una forma de masoquismo (Ghent, 1990) que se ha ido construyendo a partir de la necesidad de existir para los demás.

Algunas mujeres, condicionadas por una cultura primordialmente machista, crecieron con la idea de existir para el otro (el marido y los hijos), como si no tuvieran derecho a una existencia propia. Es distinto vivir para alguien como una forma de aniquilar la propia identidad que ser de alguien y a la vez ser uno mismo. La familia tiene la responsabilidad de proporcionar esta experiencia con los pequeños: “sois nuestros, para poder llegar a ser de vosotros mismos”. Es necesario que la cualidad de los padres o los suplentes tengan la suficiente salud mental y las necesidades afectivas suficientemente satisfechas para no utilizar a sus hijos al servicio de su psicopatología.

Puede observarse este fenómeno muy bien ilustrado en la película de Anthony Minghella “el paciente inglés” (1996).¹

Una película de guerra que tiene que ver con los duelos y por lo tanto con los vínculos. El terror a sufrir pérdidas lleva al protagonista resistirse ante la inminencia de una relación amorosa y vinciativa. En una de las escenas donde se pone de manifiesto su vínculo afectivo, después de un momento relacional amoroso y sensual, el protagonista dice: “...pero yo no quiero ser propiedad de nadie”, consciente de que amar y ser amado, implica una pertenencia. Nos referimos a una pertenencia que no tiene que ver con la manipulación perversa del otro. Es cuando falla este proceso natural de pertenencia que aparece la necesidad enfermiza de ser de alguien, sea quien sea ese alguien y al precio que sea.

La conceptualización de Winnicott sobre los fenómenos transicionales, (1951, 1971) espacio y objetos, permite incluir en ellos fenómenos humanos como la paradoja propia de nuestra existencia.

La ilusión de crear algo ya existente, de aceptar la dependencia para llegar a ser algo menos dependientes, encontrarse en el afuera y en el adentro, estar solo en presencia de alguien, o acompañado en la ausencia, usar el falso self para dar lugar al self verdadero. Todo ello nos permite también poder aceptar la idea que proponemos, ser de alguien para ser de uno mismo.

La experiencia terapéutica como instrumento de posible cambio

Tal como lo ha expresado Coderch (2010, 2012) el cambio terapéutico es posible a través de la experiencia relacional y de la interacción entre analista y paciente. El modelo interactivo entre padres e hijos es el prototipo del mundo experiencial donde se construyen las identidades personales. El ser humano al nacer es indefenso y si lo miramos con detenimiento durante toda su vida de alguna manera continúa con esta indefensión inicial. El vivir es un costoso camino de soledad que sólo se puede llevar a cabo acompañados. Nos acompañan y acompañamos durante toda la vida. Como hemos afirmado más arriba, somos seres por lo tanto, interdependientes que avanzamos de la dependencia absoluta a la dependencia relativa como dejó escrito Winnicott (1960).

La biología nos proporciona la base y al nacer indefensos y dependientes nos encontramos con un mundo al que tenemos que adaptarnos. Este mundo está representado por las personas que ejercerán las funciones parentales de cuidar y proveer. Somos por naturaleza seres relacionales y también adaptativos. El bebé humano se adaptará al entorno y a las personas que le cuidan y si no lo lograra, sencillamente, perecería.

El psicoanálisis ofrece al paciente la posibilidad de recrear una experiencia relacional. Le “decimos” que vamos a ayudarlo a entenderle, a pensar, que él debe aportar todo aquello que esté a su alcance y nosotros iremos acompañándole en el camino. Eso es cierto, pero además vamos a vivir juntos una experiencia relacional y vincular que, si funciona bien, ambas partes saldrán beneficiadas. Las responsabilidades aunque son compartidas, son distintas en cada uno de los integrantes.

La terapia no puede proporcionar lo que la crianza no dio en su momento, ni tampoco

puede recuperar los errores cometidos. Si que puede ofrecer una oportunidad para, de alguna manera, volver a un nuevo comienzo (Balint, 1968), es decir, una nueva experiencia con sus aportaciones nuevas y sus limitaciones.

Se le pide al paciente que en la medida de lo posible se deje ir, se atreva a dejar sus sistemas habituales de defensa y se “entregue” a esta nueva experiencia. El analista a cambio le ofrece su capacidad para sostenerle y comprenderle con el objetivo que se produzcan cambios beneficiosos para el paciente. La confianza se construye con la experiencia, no puede ser un a priori. Si el analista no sabe jugar, no se deja ir. Su mente ocupa también demasiado espacio y no ayudará a su paciente a pasar de un estado de no juego a otro donde sí le será posible jugar, como sugiere Winnicott (1971).

Lo que Winnicott propone es que la experiencia terapéutica sea una experiencia compartida. El campo de trabajo representa el espacio transicional, donde tiene cabida la subjetividad de los dos participantes. Las interpretaciones unidireccionales han de dejar paso a la búsqueda de significados co-construidos por el paciente y el analista.

La relación es de mutualidad, pero se ha de mantener la asimetría, gracias a la cual el paciente puede proyectar y transferir sus experiencias emocionales en el analista. Este debe recogerlas y devolverlas tal como señala la tradición analítica, pero además, debe asumir su implicación en el proceso y reconocer su capacidad para fallar. Este fenómeno proporciona al paciente la experiencia de tener un analista suficientemente y a la vez insuficientemente bueno, lo cual desestima cualquier atisbo de omnipotencia compartida.

REFERENCIAS

- Abelló, A y Liberman, A (2011). *Una introducción a la obra de Winnicott. Contribuciones al pensamiento relacional*. Madrid: Agora Relacional.
- Armengol, R y Hernández, V (1991) La función y el trabajo del analista. Valoración relativa del setting y la interpretación. *Anuario Ibérico de Psicoanálisis*, 2, 21-41
- Armengol, R. (1994). *El pensamiento de Sócrates y el psicoanálisis de Freud*. Barcelona: Paidós.
- Alexander, F. y French, Th (1956). *Terapéutica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós
- Aron, L (1996). La interpretación como expresión de la subjetividad del analista. En: Liberman, A y Abelló, A. *Winnicott hoy, su presencia en la clínica actual* (pp.47-84). Madrid: Psimática.
- Avila, A. (2009). La psicoterapia psicoanalítica relacional: Conceptos fundamentales y perspectivas. *Interpsiquis*, 1, 2009.
- Bentall, R.P (2011). *Medicalizar la mente*. Barcelona: Herder.
- Bernardi, R. (1994). Sobre el pluralismo en psicoanálisis APdeBA. Vol.XVI, 3
- Balint, M (1968). *La falta básica, aspectos terapéuticos de la regresión*. Buenos Aires: Paidós. 1989
- Bowlby, J (1969). *El vínculo afectivo*. Barcelona: Paidós, 1983
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Madrid: La piqueta.

- Clancier, A y Kalmanovitz, J. (1984). *La paradoxe de Winnicott*. Paris: Payot.
- Coderch, J. (2010). *La práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis*. Madrid. Ágora Relacional
- Coderch, J. (2012). *Realidad, interacción y cambio psíquico*. La práctica de la psicoterapia relacional II. Madrid: Ágora Relacional.
- Fonagy, P. (2005). *Apego trauma i psicoanálisis: Donde el psicoanálisis se encuentra con la neurociencia* 44º Congreso de la I.P.A. Rio de Janeiro.
- Freud, S (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*. En: *Obras Completas*, vol XVIII, Buenos Aires: Amorrortu, 1984
- Kohut, H. (1980). *La restauración de sí mismo*. Buenos Aires: Paidós
- Lacan, J. (1949). *Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je tel qu'elle est révélée Dans l'expérience psychanalytique*. XVIè Congrès International de psychanalyse.
- Liberman, A. y Abello Blanco, A. (comps.) (2008). *Winnicott hoy. Su presencia en la clínica actual*. Madrid: Psimática.
- Marty, P. (1992). *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mitchell, S. (1988). *Conceptos relacionales en psicoanálisis*. Madrid. Siglo XXI. 1990.
- Riera, R (2011). *La conexión emocional*. Barcelona: Octaedro.
- Sáinz, F. (2002). Winnicott, un psicoanalista intersubjetivo. *Intersubjetivo*, 4, 265-272.
- Sáinz, F y Velasco, R. (2004) Función terapéutica del análisis desde la perspectiva relacional. *Intersubjetivo*, 6 (1), 105-12.
- Sáinz, F. (2007). Narcisismo y sociedad, entre la carencia y la arrogancia. En Talarn, A.(comp). *Globalización y salud mental* (pp. 417-452). Barcelona: Herder.
- Sáinz, F. (2008). Winnicott, un buen compañero de viaje. En Liberman, A y Abelló, A. (comp). *Winnicott hoy, su presencia en la clínica actual* (pp.345-359). Madrid: Psimática.
- Strachey, J (1934) Strachey, J. (1934). The nature of the therapeutic action of psycho-analysis. *International Journal of Psycho-Analysis* 15, 127-159. Reprinted in *International Journal of Psycho-Analysis* 50: 275-291.
- Sullivan, H.S. (1953). *La teoría interpersonal de la Psiquiatría*. Buenos aires: Hormé. 1964.
- Talarn, A., Sáinz, F. y Rigat, A. (en prensa). *Relaciones, vivencias y psicopatología. Las bases relacionales del sufrimiento mental excesivo*. Barcelona: Herder
- Winnicott, D.W. (1951). Objetos y fenómenos transicionales. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, (pp. 307-324). Barcelona: Paidós, 1998
- Winnicott, D. W. (1958) *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona: Paidós, 1998.
- Winnicott, D.W (1960). Teoría de la relación paterno-filial. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Barcelona: Paidós. 1992
- Winnicott, D.W. (1963b). La dependencia en el cuidado del infante y del niño, y en el encuadre psicoanalítico. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 326-339) Barcelona:

Paidós, 1992.

Winnicott, D.W. (1965b) *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* Barcelona: Paidós, 1992

Winnicott, D.W. (1968). El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones. En *Realidad y Juego*. (pp. 117-127). Barcelona: Gedisa, 1997.

Winnicott, D.W. (1971a). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa, 1997.

Winnicott, D.W. (1971). El juego. Actividad creadora y búsqueda de la persona. En *Realidad y Juego*. (pp. 79-91). Barcelona: Gedisa, 1997.

Winnicott, D.W. (1989). *Exploraciones psicoanalíticas I y II*. Barcelona: Paidós, 1991.

Original recibido con fecha: 24-7-2012 Aceptado para publicación: 6-9-2012

NOTAS

¹ Psicoanalista (SEP/IPA). Psicoterapeuta (ACPP/FEAP). Psicólogo especialista en Psicología Clínica. Professor associat de la Universitat de Barcelona. Profesor de l'Institut de Salut Mental de la Fundació Vidal i Barraquer (Universitat Ramon Llull). Supervisor de equipos públicos de salud mental y de Servicios Sociales. Director del Grup de Psicoanàlisi Relacional y Social de Barcelona. Introdutor de la obra de Winnicott en la formación de psicoterapeutas en Barcelona. Fundació Vidal i Barraquer, 1994.

² Doctor en Psicología, especialista en Psicología Clínica. Psicoterapeuta. Director de estudios del Instituto Universitario de Salud Mental de la Fundació Vidal i Barraquer. Universitat Ramon Llull. Profesor de la facultad de Psicología Blanquerna de la Universitat Ramon Llull

³ Conversación personal mantenida con R.D. Stolorow en Almagro, 2002

⁴ "El paciente inglés". Film de Anthony Minghella. Miramax International. 1996