

## **WINNICOTT SUS CLÍNICAS: PRIVACIÓN, PSICOSOMÁTICA Y MIEDO AL DERRUMBE.**

**CONCEPCIÓN RABADÁN FERNÁNDEZ**

\*Formación en psicoanálisis en la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM). Doctora en Psicología Clínica por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Premio Gabino Barreda; Maestra en Psicología Clínica por la UNAM. Ocupa el cargo en la Dirección Académica del Colegio Internacional de Educación Superior desde el año 1998.

Recepción: 15 noviembre de 2021/ Aceptación: 06 de diciembre de 2021

### **RESUMEN**

La conceptualización de los espacios potenciales que facilitan transiciones de fenómenos paradójales, desde lo intrapsíquico, lo intersubjetivo y la interacción, permiten plantear las clínicas de Winnicott sobre las agonías primitivas: privación, psicósomática, miedo al derrumbe. La facilitación de los fenómenos transicionales mediante la negativización, la destructividad, el olvido estando presente, flexibilizan las fronteras del aparato psíquico, mientras que en las Clínicas de las agonías primitivas hay una rigidez o una excesiva flexibilidad, de forma que no funcionan o fallan los fenómenos transicionales. Espacios potenciales facilitados por los fenómenos transicionales hasta lograr la posesión del objeto transicional que no es ni interiorizado ni perdido. Se estudia cómo el trastorno psicósomático por privación implica la escisión en la organización del aparato psíquico, con la mente y el soma funcionando cada uno por su cuenta, intentando hacer psique, y el cuerpo deshabitado de la psique, en una desertificación psíquica; diferente a la organización psicósomática por derrumbe o psique-mente. Se estudia la Clínica de la privación como dificultad en la construcción del padre primitivo y la Clínica del miedo al derrumbe en torno al vacío por derrumbe diferente al vacío que se llena en la salud con experiencias. Se estudian los tipos de angustia en estas clínicas.

**PALABRAS CLAVE:** angustia, culpa narcisista, deprivación, miedo al derrumbe, mundo interior, psicósomática, privación, padre primitivo.

## **SUMMARY**

The transitional phenomena conceptualization, that facilitates potential space, from the intrapsychic, the intersubjective and the interaction, allow to raise Winnicott's clinics about primitive agonies: deprivation, psychosomatic, fear of collapse. The facilitation of transitional phenomena through negativization, destructiveness, oblivion being present, make the boundaries of the psychic apparatus more flexible, while in the Clinics of primitive agonies there is a rigidity or excessive flexibility, so that transitional phenomena do not work or fail. Transitional phenomena that will facilitate achieving possession of the transitional object that is neither internalized nor lost. It is studied how the psychosomatic withdrawal disorder implies the splitting of the psychic apparatus implying a disengagement of the self between the mind and the soma that each function on their own, trying to make psyche, and the body uninhabited by the psyche, in a psychic desertification; different from psychosomatic organization by collapse or psyche-mind. The Clinic of deprivation is studied as a difficulty in the construction of the primitive father and the Clinic of fear of collapse around the emptiness due to collapse different from the emptiness that is filled in health by experiences. The types of distress in these clinics are studied.

**KEY WORDS:** anguish, narcissistic guilt, deprivation, fear of collapse, inner world, psychosomatic, deprivation, primitive parent.

## **RÉSUMÉ**

La conceptualisation des phénomènes transitionnels, espace potentiel, à partir de l'intrapsychique, de l'intersubjectif et de l'interaction, permet d'élever la clinique de Winnicott sur les agonies primitives : privation, psychosomatique, peur de l'effondrement. La facilitation des phénomènes transitionnels par la négativisation, la destructivité, l'oubli étant présent, rend les limites de l'appareil psychique plus flexibles, tandis que

dans les Cliniques des agonies primitives, il existe une rigidité ou une flexibilité excessive pour que les phénomènes transitionnels ne fonctionnent pas ou n'échouent pas. Phénomènes transitionnels qui faciliteront l'accession à la possession de l'objet transitionnel qui n'est ni intériorisé ni perdu. On étudie comment le trouble de sevrage psychosomatique implique le clivage de l'appareil psychique impliquant un désengagement du soi entre l'esprit et le soma qui fonctionnent chacun de leur côté, essayant de faire psyché, et le corps inhabité par la psyché, dans une désertification psychique; différent de l'organisation psychosomatique par l'effondrement ou le psychisme. La Clinique de la privation est étudiée comme une difficulté dans la construction du père primitif et la Clinique de la peur de l'effondrement autour du vide dû à l'effondrement différent du vide qui est rempli en santé par les expériences. Les types de détresse dans ces cliniques sont étudiés.

**MOTS CLÉS:** angoisse, culpabilité narcissique, la faute, privation, peur de l'effondrement, monde intérieur, psychosomatique, privation, parent primitif.

## INTRODUCCIÓN

Una de las tesis de este trabajo es que, en la Clínica de las agonías primitivas: privación, psicósomática, miedo al derrumbe, el espacio potencial que facilita los fenómenos transicionales siempre paradójicos, no se encuentra funcionando o muestra fallas; al no haber experiencias de fenómenos transicionales existe o bien una rigidez o una excesiva flexibilidad, entre las fronteras del aparato psíquico: la membrana del yo piel y la frontera del yo. En estos casos no se juega la angustia de castración, al tratarse de la continuidad en el ser, de existir, se puede llegar a tratar de angustias de aniquilación; o como refiere André Green, quien continúa el pensamiento de Winnicott, de la coexistencia de una doble angustia: entre angustia de separación y angustia de intrusión[1]. Muy diferente a cuando dos términos en conflicto, como en la neurosis, propenden hacia la formación de compromiso funcionando la represión secundaria. En vez de las formaciones de compromiso, funcionan formas de escisión en el aparato psíquico o vivencias de vacío por derrumbe.

A veces se da por supuesto que, cuando está sano el individuo, que está siempre integrado así como que vive en su propio cuerpo y que es capaz de sentir que el mundo es real. Sin embargo hay muchos estados de salud mental que pueden tener una modalidad sintomática y se ven cargados con el miedo o la negación de la locura, de la posibilidad innata en todo ser humano de verse no integrado, despersonalizado, y de sentir que el mundo es irreal. Por ejemplo, la falta de sueño suficiente puede producir estos estados en cualquier persona (206)[2].

Son formas de escisión temporales. La expresión artística puede implicar estar en contacto con nuestro ser primitivo, de donde emanan los sentimientos más intensos e incluso sensaciones terriblemente agudas y que la mera cordura podría equivaler a la pobreza [2].

El objeto transicional, digamos el famoso osito de peluche, no es ni internalizado, ni perdido. El objeto transicional es la primera posesión no-yo, es decir, su procedencia son los fenómenos transicionales, que como espacios potenciales mediante la ilusión, la negativización, la destrucción y el olvido en presencia, flexibilizan las fronteras del aparato psíquico. Iremos viendo cómo es que esto ocurre esto.

Winnicott distingue tres fases del desarrollo emocional primitivo: fase de sostén, la depresiva y la de comprensión[2]. Esta primera posesión no-yo indica que las experiencias del niño son del orden de la fase de comprensión con un mundo compartido, con una frontera del yo capaz de establecer un adentro y un afuera. Los trastornos en la frontera del yo se manifiestan como tendencia antisocial que Winnicott publicó por primera ocasión en el año 1956 [3]. Éste tipo de deprivación del objeto ocurre en un momento del desarrollo primitivo en que al niño le fue posible percibir la falla del ambiente como hecho real. El niño ya cuenta con un mundo interior que transita entre un interior y un exterior y ahora con una frontera del yo que marca una adentro y un afuera. Winnicott trabajó con Ada niña de 8 años de edad, porque cometía reiterados robos y durante la consulta terapéutica, en la que Winnicott sostenía, resistiéndose a interpretar, se pudo resolver la disociación del yo [4]. Señala la importancia de atender pronto estos casos para que no se compliquen en la adolescencia.

En este trabajo nos acercaremos a lo que ocurre antes de la fase de comprensión de un mundo compartido. Lo que se experimenta en la fase de sostén por la privación, y en la fase depresiva como el miedo al derrumbe por la deprivación de los controles. A partir del año de 1968 Winnicott ya no habla de privación y deprivación; se dió cuenta que la deprivación se experimenta de dos maneras: deprivación de los controles y deprivación del objeto, ésta última como ocurre en la tendencia antisocial [5]. Estudiamos cómo es diferente el trastorno psicósomático por privación, del que implica la organización psicósomática contra el derrumbe, es decir, por deprivación de los controles.

### **ESPACIO POTENCIAL, FENÓMENOS Y OBJETO TRANSICIONALES**

Se puede suponer el origen de los fenómenos transicionales en el sostén. Al nacer no hay bebé, hay una pareja de crianza; el centro de gravedad se localiza en el sostén. La madre-ambiente se encuentra a la captura del gesto espontáneo del bebé. Se sorprende ahí donde lo encuentra. A diferencia de la teoría de las relaciones de objeto, de los planteamientos de Freud sobre la angustia como primera forma de psique, como relacionada con la represión y como angustia señal, para Winnicott la angustia esta asociada con la inseguridad en el sostén [6]. La angustia como el sentimiento de vivir en el cuerpo (residencia, habitación o cobijo de la psique-en el-soma). Distingue la angustia sin dolor, con dolor y sin angustia (138) [6].

“El bebé se duerme una vez que está saciado, se despierta después de un tiempo, tiene hambre, vuelve a investir las huellas de satisfacción anterior, aparece la representación del seno, y el primer gesto no es decir que el seno de mi fantasía no existe, si no su primer gesto es decir: " tengo hambre, como, lo tomo para mi" (167) [7]. En la creatividad primaria ES el pecho, tiene la ilusión de ser el pecho; él lo crea estando presente.

Dicho de otra forma, el niño acude al pecho cuando está excitado y dispuesto a alucinar algo que puede ser atacado. En aquel momento, el pezón real hace su aparición y el pequeño es capaz de sentir que eso, el pezón, es lo que acaba de alucinar. Así que sus ideas se ven enriquecidas por los datos reales de la vista, el tacto, el olfato, por lo que la próxima vez utilizará tales datos para la alucinación.

De esta manera el pequeño empieza a construirse en la capacidad para evocar lo que está realmente a su disposición. La madre debe seguir dándole al niño este tipo de experiencia (209)[8].

“En la vida saludable hay largos periodos de tiempo en los cuales al niño no le importa ser una serie de numerosos fragmentos o un ser global, o no le importa si vive en el rostro de su madre o en su propio cuerpo, siempre y cuando alguna que otra vez se reúnan los fragmentos y sienta que es algo” (206)[2].

En la fase de sostén la tendencia a integrarse se ve asistida por dos series de experiencias: a) la técnica de los cuidados infantiles en virtud de los cuales el niño es protegido del frío, bañado, acunado, nombrado; b) las agudas experiencias instintivas que tienden a reunir la personalidad en un todo partiendo desde adentro(206) [2].

Sobre la disociación primaria, se puede decir, que la vida despierta de un niño, puede ser descrita como el desarrollo gradual a partir del estado de sueño. La creación artística podrá ir ocupando el lugar de los sueños o los complementa y resulta de vital importancia para el bienestar del individuo y por ende de la humanidad (208)[2]. “En el estado más primitivo[...], el objeto se comporta con arreglo a las leyes mágicas”(210) [2].

La leche verdadera resulta satisfactoria en comparación con la leche imaginaria, pero no es esto de lo que se trata. La cuestión reside en el hecho de que en la fantasía las cosas funcionan por magia: la fantasía no tiene freno, y el amor y el odio producen efectos alarmantes. La realidad externa sí tiene freno, puede ser estudiada y conocida, y, de hecho, la fantasía es solamente tolerable en plena operación cuando la realidad objetiva es bien conocida. Lo subjetivo posee un tremendo valor pero resulta tan alarmante y mágico que no puede ser disfrutado salvo paralelamente a lo objetivo (210)[2].

Para que en la mente del niño se produzca la ilusión, es necesario, que un ser humano se tome el trabajo de traerle al niño el mundo de manera constante y comprensible (211)[2].

En la fase depresiva, “La actividad mental del pequeño hace que un medio ambiente *suficiente* se transforme en uno perfecto, es decir, convierte el fallo de adaptación en un éxito. Lo que libera a la madre de la necesidad de ser casi perfecta es la comprensión del pequeño”(328)[8]. La madre-ambiente, se encarga del caos (del bebé) y la mente (del bebé) de las fallas de la madre. En estado de salud la mente no usurpa la función del medio (329)[8]; existe, entre las discontinuidades y lo heterogéneo, con una vida psicósomática, es decir con la residencia de la psique en el soma, gracias al sostén mediante los cuidados maternos y al funcionamiento de la mente.

El estudio del espacio potencial que facilita los fenómenos transicionales los podemos estudiar desde lo intrapsíquico, desde la intersubjetividad, y desde la interacción

**A) El espacio potencial de los fenómenos de transición intrapsíquicos.** La negativización.

El espacio potencial se localiza en el sostén de los controles del ambiente que rodea al bebé. El bebé se experimenta integrado porque se esta negativizando, intrapsíquicamente, la no integración; se vive no-integrado porque se esta negativizando la integración, ¿cómo se experimenta esto? La madre-ambiente sostiene al bebé estando a la captura del gesto espontáneo. Imagina un bebé a la vez que se deja sorprender por éste. Winnicott refiere que el bebé requiere además de un objeto que gratifique uno que haga oposición, que sobreviva entre las discontinuidades y lo heterogéneo, que sobreviva a la destrucción, en una continuidad existencial.

Si el sostén es seguro el bebe podrá encontrarse no integrado a la vez que relajado, en una angustia sin dolor; la angustia como el sentimiento de habitar el cuerpo, como espacio potencializador para la continuidad de la residencia psique-soma. Si el sostén es inseguro la mente del bebé puede ayudar en las fallas saludables del ambiente. Si los controles del ambiente fallan a la manera de un derrumbe o de aniquilación entonces queda un vacío por derrumbe diferente al vacío que se llena de experiencias. Si no hay sostén no hay angustia, será un ambiente atacante; el bebé no vive existiendo sino reaccionando; se tratará de un self atormentado, ante todo en el self privado.

## ¿Qué sucede en el estado de no integración del bebé?

Con un buen cuidado infantil este estado es el natural, sin que nadie se preocupe por ello. El buen cuidado produce un estado de cosas en el que la integración empieza a convertirse en un hecho y existe ya una persona. En la medida en que esto sea cierto también lo es que la ausencia de cuidados conduce a la desintegración y no al retorno a la no integración. La desintegración es percibida como una amenaza porque por definición hay alguien que siente la amenaza. Asimismo es una defensa”(137)[6].

Con la técnica satisfactoria de cuidados infantiles,

el centro de gravedad del ser en la organización ambiente-individuo puede alojarse en el centro, en el núcleo más que en la cáscara. El ser humano que ahora estará desarrollando una entidad partiendo del centro puede quedar localizado en el cuerpo del bebé, pudiendo así empezar a crear un mundo externo al mismo tiempo que adquiere una membrana limítrofe y un interior. De acuerdo con esta teoría, al principio no existía un mundo externo aunque *nosotros en tanto observadores* pudiéramos ver un pequeño dentro de un medio (139)[6].

Entonces quizás en la medida en que la madre le esta prestando su psique a su hijo, los primeros psique-soma, se sostienen en el movimiento, el equilibrio y la sensorialidad; desde el sostén entre el equilibrio de lo escuchado, lo visto, lo cobijado, lo oído; aún no hay la sofisticación de la psique como “la elaboración imaginativa de las partes, sentimientos y funciones somáticas”, es decir, del espacio potencial como facilitador de fenómenos de la psique residiendo en el soma con un mundo interior y una membrana y/o piel que limita lo interior y lo exterior (327)[8]

“Es normal que el pequeño sienta angustia si se produce un fallo en la técnica de los cuidados infantiles. Al principio de todo, el pequeño, sin embargo, entraría en un estado de no integración, o perdería contacto con el cuerpo, o pasaría a ser la cápsula en lugar del contenido, *sin dolor*”(139)[6]. Es decir, en la experiencia de integración se está

negativizando, hacia el exterior de la membrana del yo piel, la no integración; y viceversa.

Un ejemplo, la creación del compañero imaginario es primitiva y mágica y no se trata de simples construcciones de la fantasía. Se emplea fácilmente a modo de defensa, ya que mágicamente dejan a un lado todas las angustias asociadas con la incorporación, digestión, retención y expulsión (207) [2]; un espacio potencial en el que la negativización permite que se juegue el olvido temporal del funcionamiento corporal, de poder ir construyendo la ausencia.

### **B) El espacio potencial de los fenómenos de transición en la intersubjetividad.**

Se trata sobre la destructividad; de la capacidad del objeto subjetivo (cargado de omnipotencia) de sobrevivir. El bebé crea el objeto en el acto de rechazarlo. La madre ambiente (los controles) además de gratificar, sobreviven. Va transitando de la relación con el objeto subjetivo al uso del objeto. Las experiencias van sucediendo como sigue:

- 1) El sujeto se relaciona con el objeto subjetivo: ilusión/desilusión.
- 2) El objeto está a punto de ser hallado por el sujeto, en lugar de ser ubicado por este en el mundo.
- 3) El sujeto destruye el objeto: lo coloca fuera de la zona de proyecciones. Esperanza/desesperanza; en la frontera de la membrana yo piel.
- 4) El objeto sobrevive a la destrucción.
- 5) El sujeto puede usar el objeto. Comprometiéndose/existiendo por no ser encontrado; en la frontera del yo.

El sujeto dice al objeto: "Te he destruido", y el objeto se encuentra ahí para recibir la comunicación. En adelante el sujeto dice: " ¡Hola, objeto! " "Te he destruido." "Te amo." "Tienes valor para mí por haber sobrevivido a tu destrucción por mí." "Mientras te amo te destruyo constantemente en mi fantasía (inconsciente)." Aquí comienza la fantasía para el individuo(121)[9]. Recordando que Winnicott distingue la fantasía como defensa contra el mundo interior, de la imaginación que sería como la fantasía en Freud que implica los tiempos entre presente, pasado, futuro, que describe en su

trabajo El Creador literario y el fantaseo[10]; la imaginación ya ubicada en la frontera del yo.

Las experiencias agresivas (más o menos de-fundidas) se perciben como reales, mucho más reales que las experiencias eróticas (igualmente de-fundidas) [11].

El objeto siempre es destruido. Esta destrucción se convierte en el telón de fondo inconsciente, espacio potencial, para el amor a un objeto real, es decir, un objeto que se encuentra fuera de la zona de control omnipotente del sujeto. El estudio de este problema implica una afirmación del valor positivo de la destructividad. Ésta, más la supervivencia del objeto a la destrucción, ubica al objeto fuera de la zona creada por los mecanismos mentales proyectivos del sujeto. De ese modo se crea un mundo de realidad compartida, que este puede usar y que puede devolverle una sustancia que-no-es-yo [9]. Entonces el espacio potencial se puede dimensionar como zona, borde, de negativización, destructividad, olvido estando presente, que facilita las transiciones entre lo continuo-discontinuo, lo heterogéneo, entre lo parte de mí-distinto de mí que hace “Mi” y entre lo yo/no-yo que tiene una posesión (el objeto transicional). Dicho de forma desplegada, espacio potencial al que advendrá, en la fase depresiva, lo “Mi” mientras se encuentren en transición fenómenos, siempre en el borde de lo paradójico: parte de mi/ distinto de mi; planteado con André Green los afectos habilitan al yo [yo piel] para vivenciarse a sí mismo, en su relación con el cuerpo y para comunicarse con los demás.

Espacio potencial, que en la fase del objeto transicional, advendrá el yo entre las transiciones yo-noyo, adentro/afuera; pudiendo devolverle una sustancia que-no-es-yo.

Espacio potencial que en la fase depresiva va creando la capacidad para estar solo, o “sublimación del sí mismo” (45)[12]; olvida a la madre-estando presente. La base de la soledad refinada la explica Winnicott como “*esta experiencia de estar solo, en la infancia y en la niñez, en presencia de la madre. De modo que la base de la capacidad para estar solo es una paradoja: se trata de la experiencia de estar solo mientras alguien más está presente*”(38)[12].

El individuo puede llegar a esta posición en las primeras etapas del crecimiento emocional, sólo por medio de la supervivencia real de objetos cargados, que al mismo tiempo pasan por el proceso de quedar destruidos porque son reales y de volverse reales porque son destruidos (por ser destructibles y prescindibles)(122)[9].

### **C) El espacio potencial de los fenómenos de transición desde la interacción.**

Winnicott como pediatra pudo ir observando con los bebés, entre 3 y 18 meses de nacidos, sostenidos en el regazo de sus madres durante la consulta médica, tres fases de experiencias con el abatelenguas colocado sobre su escritorio, a lo que Winnicott llamó Lección objetal y que podía servir de diagnóstico. 1. primero, el bebé duda si lo toma o no, 2. luego lo retiene incorporándolo, 3. finalmente logra eliminar al objeto, dejándolo caer o lanzándolo. La madre- ambiente al sostenerlo facilita la experiencia total [11].

La agresión o fuerza vital, va cobrando un valor social. Para atacar al enemigo no hace falta amarle. Te destruyo para conservarte. Diferente a las Clínicas de las Agonías primitivas donde predomina: Si te destruyo desapareces (275) [13]. “Entonces empieza una tarea que durará toda la vida y que consiste en dirigir o controlar su mundo interior, una tarea que, sin embargo, no puede ser iniciada hasta que el niño esté bien alojado en su cuerpo y sea capaz de diferenciar entre lo que está dentro de él mismo y lo que es externo, así como entre lo que es real y lo que es su propia fantasía. Su dominio del mundo externo depende del de su mundo interno” (280) [13].

*Las madres, como los analistas, pueden ser buenas o no lo bastante buenas algunas saben llevar al bebé del relacionarse al uso, y otras no (120)[9].*

Entonces encontramos nexos entre el espacio de creación de la primera posesión, la del objeto transicional que no es ni internalizado ni perdido, y el espacio potencial de negativización, de destrucción, de olvidar estando presente, que facilita fenómenos de transición siempre entre paradojas, creando estructuras: mundo interior, mundo psíquico, con fronteras flexibles. Creando capacidades existenciales: capacidad de

hacer el olvido de sí mismos, capacidad de sostener estar solo, capacidad de preocupación, capacidad de comprometerse de forma sostenida.

## **CLÍNICA PSICOSOMÁTICA ¿POR PRIVACIÓN? O ¿POR DERRUMBE?**

Lo que ocurre en la Clínica psicósomática, es una escisión en la organización psíquica, que si se desencadena en la fase de sostén, por privación, se podría tratar de un pensamiento prematuro y si se desencadena en la fase depresiva, por derrumbe, por deprivación de los controles, de una explotación de la inteligencia ¿Qué puede suceder en la Clínica psicósomática? La mente del bebé se tiene que hacer cargo de las funciones del medio, que en un ambiente saludable lo hace la madre-ambiente. La mente, futuro pensamiento, hace las veces de psique, ya sea en un ambiente atacante, en uno intrusivo, o en uno que falla; entonces no ayuda a la residencia de la psique en el soma, es decir no hay vida psicósomática; hay o bien desertificación psíquica o bien psique-mente, mas no psiquesoma como ocurre en la salud [8][14][15].

*“el funcionamiento mental se transforma en una cosa por derecho propio, reemplazando prácticamente a la madre “buena” y haciéndola innecesaria”(330)[8].*

El pensar como un aspecto de la imaginación creadora, cataloga, categoriza y coteja (186) [15]; pero lo que sucede en ambas formas de Clínica psicósomática, por privación o por deprivación, es que la mente “resulta un *estorbo para el psiquesoma* o para la continuidad existencial del individuo, continuidad que constituye el ser”(332)[8] . “Éste funcionamiento mental de tipo [predominante o únicamente] catalogador actúa como cuerpo extraño”(332)[8].

Funcionan estas formas de pensamiento, como cuerpo extraño o bien como una forma de dependencia del pensamiento o bien el pensamiento que ataca, como lo ejemplifica André Green en la posición fóbica central, donde se trata de impedir la ligadura que vincula los temas entre unos y otros, puesto que los temas amenazan con amplificarse por su puesta con relación los unos a los otros; el verdadero trauma, la catástrofe, es la posibilidad de reunirse, de ligarse [7].

Existe, por una parte, potencialidad en una forma de pensamiento, y por otra parte, una única identidad sensorial: la mirada, la sonoridad, el olfato, el contacto o en una función biológica, pero no se ha construido o no funciona, la potencialidad como espacio para los fenómenos de transición. La ilusión que se juega en la creación del espacio potencial, en el trastorno psicósomático por privación, no funciona, y en la organización psicósomática por deprivación de los controles o derrumbe, no se sostiene, amenaza con volver a derrumbarse, sobre todo en relación al self privado.

Psique “se refiere a *la elaboración imaginativa de las partes, sentimientos y funciones somáticas*, es decir, al hecho de estar físicamente vivo; elaboración imaginativa que depende de la existencia del sano funcionamiento del cerebro, especialmente en ciertas partes del mismo” (327)[8]. Winnicott ubica el cuerpo biológico (su funcionamiento), de la residencia psique-soma y de la mente. Siempre se refiere a la residencia psique soma. Se puede pensar el soma, que al cobijo o residencia que realiza la psique sobre las funciones somáticas (biológicas) hace soma. Así la piel al cobijar funciones biológicas hace funciones psíquicas marcando un interior y exterior en el aparato psíquico. Además de la piel, los órganos de los sentidos y las funciones biológicas, lo explica Winnicott:

convendrá no olvidar que, desde un punto de vista del psicólogo, el ojo no se limita a ser un órgano de la vista. Así como los fenómenos corporales las cosas son absorbidas por la boca y expulsadas por medio de los órganos excretores, en la edificación de la personalidad esta absorción y excreción son realizadas por medio de todos los órganos del cuerpo: los ojos, la piel, las orejas, la nariz, etc. Es siempre mucho lo que entra por los ojos, que, además, representan un órgano de excreción” (126)[16].

Toda experiencia es a la vez física y no física. Las ideas acompañan y enriquecen a la función corporal, y estas acompañan y realizan la ideación (276)[13].

En la escisión de la organización del aparato psíquico del trastorno psicósomático por privación, en que la mente funciona por su cuenta sin vida psicósomática, observamos en nuestra clínica y en el grupo de investigación de los doctorados en el CiES, que

también una forma del soma funciona por cuenta propia, intentando hacer psique. El concepto de desertificación psíquica que André Green utiliza en un contexto mas amplio, da cuenta de lo que ocurre en el trastorno psicósomático por privación con Winnicott. Un verdadero desierto psíquico en el que operan mecanismos de desmentida (ya se pero aún así); sea que este narcisismo negativo se dirija a la inexistencia, a la culpa narcisista por traición al self como referente existencial, o hacia lo blanco: a) en el afecto como es el caso del aburrimiento que refiere el caso de Charles que reportamos más adelante b) sea lo blanco en la representación como alucinación negativa (ni si ni no), o c) lo blanco en el pensamiento [1]. Lo blanco, explica Green, puede ser representación de la ausencia de representación (55)[17]; o dicho de otra forma, representación del afecto [7].

La importancia en la integración irá siendo el desarrollo del sentimiento de que la persona de uno se halla en el cuerpo propio, con vida psicósomática (206-7)[2], experiencias que no ocurren en este desierto psíquico del trastorno psicósomático por privación. La prueba del ambiente en los casos de la tendencia antisocial en los que el niño fue privado de un objeto convirtiéndose en un sistema controlador durante su mejoría (340)[5], puede adquirir formas de crisis de emergencia en el trastorno psicósomático por privación, que llevan a que el ambiente se organice, para llevar al paciente al hospital de emergencia a que los médicos se hagan cargo del cuerpo psíquicamente descubijado. De ahí la importancia del ambiente hospitalario para que el sostén en un ambiente de confianza pueda como en el caso de una niña de 10 años con anorexia visto por Winnicott cuando un día, después de varios años, comentó que tenía un dolor de cabeza, ya no era el dolor de vientre. Éste era ¡al fin!, un cambio respecto del estado de escisión del aparato psíquico, ya que era dable aceptar que el dolor de cabeza estaba asociado a la confusión de ideas y de responsabilidades. Winnicott le interpretó que le estaba contando una enfermedad de su mente, con lo cual dejó de formar parte de un equipo psicósomático y se deslizó hacia el rol de psicoterapeuta [18] [19].

En el trastorno psicósomático por privación, hay un centro de gravedad difuso entre una forma catalogadora de pensar, o según sea el caso, en una identidad sensorial (la mirada, la voz, el contacto, el olfato) o en una identidad con la función somática. Entre

el pensamiento y el soma escindidos intentando hacer psique cada uno por su cuenta y el cuerpo a la deriva, sin cobijo de la psique que hace soma; un pensamiento precoz, un soma sensorial sin vida psicósomática y un cuerpo descobijado de la psique; sin angustia, o con culpa narcisista como referente existencial, es decir con formas de omnipotencia que no hacen experiencias de omnipotencia [20].

En el trastorno psicósomático por privación, no han conocido lo que es estar relajado, no han podido hacer olvido de sí mismos, olvidan sensorialmente en el corte de piel, recuerdan en los tatuajes de la piel; en la forma de los pensamientos: extraños, en dependencia de los pensamientos, en el ataque al pensamiento. La culpa no es por la preocupación por el otro, sino una culpa narcisista como referente existencial, una culpa por traición al self. Si en la salud se encuentra a mínimo la excitación física en la capacidad para estar solo, en esta clínica se puede localizar al máximo[12]. Diferente, por ejemplo, al retraimiento que se puede pensar como una organización defensiva que implica la expectativa de persecución[12].

En la Clínica de las agonías primitivas, es frágil la relacionalidad del yo, predominando la relacionalidad del ello[12] "comparemos, por ejemplo, las palabras " gustar " y " amar "; la primera se refiere a la relacionalidad del yo, mientras que el amor es mas una relación del ello, sin ningún refinamiento o forma sublimada " (38) [12].

## **CLÍNICA DE LA PRIVACIÓN O FRAGILIDAD EN LA CONSTRUCCIÓN DEL PADRE PRIMITIVO.**

En el año de 1969 en El uso del objeto en el contexto de Moisés y la religión monoteísta [21] explica al padre en la mente de la madre y al padre en las experiencias de integración: a) estando integrado en la ilusión de crear el pecho: con el pecho presente o ausente. b) estando relajado y no integrado por contar con el sostén del medio ambiente. El padre entonces en las diferentes experiencias de integración, cuando los fenómenos transicionales van facilitando el espacio potencial con la continuidad en el ser, entre las discontinuidades y entre lo heterogéneo.

¿Qué ocurre cuando el ambiente no es facilitador? El bebé se encuentra en las vivencias de agonía primitiva por ambientes que atacan, que son intrusivos o que fallan. El caso de Charles muestra una forma de privación con trastorno psicósomático, con falla, en lo que estamos llamando, construcción del padre primitivo.

" Hay también que recordar que en la concepción de Winnicott, el objeto transicional es creado en el lugar y en el tiempo donde una separación se produjo, en tanto que viene en lugar de una reunión potencial con el espacio mismo de la separación, [cuando es] demasiado prolongada, que no permite esta forma posterior de reunión a causa de la destrucción de las huellas del objeto. No queda nada más que reunir, las dos mitades del símbolo, no solamente están separadas, si no destruidas" (176) [7].

Winnicott dice " Únicamente lo negativo es real ", es decir, que hay un primer periodo del infante que todavía alcanza evocar la imagen de la madre, un segundo momento donde las cosas ya no van también, y luego, un tercero donde las huellas de la madre se han aniquilado. Además, agrega que de ahora en adelante, la única madre que existirá es aquella que no está, aún cuando la madre esté, será exactamente como si no estuviera" (175-76) [7], es decir una alucinación negativa.

La privación que tiene que ver con fallas en la integración puede tratarse, de acuerdo con Winnicott, de casos con características como: la esquizofrenia[22], la hiperactividad [22], la bisexualidad torcida [23]; y agregamos, el trastorno psicósomático por privación.

### **CLÍNICA DE MIEDO AL DERRUMBE [24] O LA IMPOSIBILIDAD DE TERMINAR DE CONSTRUIR LA AUSENCIA.**

En la fase depresiva un frágil mundo interior trazado por la membrana y piel, amenaza con fragmentarse o con despersonalizarse. "Algo aconteció al paciente pero cuando éste no era lo bastante maduro para experienciarlo, la muerte tiene el sentido de una aniquilación. Es algo así como el desarrollo de una pauta tal que la continuidad del ser se vio interrumpida por las reacciones infantiles del paciente ante la intrusión de factores ambientales, posibilitada por las fallas del ambiente facilitador" (118)[25]. El vacío

por derrumbe, “ no es un trauma, sino en que no pasara nada cuando algo provechoso podría haber pasado” (118-119)[25].

El vacío por derrumbe puede experimentar diferentes destinos en los que hay angustia con dolor. La persona es exitosa en el self profesional, en el self social puede variar desde formas de soledad por derrumbe a una dependencia en la socialización, a una socialización comprometida; es en el self privado en el que se vivencia la angustia con dolor, pensamientos repetitivos sobre miedos de que se va a morir, a desaparecer, a derrumbar, a lo que Winnicott observa eso ya le sucedió. Un destino de la vivencia por derrumbe es la organización psicósomática por derrumbe. Otro destino del vacío por derrumbe, es cuando el self del niño en lugar de localizarse en su propia agresividad, en su vida psicósomática, se localiza en la depresión de la madre o en la herida narcisista de ésta [26]. Un gesto del bebé coloca a la madre ante una deprivación de los controles que ella vivenció y no ha experimentado. Entonces deslibidiniza al hijo (a). Sigue con los cuidados corporales del niño(a), pero, en secreto, en una forma de desmentida o bien de alucinación negativa, se encuentra, no ante su hija, sino ante su propio derrumbe. Cuando la madre de Mariana, niña de 10 años diagnosticada con TDA, le cuenta a la investigadora “Soy la menopausia de mi mamá, mi madre le dijo a mi padre que ya estaba cansada (de tantos hijos) y que ahora le tocaba a él hacerse cargo de mi”. Cuando al nacer, estando en Cuidados Intensivos, el ambiente le pudo ayudar a sostener todo el tiempo la preocupación por su hija, Mariana. Pero fue estando ya en casa a los 4 meses que un gesto de Mariana lo sintió como de desprecio. La importancia en la consulta terapéutica no sólo de la niña(o) sino de la madre de poder experimentar la deprivación al contarla a otra persona con quien siente confianza.

En la fase depresiva, ya con la percepción y las experiencias del ello, se desarrolla la capacidad para estar solo, la capacidad para la preocupación por el otro, podemos agregar la capacidad de sentir un miedo que lo protege. Mientras que en la Clínica del miedo al derrumbe se ha desarrollado la capacidad de sentir miedo, que se manifiesta en el self privado como miedo al derrumbe, en la Clínica de la privación no se ha desarrollado esta capacidad; encontramos estados afectivos de aburrimiento como en

el caso de Charles, indiferencia, vivencias de tormento, pruebas del ambiente en emergencia, formas de culpa narcisista [27].

## **CASO DE CHARLES CON TRASTORNO PSICOSOMÁTICO POR PRIVACIÓN**

La consulta terapéutica de Charles con Winnicott, contando 9 años de edad debido a que el niño se quejaba de cefaleas y de pensamientos. Era su mente lo que le creaba problemas y estaba empezando a preocuparle y su funcionamiento. Decía que una porción pequeña de su cerebro estaba dominando al resto de su persona. Había empezado a hacer promesas solemnes y trataba de cumplirlas; pero no modificaba la situación aún cuando jurara por la Biblia (137) [28]. Winnicott lo ubicará como carenciado de padre. En el clima emocional alcanzado gradualmente por el sostén durante la consulta terapéutica Charles reconoce que: “debería de tener lo mejor de papá y no lo tengo. Es terriblemente aburrido”. A Charles le era difícil ponerse a jugar y dejar el control de su mente aislado ( 142) [28].

Entre el intercambio de garabatos que se fue desarrollando entre ambos, llegó el momento de la confianza en que Winnicott le preguntó acerca de sus sueños a lo que respondió que tenía muchos y que todos eran en colores: “ son todos horribles y algunos dos veces. Hay una araña con colores muy vivos que es horrible, más que horrible”. Se le dificultaba el hecho de hablar de estas cosas. Algunas veces, entre el despertar y el fin del sueño, hay un relámpago, y entonces hay alguien que me mira. Es siempre la misma mujer y entonces despierta. Es horrible. No podía dibujarla (143)[28].

Iban en el dibujo número 15, uno confuso y Winnicott le comenta que es de nuevo la representación de su mente. Que los otros dos dibujos de la mente, el número 6 y 7, fueron un intento por organizarla en compartimentos, cuando el problema era, en realidad, que él estaba confuso. Charles respondió que sabía lo del dibujo confuso que dividió en dos partes, que la parte perdedora era más grande y toda la porcioncita pensante estaba del lado ganador. La parte más pequeña tenía el control de los miembros etc., es decir tenía una teoría variable (146)[28].

Charles dijo que cuando comenzaba a tener sensaciones y pensamientos era horrible. Comenzaron a poder hablar sobre lo que llamó “el mamarracho” que era la mujer que se le aparecía entre el sueño y el despertar; mujer que aparecía con mucha

persistencia en sus sueños aterradores. Entraron en pleno contacto con el tema central del mamarracho que fueron reconociendo y admitiendo el estado agudo de confusión que es su forma de angustia impensable, algo que constantemente lo amenazaba y que pudieron estar representando entre los garabatos a los que iban transformando entre los dos.

Otro sueño en que estaba caminando cerca de la escuela, vino una gran ola y lo tragó el agua; gritó pidiendo auxilio dos veces; en esa ocasión no vio al mamarracho que aparece entre el sueño y el despertar. Dijo que la mujer, es decir, el mamarracho estaba ahí cuando tuvo el sueño de la araña quizás sólo tenía siete años o quizá menos cuando tuvo ese sueño de modo que la mujer todavía no había llegado. En algún momento Winnicott quiso que supiera que ese gran miedo que le acusaba permanentemente era de estar totalmente confundido. La confusión estaba ubicada en una cualidad especial de sensaciones que pertenecen a los instantes que median entre el momento de despertar y el de la finalización del soñar; entre el material del sueño y la experimentación de la vida real cuando despertaba (151) [28].

Winnicott comenta acerca de la dificultad universal que sufrimos los seres humanos para despertar de un sueño, tema que merece un estudio de la clase de los que se dedica a la más obvia dificultad en el momento de ir a dormir, justamente allí donde adquiere significación lo que denominó “fenómenos de transición”.

Como habían llegado a lo máximo en la consulta terapéutica Winnicott lo llevó al tema de los objetos de transición y dibujó un adorable osito de juguete que no tenía ojos y dijo es fácil dibujar esto, dijo que su madre había tenido miedo de que los alambres que sostenían los ojos lo lastimaron por lo que los sacó y esta es la razón de que no tuviera ojos.

Hablaron algo del papá. Winnicott sintió que estaba sumamente carenciado en términos de padre y Charles dijo: " debería tener lo mejor de papá, y no lo tengo. Es terriblemente aburridor" (152)[28].

Tiempo después Winnicott supo que en la revista de la escuela Charles publicó un poema.

## **CONCLUSIÓN**

Las experiencias de padre primitivo, el sostén de la madre-ambiente, vienen a ser como la misma- y- no misma piel, la misma mirada y no, intercambio de voces, prolongación del olfato, el mismo aparato psíquico y no, en formas siempre paradójales. Winnicott en uno de sus últimos libros La clínica psicoanalítica [28] trata sobre casos de su consulta terapéutica, lo divide en tres partes: la primera que podemos considerar como los casos de miedo al derrumbe, la segunda parte con los casos que Winnicott refiere como casos con problemas más complejos entre los que se encuentra el de Charles y en la tercera parte los de tendencia antisocial.

Winnicott explica que uno de los problemas en esta Clínica de las agonías primitivas, es suponer que el paciente existe realmente[12].

Winnicott reflexiona: "...solo en los últimos años me fue posible esperar y seguir esperando la evolución natural de la transferencia que proviene de la creciente confianza del paciente en la técnica y marco psicoanalíticos, y evitar la ruptura de ese proceso natural con interpretaciones" (117) [9]. "Me aterra pensar cuántos profundos cambios impedí o demoré en pacientes de cierta categoría de clasificación debido a mi necesidad personal de interpretar. Si sabemos esperar, el paciente llega a una comprensión en forma creadora y con inmenso júbilo, y ahora disfruto de ese alborozo más de lo que solía gozar con el sentimiento de haber sido penetrante. Si se quiere que esa tarea de interpretación del analista tenga efecto, se la debe vincular con la capacidad del paciente para colocarlo fuera de la zona de los fenómenos subjetivos"(118)[9], es decir la transferencia delusional [5].

André Green refiere que en esta clínica de la no-neurosis, que Winnicott en un inicio llamó no-psicosis, lo que se demanda del terapeuta es su funcionamiento mental, no su afecto, ni su empatía (59) [1].

Una Clínica, la de las agonías primitivas, que siguiendo el modelo del sueño, se trata de sostener, resistiéndose a interpretar para que el paciente experimente lo vivenciado de tormento o de agonía primitiva; para que se organice el aparato psíquico en movimientos regresivos que le den la flexibilidad necesaria y poder transferir, para experimentar, soñar.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- [1] (GREEN, A. (1972). De locuras privadas. Buenos Aires: Amorrortu, 1990).
- [2] WINNICOTT, D.W. (1945). Desarrollo emocional primitivo. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.
- [3] WINNICOTT, D.W. (1956). La tendencia antisocial. En: Deprivación y delincuencia. Buenos Aires: Paidós, 2008.
- [4] WINNICOTT, D.W.(1965). La disociación revelada en una consulta terapéutica. En: Deprivación y delincuencia. Buenos Aires: Paidós, 2008.
- [5] WINNICOTT, D.W.(1967). Posfacio: D.W.W. sobre D.W.W. En: C. Winnicott, R. Shepherd y Davis Madeleine( editores), Exploraciones psicoanalíticas II. Barcelona, Espasa Libros, 2009.
- [6] WINNICOTT, D.W. (1952). La angustia asociada con la inseguridad. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.
- [7] GREEN, A. (2011). Conferencias en México. Vol. 2. México: Ediciones D´Jimena Colegio Internacional de Educación Superior y Paradiso editores, 2011.
- [8] WINNICOTT, D.W. (1949). La mente y su relación con el psiquesoma. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.
- [9] WINNICOTT, D.W. (1968). El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones. En: Realidad y juego (1971). Barcelona: Gedisa, 2008.
- [10] FREUD, S. (1907(1908). El creador literario y el fantaseo. En: *Obras completas IX*. Buenos Aires: Amorrortu, 1975.
- [11] WINNICOTT, D.W. (1941).La observación de niños en na situación fija. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.

[12] WINNICOTT, D.W. (1958). La capacidad para estar solo. En: Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos aires: Paidós, 2009.

[13] WINNICOTT, D.W. (1950-1955). La agresión en relación con el desarrollo emocional. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.

[14] WINNICOTT, D.W.(1965). Nuevos esclarecimientos sobre el pensar de los niños. En: Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.

[15] RABADÁN, F.C. Psiquesoma y psique-mente. Revista Letra en Psicoanálisis, LeP. Vol. 2, No. 1, Enero 2016.

[16] WINNICOTT, D.W. (1944). Psiconeurosis oculares de la infancia. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. *Barcelona: Espasa, 2012.*

[17] GREEN, A. (1983). Narcisismo de vida, narcisismo de muerte. B.A.: Amorrortu, 2012.

[18] WINNICOTT, D.W. (1963). El enfermo mental entre los casos del asistente social. En: Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos aires: Paidós, 2009.

[19] WINNICOTT, D.W. 1964). El trastorno psicósomático I. Aspectos positivos y negativos centrales de la enfermedad psicósomática. En: Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.

[20] RABADÁN, F.C. ( 2019). Winnicott: la psicósomática como clínica del mundo interior. Revista Letra en Psicoanálisis, LeP. Vol. 5, Nº 2, julio-diciembre, 2019.

[21] WINNICOTT, D.W. (1969). Sobre “el uso de un objeto” VII. El uso de un objeto en *Moises y la religión monoteísta*. En: Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.

[22] WINNICOTT, D.W. (1962).La integración del yo en el desarrollo del niño. En: Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos aires: Paidós, 2009.

[23] WINNICOTT, D.W. (1971).La creatividad y sus orígenes. En: Realidad y juego (1971). Barcelona: Gedisa, 2008.

[24] RABADÁN. F.C. Clínica de miedo al derrumbe. Revista Letra en Psicoanálisis,LeP. Vol. 6, N° 2, julio-diciembre, 2020.

[25] WINNICOTT, D.W.(1963). El miedo al derrumbe. En: Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.

[26] WINNICOTT, D.W. (1948). Reparación con respecto a la organización antidepresiva de la madre. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. *Barcelona: Espasa, 2012.*

[27] WINNICOTT, D.W. (1956). Ausencia y presencia del sentimiento de culpa. En: Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós,1993.

[28] WINNICOTT, D.W. (1971). Clínica psicoanalítica infantil. Buenos Aires: Hormé, 1993