

LA TRANSICIÓN HISTÓRICA EN EL PSICOANÁLISIS:
DEL GAME AL PLAY EN LA TERAPIA GRACIAS A WINNICOTT.
CASOS CLÍNICOS DE PACIENTES GRAVES QUE LO JUSTIFICANⁱ

Juan Domingo Martín Fernándezⁱⁱ

Resumen: El artículo explora las principales ideas y aportaciones de D.W. Winnicott que supusieron, a juicio del autor, un cambio fundamental en la clínica psicoanalítica, no sólo en la terapéutica con los pacientes más graves y difíciles, sino también en la teoría básica, que pierde gran parte de su connotación freudiana-kleiniana existencialista y pesimista, de signo pulsional interno, en favor de una concepción más posibilista y relacional del ser humano, el cual alberga en su psiquismo siempre un ser verdadero, potencial, de naturaleza prosocial, domeñado y oscurecido por la patología defensiva que constituye el falso ser del sujeto. Se discute la figura de Winnicott como paradigma de la transición dentro del psicoanálisis, que sin pertenecer propiamente a ninguna escuela ha influido considerablemente en todas. Se comentan el caso *Jerome* de C. Bollas y otro de J. Slochower como ilustraciones clínicas de la eficacia práctica de los cambios relacionales e intersubjetivos introducidos por Winnicott en el tratamiento psicoanalítico de los pacientes mentales graves.

Palabras clave: Winnicott, Bollas, ser verdadero, ser falso, objeto transicional, objeto transformacional, relación analítica.

Abstract: The article explores the main ideas and contributions of D.W. Winnicott which mean, according to the author, a fundamental change in the psychoanalytical clinic, not only about the therapy to most serious and difficult patients, but also the basic theory. This one loses largely the existentialist and pessimistic freudian-kleinian connotation, of inner pulsional sign, in favour of the more possibilistic conception of human being, which always has got one true being in the psyche. This true being is potential, naturally pro-social, and it used to be submitted and gotten darken by the defensive pathology that constitutes the subject's false being. The figure of Winnicott is discussed as the paradigm of transition within psychoanalysis because, without belonging properly to any tendency, he gets great influence on all of them. The Case Jerome of C. Bollas and another one of J. Slochower are both commented as clinical illustrations of the practical effectiveness of the relational and intersubjective changes which were introduced by Winnicott in the psychoanalytic treatment of serious mental patients.

Key words: Winnicott, Bollas, true being, false being, transitional object, transformational object, analytical relationship.

English Title: THE HISTORICAL TRANSITION IN PSYCHOANALYSIS: FROM GAMING TO PLAY IN THERAPY BECAUSE OF WINNICOTT. CLINICAL CASES OF SERIOUS PATIENTS WHICH JUSTIFY THAT.

Una de las frases que más me llaman la atención de Donald W. Winnicott es la que culmina el artículo de *Deformación del Yo en términos de ser verdadero y ser falso* (1960), donde, a propósito de sus conclusiones y aportaciones teóricas, dice: “que yo sepa, no entraña ningún cambio importante de la teoría básica”. Creo que aquí radica una de las claves de este genial autor: su carácter en sí mismo de elemento transicional, de puente, entre el viejo psicoanálisis de las primeras generaciones, clásico, ortodoxo, autoritario y solipsista, muy individualista en la persona del paciente con la figura del terapeuta casi completamente al margen de la escena analítica, y el nuevo psicoanálisis intersubjetivo, relacional, humanista, flexible y abierto de las nuevas generaciones y dispositivos analíticos, donde la escena analítica se abre a los terceros de las figuras parentales y de la persona del terapeuta.

Por supuesto que antes de Winnicott ya habían existido antecedentes clínicos eminentes en la larga andadura intersubjetiva pre-relacional (Ferenczi, Fairbairn, Sullivan...), pero creo que justamente es la figura de este autor británico quien marca el cambio de una generación a la siguiente, de una manera de entender el análisis (*game*), reglada, cerrada, a otra muy distinta (*play*), abierta, creativa (Winnicott, 1971), negociada con el paciente, menos asimétrica y más implicada en las vivencias, las representaciones, las devoluciones del analista a la otra persona, y no la unidireccionalidad tan freudiana. Quizás por eso para Winnicott tiene tanta importancia no agredir, o decepcionar, a la escuela psicoanalítica oficial de su tiempo (freudiana y kleiniana, la “teoría básica” como la llama), integrarse formalmente en ella y creer que realmente sus aportaciones no entrañan ningún cambio importante en la teoría.

Y sin embargo, los sucesores, como indica Aron en su capítulo (2008), verán en él el iniciador de toda una nueva corriente en psicoanálisis y el punto de ruptura con una manera pesimista y existencialista de ver al paciente, para emprender un trazo teórico y terapéutico mucho más posibilista, afectivo, positivo, y serán otros autores los que más adelante se aventuren a plasmar con todas las consecuencias los postulados novedosos que fueron apuntados originalmente por Winnicott (uno de ellos será Bollas, quien alentará al analista a disentir de sí mismo, en lo que llama una “dialéctica de la diferencia”). Ambos, como dice Aron, subestiman el grado en que sus sugerencias técnicas (reciprocidad, juego, autenticidad, el analista se deja usar como objeto por el paciente para descongelar el proceso terapéutico, se baja de su puesto de autoridad experta y negocia la psicoterapia) marcan un corte fundamental con el método analítico clásico, y también -añado yo- con la teoría.

Además, el propio fenómeno transicional que personaliza Winnicott, obra de tal manera que sus desarrollos como autor propio no son ni de un campo ni de otro, ni de la vertiente ortodoxa kleiniana (paciente como si fuera un mero objeto interno) ni de la intersubjetiva (el mundo externo, relacional del paciente abordado en el análisis), tienen un carácter no atacante, sino tranquilo, apacible, creativo, y luego tampoco han creado escuela ni perpetuación (el autor británico no hizo el mínimo esfuerzo para instituir un foro de pensamiento o de divulgación de sus ideas, no tuvo lo que se dice “discípulos winnicottianos”), sino que las ideas genéricas de este autor se han diluido en el propio

desarrollo evolutivo de cada escuela psicoanalítica. Cada corriente parece que recuerda esta etapa psicoanalítica transicional de Winnicott como algo nostálgico, positivo, querido, cultural y también impropio, que no es de nadie, sino de todas las escuelas en conjunto, más como un símbolo que como una realidad intermedia entre sujetos y objetos (Winnicott, 1951).

Espero que se entienda lo que quiero decir: que podemos entender la obra, y la persona de este pediatra-psicoanalista, en sí mismas como el espacio o fenómeno transicional del movimiento histórico psicoanalítico, en la transición de la autoridad omnipotente de Freud y de Klein, a la madurez actual del analista relacional, genuino y recíproco, y también respecto a otras escuelas que deben a Winnicott ideas muy brillantes (por ejemplo, fue nada menos que el antecedente teórico de lo Real lacaniano, tal como indica Pontalis en el prólogo de *Realidad y juego*, de 1971). Los pacientes del autor británico también se caracterizan por este espacio transicional, de límite, de cambio de los pacientes histéricos y obsesivos freudianos que, como se indica en el artículo de *Variaciones clínicas de la transferencia* (1955-1956), eran más accesibles al análisis por haber tenido suficiente cuidado maternal durante su crianza más temprana, a los pacientes contemporáneos más prototípicos para la nueva salud mental que constituyen los trastornos mentales graves, las patologías narcisistas y límites de la personalidad y los traumas reales en la primera infancia. También Winnicott es el autor (dentro de otros tantos, empezando por Ferenczi) que abre el abanico del análisis y la terapéutica a estos otros pacientes que resultaban *inanalizables* para Freud.

Fue Winnicott quien con más énfasis emplazó a considerar a la madre, y a la figura del propio analista como rol maternal durante la terapia, dentro del esquema psicoanalítico básico para tratar a un paciente. Ya no se trataba -como antes- de concebir a un paciente y a sus objetos internos y defensas como si no existiera un mundo externo fuera de él, o que de existir no importaba mucho en la realidad del sujeto; como si en la mente individual todo fueran fantasías y pulsiones internas al decir de Freud y Klein. A partir de ahora, ciertamente, existe una realidad exterior, todopoderosa, personificada por la madre, que es quien literalmente tiene a su merced al bebé, y de la interacción real con el hijo desarrollará éste sus afectos, complejos, representaciones, necesidades... No hay determinismo alguno, y de haberlo sería el que marca la impronta del deseo materno, no la propia pulsión sin objeto. No hay narcisismo primario en el bebé si la madre no colabora, no lo ama y lo libidiniza.

Para mí fue una gran sorpresa encontrarme hace ya varios años, durante de mi residencia de psicología clínica, con un psicoanalista que es capaz de distinguir entre un ser más verdadero, auténtico, vivo, creativo, dinámico y en última instancia libre y feliz, y otro más falso, simulado, aparente, inhibido, sumiso, conformista, muerto... en último término una simple armadura protectora para el ser verdadero interior, muchas veces desconocido para los demás y también para sí mismo, que es el caso de tantos pacientes mentales y personas de carácter narcisista y agresivo, o simplemente sumisos-dependientes. El falso *self*, o falso ser, es el "personaje" (así es como García Badaracco en Argentina parafrasea los términos winnicottianos), el actor, que oculta la verdadera "persona" del individuo para que ésta no se exponga ante un auditorio hostil, donde va a sufrir oposición, rechazo,

incomprensión, trauma...

El falso ser es el precio que el niño ha tenido que pagar, desde pequeño, para ser aceptado, para recibir aprobación, miradas y deseos, de un entorno y una madre que no apreciaba su autenticidad (porque esta autenticidad siempre es algo libre, displicente, exigente, incierta... una amenaza para cualquier progenitor inseguro). La madre, que a este respecto no ha sido lo buena que debiera, ha transmitido un deseo al niño por buscar más la aprobación del entorno que la libre expresión, y desde sus cimientos marca un desarrollo gestado en ser-para-otros en lugar de ser-para-sí. En lugar de vivir, el niño reacciona y se adapta, pero no tiene la sensación de "ser verdadero"; ya de adulto vive como una especie de futilidad, de vacío existencial, "realmente no ha empezado a existir" (Winnicott, 1960).

El ser falso tiene una naturaleza esencialmente defensiva, conservadora, depresiva, tapa y escapa de un vacío, social y familiar, al que se vería abocada la persona si no tuviera esa coraza protectora. El ser verdadero habita detrás del falso, pero es tan inmaduro, que nunca pudo ser desarrollado, y no podría sobrevivir ante el mundo sin el parapeto del falso. Dice Winnicott (1960) que el suicidio es la última maniobra defensiva del ser falso para proteger al verdadero, e impedir su exposición al exterior y su consiguiente aniquilamiento. El ser verdadero sólo puede desarrollarse desde la capacidad de la madre, por la respuesta de ésta al gesto espontáneo del bebé, a su pretendida omnipotencia; mas si la madre no sabe o no puede respetar esta omnipotencia, porque la suya también está en juego (su ser falso-materno no permite concesiones ni rivalidades y vive en la ilusión del goce materno), entonces anula y frustra la omnipotencia infantil antes de tiempo, le devuelve mala imagen, mala mirada al bebé, ansiedad, peligro, dolor. Y, paradójicamente, el falso ser que desde aquí se edifica en el bebé, paulatinamente, se agarra a la ilusión defensiva, a la pretendida omnipotencia, y a una vida mental irreal, sin completar adecuadamente los tres procesos fundamentales que determinan un desarrollo saludable: integración del sí mismo, personalización psique/soma y realización apropiada con la realidad interna y externa.

Es decir, el falso ser se edifica sobre el síntoma, de distinta gravedad según sean los condicionantes internos y ambientales (desde la psicosis desintegrativa a la patología de la despersonalización, la angustia de separación de los *borderline*, etc.), pero que no da lugar a un individuo maduro, integrado, personificado y realizado como sería el verdadero ser de haber podido desarrollarse. Éste hubiera abrogado de la omnipotencia paulatinamente, bien llevado por el ritmo deseante de la madre que propicia el destete, la frustración y la adecuación a la realidad en los momentos evolutivos decisivos. Pero el falso ser sigue viviendo en la fantasía, en la ilusión omnipotente, desapegada del mundo, entregada al goce materno, a otros síntomas, al narcisismo... y así llega a la vida adulta, al momento del tratamiento analítico. El falso ser protege al verdadero de una angustia "inconcebible", dice Winnicott (1960), algo psicótico que aniquilaría al sujeto si se expusiera sin la coraza.

Son tres las funciones o procesos que el medio maternal (cualquiera que sea la figura que le represente, porque puede ser también el padre, en funciones maternas) ha de cubrir: el sostén *-holding-*, tanto físico como mental (contención de los impulsos del bebé, de sus angustias persecutorias, sus miedos fragmentadores, sus ideas de muerte o

de perplejidad); el manipuleo o manoseo *-handling-*, que no es más que libidinizar el cuerpo del bebé con el contacto físico para procurar en la pequeña criatura la integración psique/soma y su individuación; y la presentación de objeto *-object-presenting-* para introducir al bebé paulatinamente en el mundo exterior, guardándole saludablemente la omnipotencia narcisista mientras él va devorando su curiosidad y digiriendo todo un mundo de novedades y misterios en torno y fuera de su cuerpo. De todas maneras, la “preocupación maternal primaria” prepara, de manera instintiva y natural (por eso es primaria), a la madre embarazada para desear tener a su bebé, y saber cuidarlo, y tratarlo llegado el momento del parto y la crianza, aunque también dependerá mucho de la personalidad previa y experiencial de la madre, forjada en su infancia.

Las tres mismas funciones que marcan el ser o no ser suficientemente bueno de la madre, son las que ha de repetir el terapeuta con el paciente en tratamiento. Es genial la consideración que hace Winnicott del proceso terapéutico como una segunda oportunidad de desarrollo psicológico y madurativo para el paciente, de descongelar las funciones, capacidades, genuinas habilidades y recursos que el paciente tenía congelados o latentes desde las etapas tempranas de su infancia, de aparcar las reacciones defensivas del falso ser para dar opción al verdadero de salir de su escondrijo y encontrarse con el mundo. No es ya la consideración clásica freudiana del analista como un médico -cirujano, traumatólogo- corrector de desajustes psicológicos profundos, o un detective que entrega al cliente la clave intelectual de su caso personal, sino que aquí se trata de vivir toda una vida que no ha sido vivida -¡nada menos!-, de asistir a un proceso terapéutico que transformará, si se desarrolla conveniente y exitosamente, a una persona en otra. Esto desde luego no lo pudo Freud ni soñar, y por eso consideraba a estos análisis como interminables y los pacientes inapropiados para el método, porque no llegaba a contemplar tal posibilidad de cambio y de reprogramación. Sin embargo, Winnicott, Bollas, y Badaracco generaciones después, lo conciben como más que posible.

La incógnita está en saber cómo. El método va a cambiar, y tal como indicaba Aron (2008) va a ser algo revolucionario. El analista deberá abandonar su aislamiento, su neutralidad, su poltrona defensiva, y entrar a jugar -sí, a jugar, sin reglas preconcebidas, aunque con límites- con el paciente a lo que éste le propone, a construir entre los dos ese verdadero ser que se esconde en alguna parte. La herramienta para llevar a cabo tales proezas van a ser las propias personas de paciente y terapeuta, entregados a una relación estrecha que resultará decisiva para el resultado, si consiguen establecer una genuina alianza, auténtica y honesta, entre ambos. El terapeuta se convertirá en la madre del paciente, desarrollará con él las funciones antes descritas, y el paciente evolucionará en el transcurso de la terapia como un niño que madura y se hace mayor. Pasará de la omnipotencia fantástica, la dependencia absoluta y la necesidad de cuidados, a la autonomía, la madurez emocional e intelectual y el alta terapéutica (todo con las reservas particulares a cada caso, gravedades, déficits, recaídas, etc.). El terapeuta será el encargado de sostenerle en sus angustias, devolverle la mirada libidinizante -no sería ético ni útil repetir el manoseo infantil, sino sustituirlo por el tacto de las palabras, de las interpretaciones e intervenciones, el ánimo de la mirada y la confianza de la expectativa-, y presentar adecuadamente ante el paciente los objetos de la realidad que éste siempre ha tenido que negar, reprimir, alejar, agredir.

La transferencia y la contratransferencia tendrán una importancia crucial, como ya habían avanzado otros autores antes de Winnicott. Cuanto más grave es el paciente, más decisivo es el marco terapéutico, la relación transferencial en situaciones de control y seguridad, y menos las interpretaciones o el *insight* de lo que está pasando (1955-1956). El paciente, en terapia, podrá sentir y hablar lo que no podía en su casa, en su familia, podrá sentir la agresividad y expresarla, y luego hablar sobre ella con la madre-analista; podrá acusarla de equivocarse, de hacerle daño, de no saber lo que tiene que hacer; podrá recibir también, con el tacto y la serenidad necesarias, las críticas y el *feedback* que merecen sus acciones e impulsos. La interpretación del analista será algo más bien subjetivo, no la autoridad sapiente objetiva que se creía Freud. La interpretación en Winnicott es parte del juego, es una apuesta, un ofrecimiento, una sugerencia, una tentativa para ver qué pasa o como elaboran la siguiente jugada entre los dos, es algo a negociar entre las partes. Hay una mutualidad entre paciente y terapeuta, una bidireccionalidad, conservando siempre una asimetría (Aron, 2008). Aunque el terapeuta revele a veces contenidos personales suyos, ideas propias, recuerdos o sueños, el análisis corresponde hacerlo sobre la vida del paciente, faltaría más.

Y cosa fundamental: el analista aceptará de buen grado ser usado como objeto por el paciente. La ilustración clínica que aporta Joyce Slochower (tomada de Liberman & Abello, 2008) es bien significativa. Tras *diez años* de duro análisis a una paciente histérico-límite grave, de transferencias y contratransferencias intensas y dolorosas, de juegos cruzados de idealizaciones y demonizaciones de la paciente hacia la analista -y viceversa-, de relaciones parciales angustiosas y desesperantes, el buen término del tratamiento tiene lugar en el seno mismo de la relación, en el acompañamiento de la terapeuta con la paciente y el compromiso mutuo de superar los ciclos de afectos y representaciones entre las dos (oscilaciones continuas entre lo bueno y lo malo sin las transiciones o las síntesis adecuadas, cambios bruscos erráticos del reclamo positivo al pánico por el abandono y la agresión como defensa anticipatoria). Paulatinamente se modificaron las vivencias de cada una de ellas, de la paciente sobre sí misma y sobre la Dra. Slochower, y de ésta a su vez en términos análogos. La terapeuta se sostenía a sí misma y mantenía la actitud de sostén, y la paciente terminó por confiar en ella y abrirse a su parte escindida angustiosa.

Durante este tiempo nos confiesa la terapeuta que fue usada de manera perversa por la paciente, por la parte perversa y manipuladora de ésta, pero se sostuvo a sí misma y no agredió a la paciente, más allá de lo inevitable y humanamente genuino. Siempre tuvo la puerta de la consulta abierta a la paciente, y ésta siempre accedió a volver y a hablar. Hablar y hablar durante años, jugar y negociar, mucho tiempo, al principio a cara de perro y con frustraciones y desapegos que asfixiaban el ambiente, más tarde soportando mejor el clima terapéutico, y finalmente con éxito y maduración. El ser verdadero tuvo ocasión postrera de demostrar su existencia, y de firmar un bello caso clínico de la esperanza winnicottiana.

El mismo caso, dos años antes, se habría dado por perdido o como fracaso terapéutico que exigía alguna rectificación. La perseverancia de ambas partes en el marco terapéutico, en la relación profesional, terminó por fructificar. La terapeuta, puesta a

prueba tantas veces, no resultaba muerta, no agredía ni se rendía, sino que hablaba con humanidad, honestidad, respeto y consuelo. El peor de los miedos de la paciente, no merecer ser amada, finalmente se disipó, porque la terapeuta pasó la dura prueba. Se pudo constatar la idea de Winnicott de que la resistencia, en el fondo, es un período de duda, de incertidumbre y ansiedad, de ambivalencia, de duración indeterminada, pero imprescindible para asimilar mentalmente los aspectos en todo chocantes al falso ser; las cosas nuevas, imprevistas, desconcertantes, llevan su tiempo, largo tiempo, pero calan y fructifican. El espacio intermedio, transicional, al principio tan estrecho que no dejaba respirar, fue ampliándose y abriéndose a la experiencia flexible, de encuentro cultural de dos personalidades distintas (Winnicott, 1951).

Este caso clínico tratado por Slochower es también un ejemplo de cómo la continuidad de los trabajos, de los juegos, de la existencia y las relaciones, es el vínculo que posibilita el desarrollo y el cambio. Winnicott también lo señalaba con respecto al bebé (1951): es fundamental para la supervivencia cierta continuidad, porque la discontinuidad de los cuidados, o la alternancia irregular de buenos y malos tratos, es lo que realmente desgarrar al individuo y le hace fragmentarse en una psicosis, en el mantenimiento delirante de una omnipotencia nunca lograda.

También dice en ese artículo de *Objetos y fenómenos transicionales* que el objeto transicional, y por extensión los espacios y fenómenos análogos, por un lado representan a la madre, al pecho bueno proveedor y protector; por otro lado, lo sustituyen ante su ausencia y la introducción en los misterios y amenazas del mundo real; y sobre todo que, una vez establecidos (en el proceso de individuación del Yo, de elaboración de lo interior y lo exterior, del Yo y el no-Yo), tales objetos o fenómenos transicionales *son más importantes* que la propia madre. Es decir, que para el desarrollo madurativo y psicológico, más decisivo que la presencia real del otro, o que su presencia introyectada como objeto, es el espacio intermedio, de encuentro, de relación, de misterio y ambigüedad entre sí mismo y los demás. La autonomía se gana cuando se renuncia a la omnipotencia del Yo, a la dependencia enclaustradora del deseo materno, y se emprende la aventura del encuentro con el otro sin devorarlo ni dejarse agredir. Es el encuentro, a fin de cuentas, con todo lo cultural, intercambiable y recíproco: la experiencia comunitaria, el arte, la religión, la profesión, las creaciones humanas, las leyes como reglas de juego de todos, la sexualidad... la triangulación edípica en definitiva.

Otro bello ejemplo que podemos comentar es el *caso Jerome*, tratado por Christopher Bollas, uno de los más fieles seguidores de Winnicott. El caso clínico es el siguiente. Jerome es un paciente corpulento, sobre 55 años, con un perfil paranoide que suscitaba sospechas respecto a su idoneidad para el tratamiento analítico. Bollas lo acepta en análisis, pero durante meses éste discurre entre ideas de autorreferencia, preocupaciones persecutorias y deseos de venganza contra personas que supuestamente le han maltratado o conciben hacerlo. Las interpretaciones del analista no le sacan de ese núcleo, y la opción posible de que él esté enmascarando una depresión el paciente no la puede contemplar, le angustia. Antes bien, se refugia en su odio contra los demás, preservando al analista en la posición de objeto idealizado bueno, salvífico, para sostenerse él mismo de la aniquilación. Es la razón por la que Jerome mantenía a Bollas a una distancia psíquica prudencial y éste se libraba del campo de las interpretaciones

deliroides persecutorias de aquél.

Todo estaba, pues, estancado en el análisis hasta que un día a Jerome se le ocurrió confiar a Bollas una fantasía que se le había pasado por la mente un momento antes de entrar a consulta. Tenía que ver con presentarse él con botas y sombrero de *cowboy* en la sesión del paciente anterior, una dama a la que impresionaría, así como al analista, con un comentario muy de *cowboy*, como en una película de *western*. Se atrevió a revelar este pequeño juego mental, que Bollas juzgó divertido y chocante, porque éste le había pedido “de manera juguetona” que le contara aquello que le había hecho cierta gracia y que suscitaba en él una sonrisa mientras se hallaba tumbado en el diván. El caso es que Jerome lo reveló, y ahí modificó el curso de su análisis y la relación terapéutica con el analista. Todo se volvió más flexible, entrañable, campechano, menos serio y más ameno, y tanto Bollas como Jerome rieron por el “sueño diurno”. Influyó bastante que la respuesta genuina del analista fuera la risa y el aprecio subjetivo por la confidencia, porque el paciente se encontraba nervioso por no saber la reacción emocional del otro -y más, siendo un paranoide que podía esperar ataque o burla-, pero se encontró con una interacción agradable y franca. El analista le felicitó por esta invención que sorteaba los apuros del análisis.

En adelante, Jerome trajo a consulta más fantasías e historias que colocaban al analista en una posición graciosa para él. Las ideas paranoides y vengativas perdieron importancia y llegaron a desaparecer por completo, y empezó a situar en el analista estados propios y a trabajar con la situación transferencial como un paciente más. Pudo entonces hablar y elaborar los sentimientos, acuerdos, enojos, disensos, adoptar distintos posicionamientos y llevar la agresión al campo de lo mental y el lenguaje (la burla, la expresión y reflexión), en lugar de la ideación paranoide puesta en acto. En una palabra, se atrevió a confiar en el otro, en la figura del terapeuta, y a considerar materiales sensibles propios hasta entonces escindidos y angustiosos, y por tanto avanzó consistentemente en el análisis personal. Las interpretaciones de Bollas, que antes eran escuchadas y prácticamente ignoradas, ahora eran meditadas, contestadas, retomadas, hacían *insight*. Dice Bollas que “el paciente podía jugar con el analista porque sus angustias persecutorias previas habían sido reelaboradas”, y ésta parece ser la clave del caso y la principal curación de Jerome. “Pudo abstraerse de mis sentimientos, abandonar su preocupación sobre si me hacía daño, y consiguió dejar de mostrarse serio como modo de prevenir una venganza imaginaria de mi parte”.

Bollas nos da la pista de la manera propicia de trabajar con pacientes tan difíciles como éste, cuando afirma que “lo que hice no fue distinto de lo que hace una madre lo bastante buena cuando celebra la agresión del infante. Desde luego que mi celebración de él fue un acto simbólico en lugar de ser un acto literal de cuidado materno; el paradigma de la agresión aceptable le fue comunicado inconscientemente y, tan pronto como lo comprendió, él cambió. De hecho, esto sucedió dentro de una sola sesión”.

Vemos que retoma la idea del juego y del maternaje de Winnicott en el análisis, respecto a que el paciente necesita una función materna de sostenimiento y devolución tierna para poder crecer mentalmente y elaborar su mundo interior de angustias y deseos de muerte (la posición kleiniana esquizo-paranoide, donde parece estar fijado Jerome, sin

haber aún integrado eficazmente las relaciones parciales en un objeto total y haber madurado y sobrevivido a la posición depresiva). El paciente necesitaba aún escindir el mundo en objetos malos, perversos y asesinos, y preservarse él como objeto bueno, en peligro por el ataque y la venganza de los demás, y colocar al analista como madre salvadora y protectora, aunque fantaseada y muy irreal. El pánico de Jerome a introyectar toda la agresión, odio y muerte proyectadas fuera de él era lo que le mantenía anclado en la posición esquizoide y primitiva, porque lo vivía como una retaliación sádica.

El juego de Bolas, dejarse usar como objeto por el paciente, por las agresiones del paciente en forma de historias burlonas, para devolverle ternura, gracia, felicitación, un componente lúdico maduro que le permite metabolizar la agresión y versatilizar los matices de sus instintos pulsionales, es el instrumento terapéutico que acompaña al paciente en su desarrollo mental básico dentro del contexto del proceso terapéutico. Hay algo de lo que Bolas llama “lo sabido no pensado”, todos los miedos, angustias y proyecciones agresivas que Jerome no había pensado sino simplemente echado de sí, de su *self* genuino para encerrarse en un *self* falso paranoide, los pasa a meditar, reflexionar, tratar con el lenguaje cuando le son devueltos por el analista en forma de juego, risas, diversión, intercambio de ideas inventivas y graciosas, de fantasías y sueños diurnos, que preservan la integridad buena y digna del paciente, del niño.

Es todo lo implícito que ya estaba en el *self* del paciente, que ya era sabido por él e intuitivo por el terapeuta, pero que aún no había sido pensado por la angustia de aniquilación, y que efectúa esa transición transformadora gracias al juego y al uso como objeto del analista. Éste se convierte en un “objeto transformacional” (término forjado por Bolas) para Jerome, a la manera de una madre, porque gracias a él, gracias al juego que el paciente-niño tiene con el analista-madre y a la tolerancia de éste a las agresiones de aquél, más la devolución de material sano, tierno, divertido que hace, es como el sujeto se va transformando y abriendo a la dualidad y a la integración de los opuestos y de sí mismo como un sujeto-objeto total, ensamblando las partes opuestas escindidas de su *self* y abriendo paso a su parte genuina en la relación con el mundo exterior, y también con el interno.

Como Bolas teoriza (1987), el analista, en la posición de madre, tiene que adaptarse al idioma propio del paciente, a su manera de pensar, de sentir, de temer, y desde ahí acompañarle en la transición del tratamiento y de la maduración mental. Es la transformación que tiene lugar en la psique del niño, del paciente, a un mundo de integración y relación con el exterior en términos de confianza, apertura, juego, buen humor, y no entre talantes y parapetos de defensas paranoides, suspicaces, agresivas, temerosas de una retaliación constante.

En realidad, Bolas es capaz de ver, de esperar, de intuir, desde el principio un *self* genuino, verdadero, en cada paciente, y darle la oportunidad, con constancia y paciencia, a que aparezca, salga a la luz aunque sea en un instante y por medio de un amago; pero ese instante es aprovechado por el terapeuta para ser celebrado, reconocido, invitado a reaparecer más veces, es acogido con alegría y confianza, y el *self* genuino vuelve a asomarse y actuar, y paulatinamente va fortaleciéndose, expresándose y tomando forma. Es el *self* verdadero de persona informal, juguetona, fantasiosa, que Jerome escondía y

que un día se atrevió a revelar porque Bollas lo intuía más cerca, más en la superficie, y cuando afloró lo recogió con dulzura, buen ánimo y lo que él llama “celebración”. Claramente Bollas se adaptó al idioma del paciente, y estuvo atento a echarle la mano adecuada para traerlo a la realidad y a la transferencia. El uso de los objetos, la disposición del terapeuta a ser utilizado por el paciente, a recibir sus agresiones y no devolver el talión, antes bien, convertir esta dinámica primitiva y agresiva en un juego lúdico y de humor, es la clave del caso.

Bollas se convierte en “paciente de sí mismo”, porque de continuo está haciendo una lectura contratransferencial actual del caso; adopta la posición contratransferencial hasta el punto de revelársela al paciente para tratar entre los dos las sensaciones e impresiones subjetivas del terapeuta al respecto de lo que va surgiendo en la terapia. Vivencia cosas aunque aún no sepa exactamente cuáles y por qué, y esto lo comparte con el paciente para dar lugar a ideas nuevas, reflexiones, opiniones, etc. Por supuesto, siempre con el cuidado de no verter sobre el otro sin más las angustias, incertidumbres, aburrimientos que el paciente está depositando en el analista, sino sabiéndolo devolver, retomar, explicar, interrogar... para trasladar al otro los diferentes abordajes y divisiones del paciente como sujeto, y del analista también como sujeto dividido (lo que él llama la “dialéctica del disenso”), dentro de un contexto genuino y tolerante, cada vez más abierto a las subjetividades y posibilidades.

Porque, además, dice Bollas (1987) que el modo como hemos sido tratados por el objeto (la madre, el analista) se interioriza como forma de trato subjetivo con nosotros mismos, con nuestro *self*. Es decir, el trato de sujetos con nuestro *self* hereda y expresa en parte nuestra experiencia como objeto parental; el *self* es “objeto de nosotros mismos”, y nos tratamos internamente como hemos sido tratados desde fuera por la madre. Cuando el analista es un objeto transformacional (y no meramente conservativo, estancado, rígido y duradero), como en el caso de Bollas con Jerome, el paciente asimila inconscientemente, hace propio -con mucha paciencia, altibajos, sesiones, procesos- ese trato que recibe para consigo mismo, traslada la dulzura y confianza que recibe de fuera a sí mismo y a cómo se relaciona consigo mismo. Poco a poco se acepta, se quiere, se contiene, se perdona, cree en sí mismo y confía en sí mismo, sabe digerir su propia angustia, odio, agresividad... todo lo no pensado, pero sabido, que constituía el *self* genuino que ha aflorado gracias a la receptividad exterior. Del “hado” funesto y pesimista del falso *self*, el paciente, acompañado por el analista, ha conseguido sustraerse y seguir su propio “destino” abierto y vivo.

Jerome sirve a Bollas para ilustrar la ontología del *self* genuino (1987), su presencia real -aunque potencial- en cualquier paciente, y la posibilidad factible de traerlo a la realidad, primero a la transferencia y después al entorno social del sujeto, para culminar con éxito un tratamiento psicoanalítico difícil -nada menos que pacientes con estructura fronteriza o psicótica, que habitualmente son excluidos o terminan abandonando los *settings* analíticos-. Ocurre que, dado que se concibe como algo “sabido pero no pensado”, “un inconsciente reprimido primario”, “lo relacional implícito” que es anterior al lenguaje, a la represión de contenidos representacionales infantiles, es algo puramente procesual, modos de estar-con, preverbales y estructurales, incluso con carga genética previa al vínculo relacional; resulta, pues, difícil de representar, de visualizar, de creer en ello más

allá de una metáfora o modelo explicativo.

No obstante, para Bollas el *self* genuino es necesario concebirlo constantemente en el tratamiento, esperar con paciencia a que aparezca, recibirlo con expectativa de éxito y de autenticidad, porque de lo contrario se puede asfixiar en el transcurso de una terapia monótona e insípida. Se trata de que los “objetos conservativos”, rígidos, talantes inertes (tantas identificaciones e imágenes, identidades falsas, delirios) se transformen dinámicamente, dejen paso a lo genuino, sean material plástico de “objetos transformacionales”.

El caso de Jerome lo demuestra, aunque el propio autor objeta al final lo siguiente, que hemos de tener muy presente: “Es cierto que esta experiencia terapéutica en sí y por sí sería *insuficiente* para producir un cambio psicológico duradero. Cuando el paciente estuvo preparado, repasamos lo que había sucedido y analizamos mi aporte al cambio, su respuesta a ello, el uso que hizo de mí y el modo en que esto lo habilitó para ser agresivo sin persecución. Pero creo que el paciente, con esta experiencia lo bastante buena en su haber, obtuvo ese tipo de propio-ser que después pudo trabajar más fecundamente con la interpretación analítica ordinaria. No se sintió despojado por el *insight*, sino fortalecido por éste. Antes, aunque raramente lo mencionara, a menudo sentía que de algún modo yo lo disminuía cuando interpretaba su destructividad y desesperaba de su futuro”.

En definitiva, no sólo vale esta experiencia emocional reparadora, la relación terapéutica franca y auténtica, el juego terapéutico y relacional entre madre e hijo, la maduración implícita e inconsciente de la agresión y el ensamblaje de las costuras de la psique; más bien es un punto de partida, necesario y dispuesto, para “pensar lo sabido no pensado”, elaborar cognitivamente y afectivamente todo este material en el seno de la transferencia, en la apertura a las interpretaciones ordinarias, a la elaboración analítica del *insight* y el proceso terapéutico habituales. No todo es juego, afecto y comprensión, también hay que trabajar con el lenguaje, la reflexión intelectual y afectiva y el crecimiento personal. Pero esto se hace, se edifica sólidamente, cuando el *self* genuino ha podido mostrarse y expresarse, y para esto es requisito necesario esa experiencia terapéutica de la que habla Bollas, y a la que tanto contribuye la posición y abordaje subjetivo y vivencial del terapeuta.

Empezábamos nuestro artículo aludiendo a la opinión -más bien el deseo- de Winnicott de no cambiar la teoría psicoanalítica básica con sus postulados particulares. La consideración de un verdadero y un falso ser, aunque la quiere hacer descender de Freud y de las divisiones que éste hacía entre un núcleo central del ser accionado por los instintos (sexualidad pregenital y genital) y otra parte volcada hacia fuera y en relación con el mundo (Winnicott, 1960), no queda muy bien aclarada. Quizás quiere decir que, para Freud, el Ello y la parte del Yo que sirve al Ello eran más genuinos y honestos que la parte del Yo que sirve al Superyó (la moral de los padres introyectada desde fuera, la herencia del Edipo y la conformidad con la realidad y la conveniencia externa), razón por la cual en su artículo de 1955-1956 afirma que en el ser verdadero el Yo es capaz de experimentar los impulsos del Ello y de sentirse real al hacerlo. Pero cabe preguntarse qué concibe Winnicott como Ello freudiano, pues los impulsos del Ello, aun siendo sexuales, libres y vivos al estilo nietscheano, son en todo narcisistas, perversos, omnipotentes, agresivos,

dominantes, explotadores y egoístas. Hacer dueño al ser verdadero de estos impulsos antisociales, aun eludiendo su componente tanático de la *Ananké* o de la compulsión a la repetición, resulta bastante difícil de digerir para la teoría posibilista del psicoanálisis intersubjetivo o pre-relacional.

Si el ser verdadero es humanista, entrañable, positivo, sociable, alegre, tierno, dinámico, autoeficaz, optimista, hasta humilde podríamos decir (también tiene odio y agresividad genuinas contra los objetos, deseos y acciones de muerte, de rebeldía, pero lo integra todo desde la vertiente relacional, de síntesis de amor y odio más apertura al objeto, de espacio transicional y reconciliación, no de conquista y devoración narcisista), no encuentro yo muchos de estos rasgos en el Ello freudiano. Freud relacionaba bastantes de estos rasgos prosociales con la moral cultural exterior, interiorizada por el bebé en la instancia psíquica del Superyó, pero en todo antagónica a la naturaleza pulsional, narcisista del ser humano.

De acuerdo en que, a partir de Ferenczi y quizás de los teóricos de las relaciones objetales, los impulsos del Ello tampoco pueden conceptualizarse como meramente biológicos y darwinianos, sino ligados a la interacción con la madre, el sostén y la mirada de ésta, las representaciones constituidas en la relación, la angustia elaborada a partir del encuentro, contenida o transmitida con el contacto físico y emocional, etc. Pero aquí ya hay una modulación muy considerable del *ethos* freudiano, de la visión que Freud tenía del hombre, que era bastante similar a la de Klein, por cierto. A mi juicio, de hecho es Winnicott, como autor principal, quien rompe con esta concepción narcisista, existencialista, pesimista del ser humano para entrever un ser verdadero, pequeño pero sano, en el interior de todo paciente, albergando una posibilidad y una esperanza de tratamiento para cada persona, por muy tremendo y aparatoso que sea su falso ser de enfermo.

Ahí veo una gran diferencia con la teoría psicoanalítica de partida, ciertamente una revolución ideológica y hermenéutica dentro del psicoanálisis, que luego se llevará a la terapéutica y la técnica, y es que estos autores relacionales -o pre-relacionales o como se los quiera llamar- son capaces de buscar dentro del paciente una parte sana, saludable, sociable, positiva, tierna, y relacionarla con un verdadero ser, no con algo superyoico sujeto a identificaciones externas y por tanto secundario a los procesos primarios narcisistas. Para Freud -en mi opinión-, la salud mental neurótica era la satisfacción apropiada y realista de los impulsos sexuales inconscientes, individuales, egoístas y voraces, sorteando eficazmente el peaje de la represión y las facturas de las instancias represoras -el Yo y el Ideal del Yo-, y aprovechando las circunstancias culturales y sociales en el propio beneficio -consciente e inconsciente-. Hay mucha miseria en la concepción freudiana, pues la existencia humana está ligada a meras satisfacciones sexuales, compulsiones a la repetición y sustitución de objetos, acechando los síntomas y la represión en cada estrategia de deseo, siempre conflictiva y fútil. En todo va a haber conflicto porque los impulsos libidinosos son por definición perversos y antisociales. No hay más verdad que la búsqueda instrumental de objetos corporales y materiales para satisfacciones eróticas, y las defensas que la sociedad y la psique enarbolan necesariamente para no morir en el intento por exceso o defecto de pulsión.

En definitiva, Winnicott es un psicoanalista que postula sin complejos su creencia en el hombre, en la naturaleza posible, positiva, saludable y sociable del ser humano, en el sentido de la existencia para sí mismo y para los demás como algo potencialmente armónico, unitario-sintético dentro de lo dialéctico-conflictivo, pero digamos que con una finalidad natural en el ser de encontrarse con los otros en un espacio transicional apacible, y de construir una sociedad común no meramente explotadora, narcisista, competitiva o materialista. Hay menos conflicto en Winnicott porque el ser verdadero es prosocial, amoroso con los demás a la vez que lo es consigo; hay una transición apacible entre unos y otros, no una competición inexorable.

La distancia con Freud, con Klein -también por supuesto con Lacan- es muy grande, a mi entender, desde la ética existencialista-materialista de la supervivencia a costa de los demás, del conflicto para nutrirse del otro sin más consuelo que el propio narcisismo -ante la nada de la miseria humana-, hasta una ética diferente, más humanista, que admite el componente perverso de la naturaleza pero como algo *falso*, defensivo, ignorante -víctima de traumas y carencias tempranas, infeliz en suma-, porque el sentido, la potencialidad y la posibilidad, y la misma razón del ser están en el *bien*, lo que llamaríamos -siempre se ha llamado así- *lo verdadero*.

Quizás yo me esté despegando algo de la obra y la teoría propiamente winnicottianas y enlazando con otras ideas o ideologías de múltiple origen, es posible, pero tampoco creo que me equivoque mucho si afirmo que en este autor está la clave del cambio moderno en el psicoanálisis freudiano en un sentido más humano, abierto, relacional, afectivo, abnegado y vivencial, el comienzo de las relaciones terapéuticas desde la función materna libidinizante y no sólo desde la función paterna del saber, la castración y la ley.

Si una madre nos trae al mundo, nos ama, nos cuida, protege y alimenta, nos modela, nos infunde hálito y deseo, nos desteta e introduce en el mundo externo de los misterios y las amenazas -aquí con la intervención del padre, claro-, y todo lo hace por instinto y deseo, por naturaleza; todas estas maravillas vivenciales, inconscientes, que se han constituido en nosotros a lo largo de todas nuestras relaciones, son la esencia de nuestro ser, nuestro Eros, la verdad de nuestra naturaleza. Cuando falla, porque el punto de partida psicológico-espiritual o material ya era flojo, deficitario, insuficiente, patológico, entonces aparece la defensa de la vida -la forma del falso ser- para combatir al otro elemento natural, animal, a la *Ananké* ("lo inconcebible", Winnicott, 1960), pero esto real que subyace no puede ser más primario ni más real que el deseo del amor, el bien y la ternura del hombre. Esto ya lo sabían los griegos y los cristianos, y creo que es Winnicott quien, con más acierto y trascendencia que sus antecesores pre-relacionales, lo inserta claramente en el psicoanálisis moderno, hasta hoy.

REFERENCIAS:

Aron, S. (2008). Interpretación como expresión de la subjetividad del analista. En A. Liberman y A. Abello (Comps.): *Winnicott hoy. Su presencia en la clínica actual*. Madrid: Psimática.

- Bollas, C. (1987). *La sombra del objeto. Psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Buenos Aires: Amorrortu, 1991. "Introducción" y Capítulo 12: "Usos expresivos de la contratransferencia: apuntes al paciente desde nosotros mismos".
- Liberman, A. & Abello, A. (2008). *Winnicott hoy. Su presencia en la clínica actual*. Madrid: Psimática. Caso clínico de Joyce Slochower.
- Winnicott, D.W. (1951). Objetos y fenómenos transicionales. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 307-324). Barcelona: Paidós, 1998.
- Winnicott, D.W. (1955-1956). Variedades clínicas de la transferencia. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 391-396). Barcelona: Paidós, 1998.
- Winnicott, D.W. (1960). Deformación del Yo en términos de ser verdadero y ser falso. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 182-199). Barcelona: Paidós, 1992.
- Winnicott, D.W. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa, 1997.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Martín Fernández, J.D. (2012). La transición histórica en el psicoanálisis: Del *Game* al *Play* en la terapia gracias a Winnicott. Casos clínicos de pacientes graves que lo justifican *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (2): 288-301. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de: www.ceir.org.es]

NOTAS

ⁱ Una versión anterior de este trabajo fue presentada como trabajo en los *Estudios de Especialista en Psicoterapia Psicoanalítica Relacional* que organiza Ágora Relacional (Madrid) con el co-patrocinio del Instituto de Psicoterapia Relacional.

ⁱⁱ Juan Domingo Martín Fernández es Psicólogo clínico en Valladolid (España). Contacto: juandomismo@yahoo.es