

WINNICOTT: LA SOBREVIVENCIA DEL OBJETO Y LOS TRASTORNOS DESDE EL ESPACIO TRANSICIONAL

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: 03 de abril 2024/ Aceptación: 14 junio 2024

RESUMEN

La espontaneidad y una vida creativa transitan por la experiencia paradójica de la máxima destructividad y sobrevivencia; qué mejor muestra que el desgaste del objeto transicional testigo de experiencias de sobrevivencia: el niño lo trae y lleva a todos lados, se cae, se levanta, se aplasta, impregnado de todos los olores. Lo bueno no es lo que se recibe gracias a la benevolencia de los padres sino aquello que la destructividad individual del niño y luego adolescente obliga a ser. En un comienzo las mociones agresivas o fuerza vital se asocia con el erotismo muscular y no con la ira y el odio [1]. Se estudia cómo para transitar de la relación de objeto subjetivo creado por el infante de la primera fase del desarrollo emocional primitivo de relación unicorporal, al uso del objeto en la tercera fase en una relación tricorporal, el objeto tuvo que haber sobrevivido a su destrucción. Se describen formas de destrucción-sobrevivencia, se propone una clasificación en base a los trastornos en el espacio transicional, se estudia la diferencia entre la vida psicosomática saludable: “psiquesoma”, de “psique-mente” en el miedo al derrumbe y de “psique-sensoriofisiología” en los trastornos del espacio transicional.

PALABRAS CLAVE: espacio transicional, psiquesoma, psique-mente, psique-sensoriofisiología, sobrevivencia del objeto, Winnicott.

SUMMARY

Spontaneity and a creative life go through the paradoxical experience of maximum destructiveness and survival; What better example than the wear and tear of the transitional object, a witness to survival experiences: the child brings it and carries it everywhere, it falls, gets up, is crushed, impregnated with all the smells. The good is not what is received thanks to the benevolence of the parents but what the individual destructiveness of the child and then adolescent forces them to be. Initially, aggressive impulses or vital force are associated with muscular eroticism and not with anger and hatred [1]. It is studied how to move from the subjective object relationship created by the infant in the first phase of primitive emotional development of a one-body relationship, to the use of the object in the third phase in a three-body relationship, the object had to have survived its destruction. Forms of destruction-survival are described, a classification is proposed based on the disorders in the transitional space, the difference between healthy psychosomatic life is studied: "psychesome", from "psyche-mindedly" in the fear of collapse and "psyche- sensoriphysiology" in transitional space disorders.

KEY WORDS: Transitional space, psychesome, psyche-mindedly, psyche- sensoriphysiology, survival of the object, Winnicott.

RÉSUMÉ

La spontanéité et la vie créatrice passent par l'expérience paradoxale d'une destructivité et d'une survie maximales ; Quel meilleur exemple que l'usure de l'objet transitionnel, témoin d'expériences de survie : l'enfant l'apporte et l'emporte partout, il tombe, se relève, s'écrase, s'imprègne de toutes les odeurs. Le bien n'est pas ce qui est reçu grâce à la bienveillance des parents mais ce que la destructivité individuelle de l'enfant puis de l'adolescent les oblige à être. Dans un premier temps, les pulsions agressives ou la for-

ce vitale sont associées à l'érotisme musculaire et non à la colère et à la haine [1]. On étudie comment passer de la relation d'objet subjective créée par le nourrisson dans la première phase du développement émotionnel primitif d'une relation à un corps, à l'utilisation de l'objet dans la troisième phase d'une relation à trois corps, l'objet avait avoir survécu à sa destruction. Des formes de destruction-survie sont décrites, une classification est proposée en fonction des troubles de l'espace transitionnel, la différence entre une vie psychosomatique saine est étudiée: « psychésome », du « psyché-esprit » dans la peur de l'effondrement et « psyché-sensoriophysiologie ». dans les troubles de l'espace transitionnel.

MOTS CLÉS: espace transitionnel, psychésome, psyché-esprit, psyché-sensoriophysiologie , survie de l'objet, Winnicott.

INTRODUCCIÓN

Lo primero que se crea antes del yo del aparato psíquico- a los tres años de edad por contar con un referente- es el mundo interior o mundo del self. Para su creación el infante sostenido transita por tres fases emocionales primitivas: de integración/no integración, depresiva y de comprensión, que se pueden enfatizar desde: la ilusión, la del sentimiento de tristeza y capacidad para odiar con la sobrevivencia del objeto y la del uso del odio para la masturbación. La destrucción de un objeto que sobrevive, un objeto que no ha reaccionado ni desaparecido, conduce de la relación a su uso. "El postulado central de mi tesis afirma que si bien el sujeto no destruye el objeto subjetivo (material de proyección), la destrucción aparece y se convierte en un aspecto central cuando el objeto es percibido de manera objetiva, tiene autonomía y pertenece a la realidad "compartida". Esta es la parte difícil de mi tesis, por lo menos para mí"(268) [2]. Donald Winnicott, un influyente pediatra y psicoanalista británico, hizo contribuciones significativas a la comprensión del desarrollo emocional primitivo en los bebés y de los casos de pacientes fronterizos. Uno de los conceptos centrales en su teoría es la "sobrevivencia del objeto", que describe la transición del bebé desde una relación subjetiva con los objetos creados por él (lo sagrado del mundo interior) hasta el uso del objeto con autonomía, en un mundo compartido, si el objeto sobrevive. Este artículo lo explora a

través de las tres fases del desarrollo emocional primitivo y las implicaciones de la sobrevivencia del objeto.

Winnicott plantea lo que podemos llamar complejo de padre desde dos perspectivas complementarias, "el padre en la mente de la madre" y las experiencias de integración en el infante. Si el complejo del padre funciona, la "zona intermedia de experiencia" o espacio potencial que hace transiciones entre paradojas, también lo hará. En esta zona, el objeto transita en el espacio entre paradojas, ya que no está bajo el dominio mágico como el objeto interno, ni está completamente fuera de ese dominio como ocurre con la madre verdadera. Este espacio transicional, que se sitúa entre la realidad psíquica y la realidad externa, tiene un referente en el vacío existencial en el que se encuentra el bebé al nacer, pues inicialmente no hay bebé sino una pareja de crianza en una relación unicorporal, funcionando como un espacio potencial de creatividad en la medida en que es sostenido. En un desarrollo saludable, el espacio potencial de transiciones siempre está activo como una forma de sublimación primitiva. El bebé contribuye a esto al encontrarse sostenido, en experiencias sagradas omnipotentes en la ilusión de que él es el creador del pecho (objeto cuerpo self o sí mismo), eclipsando el vacío. En la fase depresiva, se experimentan experiencias que trazan lo íntimo del mundo interior con la piel como membrana limítrofe, cuando ya hay la primera separación de cuerpos, experiencias del ello, se inicia la relacionalidad del yo self, la capacidad de sentir tristeza, de preocuparse, de jugar solo en presencia, de odiar y de poder pensar por sí mismo.

Si el complejo del padre funciona, en la zona intermedia de experiencia se experimentan transiciones entre los fenómenos paradójicos con angustia pero sin dolor. Además, se experimenta la tercera zona de experiencia, donde se puede estar relajado estando no integrado, lo cual es un referente hacia la identidad y el núcleo del verdadero self, proporcionando un sentimiento de ser real, de vivir creativamente y de continuidad existencial. En un estado de salud, estos referentes hacia el padre facilitan la sobrevivencia del objeto a su destrucción. El objeto es creado en el acto de rechazarlo; al decir no al objeto, se dice sí a uno mismo (self). La sobrevivencia del objeto implica el proceso

mediante el cual Winnicott explica por qué no había publicado su libro "La naturaleza humana" en 1954. No se trata de angustia de castración sino de aniquilación; ni de frustración o ambivalencia como en la neurosis, sino de la sobrevivencia del objeto a su destrucción, al ser colocado, tanto fuera del tiempo presente al mirarlo desde el pasado, como fuera del área de control omnipotente del self, así como al contar con la fuerza muscular para ser odiado y ser destruído en la fantasía. Se trata de existencia, de necesidad, no aún de deseo. Las conductas observables pueden ser semejantes en la neurosis y en la agonía primitiva pero la estructura del yo bajo la represión de la neurosis es diferente a la organización defensiva del self escindida en el trastorno del espacio transicional o trastorno psicossomático yoself, lo impensable y diferente a la organización del yo piel en el miedo al derrumbe cuyo centro del self se localiza en el pensamiento catalogador que hace la veces de madre, lo solo pensable. Entonces la pregunta no es por el yo como en la neurosis sino por el centro del self.

En el espacio transicional, como en el proceso de la digestión, el objeto sobrevive. La tercera parte de la vida de un ser humano se vive en la zona intermedia de experiencia o espacio potencial que facilita transiciones, contribuyendo tanto la realidad interior como la vida exterior. Esta zona no debe ser desafiada, ya que no se le imponen exigencias, salvo la de existir como un lugar de descanso para un sujeto dedicado a la perpetua tarea humana de **mantener separadas y a la vez interrelacionadas la realidad interna y la externa.**

Habitualmente se hace referencia a la "prueba de la realidad", distinguiéndose claramente entre la apercepción y la percepción. Winnicott sostiene que existe un estado intermedio entre la incapacidad del bebé para reconocer y aceptar la realidad y su creciente capacidad para hacerlo. Estudia la sustancia de la ilusión, lo que se permite al niño y lo que en la vida adulta es inherente al arte y la religión, pero que se convierte en el sello de la locura cuando un adulto exige demasiado de la credulidad de los demás, forzándolos a aceptar una ilusión que no les es propia. Podemos compartir un respeto por una experiencia ilusoria y, si queremos, podemos reunirnos y formar un grupo so-

bre la base de la semejanza de nuestras experiencias ilusorias. Esta es una raíz natural del agrupamiento entre los seres humanos (19) [3].

La actividad destructiva es el intento del paciente de ubicar al analista fuera de la zona del control omnipotente, es decir, en el mundo exterior. “Sin la experiencia de la máxima destructividad (objeto no protegido), el sujeto nunca coloca al analista afuera, y por lo tanto, nunca puede hacer otra cosa que experimentar una especie de autoanálisis, usando al analista como una proyección de una parte de sí mismo. Por consiguiente, en términos de alimentación, el paciente solo puede alimentarse de la persona y no puede usar el pecho para nutrirse realmente. Puede disfrutar de la experiencia analítica, pero en lo fundamental no se producirán cambios en él” (269) [2]. Si el analista forma parte de un fenómeno subjetivo, ¿qué ocurre con la eliminación de desechos? Winnicott plantea que hace falta una nueva formulación en términos de salida, una teoría de la eliminación [2].

FORMAS DE ESPACIO TRANSICIONAL

El espacio transicional puede enfocarse desde tres perspectivas: la interacción entre la madre ambiente y el bebé, desde lo intersubjetivo y desde lo intrapsíquico. Entre la interacción, este espacio es un entorno seguro creado por la madre que sostiene y rodea emocionalmente al infante. En lo intersubjetivo, el espacio transicional permite la experiencia sagrada de ilusión del bebé ser el creador de sí mismo y del mundo que lo rodea. Desde lo intrapsíquico, es un espacio potencial de creatividad donde hay continuidad entre sus experiencias de intimidad entre lo interno y externo. Desde cualquier perspectiva, el espacio transicional se caracteriza por experiencias de transición entre fenómenos paradójicos.

El sostén facilitado por los brazos y el cuerpo maternos, dejando de lado el hambre y la rabia, proporciona un espacio que rodea como una matriz emocional sagrada tanto a la madre ambiente como al infante. Winnicott describe las etapas del desarrollo considerando este espacio de la siguiente manera: en la primera etapa, el bebé es una criatura viva y autocontenida, rodeada de espacio, sin conocer nada excepto a sí mismo. En la

segunda etapa, el bebé mueve un codo, una rodilla o se estira un poco, atravesando el espacio y sorprendiendo al entorno. En la tercera etapa, la madre que sostiene al bebé se sobresalta porque suena el timbre y se derrama el agua; nuevamente, el espacio ha sido atravesado, pero esta vez es el entorno el que ha sorprendido al niño (37-38) [4].

El espacio intersubjetivo de ilusión permite que el bebé experimente experiencias de omnipotencia sagradas encontrándose sostenido, desarrollando la capacidad para creer que sus necesidades son mágicamente satisfechas. Esto es esencial para la creación del núcleo del mundo interior o verdadero self.

El espacio desde lo intrapsíquico es donde el bebé comienza a desarrollar la capacidad de intimidad del mundo interior: sueña, juega estando solo, fantasea, crea y piensa. Este espacio es crucial para el desarrollo de la salud mental, ya que permite la integración de experiencias internas y realidades externas, facilitando un sentido de continuidad y coherencia en la vida del infante mediante la destrucción y sobrevivencia de la cosa y del objeto.

DIFERENTES PERSPECTIVAS

Winnicott va colocando al lector en sus diferentes trabajos, desde la perspectiva del bebé, la del observador y la de la madre. Los diferentes ángulos sobre el desarrollo emocional del bebé ofrecen una comprensión rica y multidimensional de este proceso.

Desde la perspectiva del observador, un ejemplo lo es cuando Winnicott como pediatra observa la interacción del bebé entre 5 y 18 meses de nacido, sostenido en el regazo de su madre a lo que llama lección objetal que consiste en tres fases mediante las cuales el bebé se relaciona con un objeto entre él y la madre, duda, lo incorpora y luego se deshace de él; estas tres fases le sirven de diagnóstico [5].

Desde el lugar de la madre, la preocupación maternal primaria y la identificación primaria son fundamentales. La madre, al entrar en un estado de preocupación maternal pri-

maria, se identifica profundamente con su bebé, permitiendo que las necesidades del bebé sean satisfechas en el orden de lo sagrado como lo será la consulta terapéutica - que dura entre una y tres sesiones- a la que llamó momento sagrado. Este estado facilita una relación en la que la madre actúa como una matriz sélfica entre experiencias omnipotentes que sostienen y nutren al bebé, proporcionando la base para el desarrollo emocional predecible y seguro.

Desde la perspectiva del infante sostenido, el ser (self) del bebé experimenta su desarrollo dentro de un ambiente proporcionado por el ambiente. La madre ambiente actúa como el entorno inmediato del bebé, siendo una figura esencial en su apercepción y en su percepción del mundo. A medida que el bebé crece, el complejo del padre y la figura del padre también se vuelven significativos, contribuyendo a la formación de un principio de realidad en un mundo compartido por tres personas completas. En este proceso, desde la ilusión hacia el sentimiento de tristeza y la capacidad para odiar, juegan un papel importante. El bebé, experimenta tristeza, y cobra fuerza de su agresividad primitiva para poder odiar al objeto y colocarlo fuera del área del control omnipotente. La capacidad del bebé para sostener un trozo del mundo y de sí mismo se manifiesta en la relación con el objeto transicional, que representa la primera posesión no-yo, ayudando al bebé a transitar desde una percepción omnipotente hacia una realidad compartida y compleja, gracias a la sobrevivencia del objeto. El objeto transicional, que es la primera posesión no-yo, no es el valor simbólico sino la actualidad (primera posesión); espacio potencial donde ocurren procesos paradójicos: es y a la vez no es la madre. No se llora, no se olvida, se va al limbo. No es ni internalizado, ni perdido. Una vez ocurrida la transición entre: a) relación de objeto subjetivo, b) destrucción y sobrevivencia del objeto, c) uso del objeto percibido objetivamente de forma compartida, puede hacer uso de la capacidad de sostener una depresión y manipular los objetos, con capacidad para manejar angustia sin dolor.

Estas diferentes perspectivas—desde el observador, la madre y el infante—ofrecen una visión complementaria del desarrollo emocional según Winnicott, resaltando las transiciones desde la relación subjetiva con el objeto, con la capacidad de experiencias del

orden de lo sagrado, hacia el uso del objeto y el uso del self, si el objeto sobrevive a su destrucción mediante la capacidad de experiencias de intimidad. Se crea el mundo interior con el verdadero y el falso self, con una vida espontánea y creativa.

FORMAS DE SOBREVIVENCIA DEL OBJETO

Para la sobrevivencia del objeto se complementan la agresividad del bebé, el espacio transicional de paradojas, la presencia devota de la madre, el funcionamiento del complejo del padre y el padre. La sobrevivencia del objeto es una experiencia clave en el espacio transicional de manera que facilita fenómenos de creación y transición entre paradojas; se manifiesta en varias formas en las experiencias del orden de lo sagrado, o en los recursos de intimidad del mundo interior [6].

1. **Amor primitivo:** La destrucción del objeto en la primera fase del desarrollo emocional primitivo, no proviene del odio para el infante, sino de un amor primitivo y sin intención maliciosa; todo en el orden de lo sagrado. En una segunda fase, la depresiva, el bebé reflexiona sobre esta relación con sentimientos de tristezas, se preocupa, piensa, sueña y juega a la sobrevivencia del objeto. La disponibilidad del ambiente permite que el objeto reciba y soporte tanta agresividad como sea necesaria, y aún así sobreviva, reforzando así la confianza y la seguridad del bebé.
2. **Sostenido en el tiempo subjetivo, más allá del presente, al mirar al pasado.** Del sostén del ambiente transita al sostén en el tiempo, mira el amor cruel entonces se preocupa por el objeto, juega a la sobrevivencia, piensa y sueña. En los trastornos del espacio transicional se observan trastornos en la existencia temporal.
3. **Fuera del control omnipotente:** para que el objeto sobreviva, debe ser colocado fuera del área de control omnipotente por bebé. El bebé con la capacidad para manejar la intimidad, acepta cierta independencia del objeto y su existencia separada en la primera separación de cuerpos. “El individuo puede llegar a esta posición en las primeras etapas del crecimiento emocional sólo por medio de su supervivencia real de

objetos catequizados que, al mismo tiempo, pasan por el proceso de quedar destruidos porque son reales, y de volverse reales porque son destruidos (por ser destructible y gastables)” (268) [2].

4. **En la fantasía inconsciente:** el pasaje del sostén del ambiente en la primera fase al sostén en el tiempo, entre pasado, presente y futuro, marca el inicio de la fantasía como defensa ante el mundo interior. En esta etapa, el objeto sobrevive también en la fantasía inconsciente del bebé, manteniendo una presencia que es simultáneamente real e irreal. Esta transición permite al bebé integrar la experiencia emocional y temporal, utilizando la fantasía para enfrentar y manejar las complejidades de su mundo interior o del self [2].

5. **La capacidad para sentir tristeza y para odiar.** En el niño capaz de sentir tristeza en la fase depresiva, su agresión via la erogenización muscular se convierte en fuerza para la sobrevivencia del objeto a su destrucción, al ser colocado, tanto fuera del tiempo presente al mirarlo desde el pasado, como fuera del área de control omnipotente, así como al ser destruido en la fantasía por poder ser odiado y poder deshacerse de él, separándose y este sobrevivir. Al principio, las mociones agresivas o la fuerza vital del infante se asocian con el erotismo muscular y no con la ira y el odio. No hay odio ni ira, pero sí la destrucción que implica la satisfacción del ello en la fase depresiva. Winnicott señala que “todo niño debe ser capaz de verter tanta movilidad primitiva como le sea posible en las experiencias del ello” (285) [7].

Destaca la capacidad para usar y ser usado. La madre odia primero al bebé en la fantasía. El bebé se las entiende con el padre al que odia; capaz de sostener el odio para deshacerse del objeto y éste sobrevivir. El odio se expresa en el desgaste del objeto transicional. El odio frente a la escena primaria, de relación tripersonal en la tercera fase, se pone al servicio de la masturbación.

	Primera fase Relación unicorporal	Segunda fase Relación bicorporal	Tercera fase Relación tripersonal
Agresividad, fuerza vital expresada vía la musculatura	Sostén en la Ilusión	Amor cruel (retroactivo), sostén en el tiempo, siente tristeza y preocupación, juega a la sobrevivencia, piensa	Objeto transicional
	Erogenización de la musculatura	El odio facilita deshacerse del objeto, tomar distancia y este sobrevive	Usa el odio para la masturbación
		Coloca al objeto fuera del área de control omnipotente	
		Fantasea la destrucción del objeto	

6. La sobrevivencia del objeto implica la ubicación efectiva del objeto **fuera del área de las proyecciones** [2].

7. **Paradoja irresoluble:** la paradoja del espacio y la del objeto transicional se aceptan, no se interpretan; subyacen al sostén durante el Desarrollo emocional primitivo saludable facilitando la sobrevivencia del objeto. Como ejemplo de paradoja y su aceptación: “ el bebé crea el objeto [subjetivo], pero éste ya estaba ahí, esperando que se lo crease y que se lo denominara objeto catectizado”(266) [2].

8. **Capacidad para estar solo:** desarrollar la capacidad para estar solo en presencia es un logro del mundo interior en su intimidad. Esta soledad permite al bebé, a la persona sentirse triste de una manera saludable, diferente de una tristeza desértica y vacía de experiencias de omnipotencia, donde hay omnipotencia, no experiencias de omnipo-

tencia, lo cual puede ser aterrador para el bebé [8]. “Podría decirse que la capacidad de un individuo para estar solo depende de su actitud para encarar los sentimientos suscitados por la escena primaria. En la escena primaria se percibe o imagina una relación excitada entre los padres, y esto lo acepta el niño sano capaz de dominar el odio y de ponerlo al servicio de la masturbación. En la masturbación, el niño, que es la tercera persona en una relación tripersonal o triangular, acepta toda la responsabilidad por la fantasía consciente o inconsciente. Ser capaz de estar solo en esas circunstancias implica una madurez del desarrollo erótico, una potencia genital, o la correspondiente aceptación femenina; suponen la fusión de los impulsos e ideas agresivos y eróticos, y también una tolerancia a la ambivalencia; además, habría naturalmente una capacidad del individuo para identificarse con cada uno de los progenitores” (39) [9]. Entonces la capacidad para estar solo es casi un sinónimo de la madurez emocional [9].

9. **Capacidad para deshacerse del objeto:** la capacidad para deshacerse del objeto es un aspecto esencial del desarrollo emocional del bebé. Este proceso implica una serie de etapas que incluyen la desilusión, la sobrevivencia del objeto a las fantasías destructivas, el uso del espacio y objeto transicional, el desarrollo de la capacidad para estar solo y experiencias de integración del self (creación del mundo interior con el verdadero y falso self). A través de estas experiencias, el bebé aprende a manejar la independencia lo cual es crucial para su crecimiento emocional.

10. **La capacidad para causar fastidio.** En la tercera fase si ocurre una privación del objeto, conlleva la muerte del objeto interno o versión introyectada del objeto, entonces el niño provoca causar fastidio: roba, miente, arma líos, hace daño, con la esperanza de mantener vivo un recuerdo, para recuperar una vieja intimidad que amenaza con desaparecer en el olvido; como si buscara un marco en constante expansión, “un círculo cuyo ejemplo inicial fue el cuerpo o los brazos de la madre”(149). La tendencia antisocial es una cuestión de realidad psíquica, no de conducta. Han destruido y el mundo sigue de pie (340) [10] y [11].

11. **El lugar de los sueños.** El espacio potencial de creatividad es el lugar de los sueños, del juego, del poeta, del humor, de la religión y la cultura. Los sueños que no son para ser analizados sino la consolidación del trabajo realizado (335) [12].

EL SUEÑO: CONSOLIDACIÓN DE UN PROCESO

Mientras Winnicott preparaba la reseña del libro de Jung "Recuerdos, sueños, pensamientos" en 1968, siete años después de la muerte de Carl G. Jung, experimentó varios sueños significativos. Uno de estos sueños, aunque intenso, no fue una pesadilla, ya que no puso en peligro la capacidad del yo para tolerar la tensión. Winnicott relata este sueño dividiéndolo en tres partes:

1. En la primera parte, había una destrucción pura y, como Winnicott formaba parte del mundo y del conjunto de las personas, él también era destruido.
2. En la segunda parte, había una destrucción absoluta y Winnicott era el agente destructor. Aquí, se planteaba para el yo el problema de cómo integrar estos dos aspectos de la destrucción.

Este sueño refleja la complejidad de los procesos internos de Winnicott y su lucha por integrar diferentes aspectos de la experiencia destructiva y su impacto en el yo.

Aparecía entonces la parte tres y yo me despertaba *en el sueño*, y al hacerlo sabía que había soñado tanto en la parte 1 como la parte 2. Por consiguiente, había resuelto el problema usando la diferencia entre los estados de vigilia y del dormir. He aquí que yo estaba despierto, en el sueño, sabiendo que había soñado con haber sido destruido y con haber sido el agente destructor. No existía disociación, de modo que los tres yoes estaban totalmente en contacto. Recordaba haber soñado con él yo 2 y con el yo 1. Esto me hacía sentir inmensamente satisfecho por más que la labor realizada me había planteado enormes exigencias. Ahí comencé a despertarme. Lo primero que supe fue que tenía un *fortísimo dolor de cabeza*. Podía ver mi cabeza escindida de lado a lado con una negra brecha entre la mitad derecha y la izquierda. Me acudían y me despertaba en las palabras "dolor de ca-

beza que me parte", y capté que la descripción era apropiada; esto me permitió ir despertándome poco a poco, y en el curso de media hora el dolor de cabeza había desaparecido. Mientras lo soportaba, me acudió el sueño completo, y junto con él la convicción de que ahora conocía un importante significado del número tres. Yo tenía estos tres *se/ves* esenciales: el yo 3 podía recordar que había soñado, sucesivamente, con que era el yo 2 y yo 1. Sin el yo 3, yo habría quedado escindido, resolviendo el problema alternadamente con sadismo y masoquismo, usando la relación de objeto, o sea, relacionándome con objetos percibidos en forma objetiva. En la tercera parte del sueño, y al despertar, tuve un agudo percatamiento de que la destructividad corresponde a la relación con los objetos que están fuera del mundo subjetivo o de la zona de la omnipotencia. En otros términos, primero está la creatividad propia del estar vivo, y el mundo es sólo un mundo subjetivo; luego está el mundo percibido objetivamente y la destrucción absoluta de él y de todos sus detalles (274) [12].

Se pueden destacar varios aspectos de este sueño. Primero, muestra el funcionamiento de una organización del mundo interior con un yo self saludable, capaz de soñar en un movimiento regresivo. Este es un indicio de un verdadero self, capaz de sentirse real. El análisis de casos de agonías primitivas se asemeja al trabajo del sueño, ya que en la transferencia hacia la dependencia absoluta con el analista, el paciente puede organizar una regresión y experimentar por primera vez la agonía primitiva vivida.

Por otra parte, este sueño sirve como paradigma de la consolidación de un proceso, de un trabajo psíquico de alejamiento y retorno, con angustia sin dolor. Además, este sueño se relaciona con la teorización de Winnicott sobre la sobrevivencia del objeto, partiendo del potencial de máxima destructividad. La agresión en su máxima potencia implica una destrucción total: "Todo niño debe ser capaz de verter tanta movilidad primitiva como le sea posible en las experiencias del ello" (285) [7].

ORGANIZACIÓN REGRESIVA Y ORGANIZACIÓN DEFENSIVA

La organización del mundo interior saludable que consolida regresiones, con un espacio transicional entre paradojas, con el uso pleno del self que se siente real, se plantea

como: Te destruyo para conservarte. Pero si el infante se encuentra en un ambiente indiferente, de locura, de terror, o en uno que amenaza con invadir, o con uno que se cae, o en medio de un derrumbe, Winnicott lo explica con las agonías primitivas: fragmentarse, aniquilación, caer interminablemente, no tener ninguna relación con el cuerpo, no tener ninguna orientación (75) [13]. El paciente trae la agonía o las defensas ante el núcleo de agonía innombrable. Son casos que se encuentran en la búsqueda del self y que Winnicott menciona que es un error suponer que el paciente existe realmente como en la neurosis. Las diferentes formas de sometimiento hacen las veces de sostén del ser, del mundo self, por incompleto, deforme o frágil. La idea con la psicoterapia es que abandone la invulnerabilidad y se convierta en una persona que sufre (240)[14].

Con el término caso fronterizo se refiere aquel en el cual el núcleo de la perturbación es innombrable, de agonía primitiva; el paciente posee una organización psiconeurótica suficiente, que siempre puede presentar defensas cuando la angustia psicótica central amenaza con irrumpir en forma grosera o puede ser el caso de poder organizar una organización regresiva pero no de manera sostenida. El núcleo de agonía innombrable en los trastornos del espacio transicional o trastorno psicósomático yo self es diferente al núcleo de agonía sólo pensable del miedo al derrumbe de la segunda fase. En los primeros, mantiene la escisión la organización defensiva con las diferentes formas de sometimiento e inhibición y así mantener invulnerable, intocable este núcleo de agonía primitiva. "En tales casos, es posible que el psicoanalista entre en connivencia durante años con la necesidad del paciente de ser psiconeurótico (en oposición a ser loco), y de que se lo trate como tal. El análisis funciona bien y todos se sienten bien satisfechos. El único inconveniente es que nunca termina. Se le puede poner fin, y el paciente movilizar incluso un falso self psiconeurótico para terminar expresar gratitud; pero en rigor sabe que no se ha producido cambio alguno en el estado (psicótico) subyacente, y que el analista y él han tenido éxito en su connivencia y han provocado un fracaso (264) [2]. La clasificación de los trastornos del espacio transicional por privación en la primera fase se basa en varios trabajos fundamentales de Winnicott. Uno de ellos es "El trastorno psicósomático" de 1964, en el cual se abordan las implicaciones de la pri-

vacación en el desarrollo emocional con 4 casos: la dispersión de los agentes responsables, la escisión en dos con los médicos que comprenden y los que no, el caso del resto del self en la organización defensiva de la madre cuando la madre podía estar sana si la hija estaba enferma y el caso de madre muerta. Además, en la segunda versión de "Fenómenos y objetos transicionales" de 1958, donde agrega dos casos que amplían esta comprensión, con el caso del niño que se le va la vida atando objetos ante la amenaza de agonía y el caso de madre muerta. También se considera el trabajo de 1948, "Reparación con respecto a la organización antidepresiva de la madre", que explora cuando el self del hijo se centra en el self deprimido de la madre. Es importante distinguir estos trastornos del espacio transicional por privación de la clínica del miedo al derrumbe por privación de los controles, ocurridas en la segunda fase descrita en "La mente y su relación con el psiquesoma" de 1949, que se lo puede clasificar como un trastorno psicósomático y/o piel [15].

1. SIN ESPACIO TRANSICIONAL debido a un ambiente de indiferencia y locura.

No ha creado una organización psiconeurótica suficiente, su self se centra en una sensorialidad. Ruth, de 23 años, vive sometida a una sensorialidad presente y limitante. Acude a terapia por una artritis degenerativa y explica: "Solo siento el dolor si lo miro", "nunca he sentido mi cuerpo excitado, solo un dolor en el corazón". Su madre, siempre trabajando y ella al cuidado de un padre que hacía cosas extrañas, como cavar un hoyo en la sala, proporcionaba un sostén inseguro. Ruth recuerda de niña estar en el techo de la casa con su padre.

Durante la psicoterapia, se analiza la actualización de una caída existencial primitiva cuando siente que no asistió a una sesión que sí asistió comunicando: nunca había perdido un día de mi vida. Este es un caso de trastorno psicósomático en el que el self está descentrado del vacío y centrado únicamente en un órgano sensorial, en este caso, los ojos y lo que miran. Ruth no experimenta una transición entre mirar y ser mirada, ni entre mirarse mirando. Si algo en su existencia o en su cuerpo le duele, lo siente en sus ojos, que ahora están secos. El dolor, como ella comunica, lo siente en su cuerpo acartonado solo si lo mira.

Su mundo interior, debido a un ambiente indiferente y de locura, funciona con un cuerpo self deforme -con la base del self en lo que mira-. Sus ojos, y lo que ven, intentan realizar funciones psíquicas en un círculo no benigno, sino maligno. La enfermedad en este trastorno psicosomático no reside en el estado clínico de patologías somáticas como colitis, asma, eczema crónico o artritis, sino en una escisión del precario mundo interior. Esta escisión resulta en una organización defensiva del yoself (cuerpoself), con un pensamiento precoz, hipersincero.

La falta de un espacio transicional, debido a un ambiente de indiferencia y locura, ha dejado a Ruth atrapada en un estado en el que sus ojos y lo que ven intentan suplir las funciones psíquicas de un self dañado. Esto resulta en una vida limitada a una sensorialidad presente, sin la capacidad de integrar y procesar sus experiencias de manera saludable[16].

2. SIN ESPACIO TRANSICIONAL debido a un ambiente de terror: No ha creado una organización psiconeurótica suficiente, su self se centra en una forma de sometimiento: a la fisiología (acciones compulsivas), rituales, a una persona, un ambiente, un objeto. Liro de 9 años es amado por lo que puede ser a futuro. Winnicott lo ubica con las bases del self en el cuerpo [17]. Al nacer la madre lo odia por presentar su misma deformidad física: sindactilia. Lo odia de manera que lo tuvieron que retirar de su presencia. En el hospital lo llevan a consulta con Winnicott porque les sorprende el nivel de sometimiento a las cirujías. La idea de que pudiera ser operado hizo que la madre pudiera amar al Liro del futuro sin sindactilia. Esta forma de sometimiento que sostiene el yo cuerpo self, como en el caso de Anatomía del odio que se encuentran sometidos al cuerpo, a una fisiología, a un ambiente con acciones compulsivas como intentos de ser invulnerables ante la amenaza de la agonía primitiva inabordable.

El caso de "Anatomía del odio"[15] [18], se trata de varios centros del self escindidos, imposibles de ser pensados juntos. A sus 33 años, la paciente llega recomendada por otra paciente y expresa: "Hay cosas que en vez de dejar salir, se me quedan atoradas; si no hago algo por mí, estoy atorada, necesito apoyo externo". Durante la psicoterapia, relata con dolor: "Mi madre solo se acercaba cuando me encontraba hecha caca,

de otra forma no lo hacía”. Sus padres estaban coludidos en experiencias de terror: “Mi padre viéndome en la montaña rusa, muerto de risa, y yo muriendo de terror”; “Me agarraban entre los dos para inyectarme y mi mamá exclamaba: ‘déjala en su geniecito’”. Ana en una fantasía, a la que recurre con frecuencia, denigra, en este caso de una forma maníaca, el mundo que odia; en una apropiación del pensamiento que parece haber sobrevivido a la evacuación anal [6], asocia: “Lo que traigo hoy es de lo que guardo y no dejo salir. Es un odio hacia el ser humano. Me pego en el pie, en el otro pie. Le pregunto- “¿Qué harías?”, ¿Qué haría para mejorar la raza humana? Si me deshago de la gente o me quede sola. Dejaría a mi hermana Sol, mi perro y los niños. Me siento, ¡soy mejor que todos! Pero me entra culpa”. Al finalizar esta sesión le da pena [¿vergüenza?] despedirse de mano puesto que la tiene sudada. Explica respecto a dar la mano sudada: “no me gusta embarrar, cómo aceptar mierda de la gente”. Ella se hace cargo del odio de la madre hacia su propio padre (abuelo de Ana), entonces ella queda librada a las funciones fisiológicas, en un cuerpo predominantemente visible y abierto. La primera vez que llora asustada pregunta: “las lágrimas dónde se van”; suda de tal forma en sus manos que le da vergüenza darla al despedirse; el vómito jugó un papel llamativo durante la terapia.

La paciente también habla de su uso de marihuana y éxtasis: “Yo hago cambios radicales y rápidos. Al hacerlo lento, es un proceso. Pierdo el enfoque”. De adolescente, “violentaba mi cuerpo hasta sangrar”; ella y su hermana sufrían de bulimia. En un momento crucial de la psicoterapia, la paciente creó la figura de la Diosa del maíz y el mito en torno a esta diosa, como una creación del cuerpo-self, núcleo de su mundo interior (objetoyoself), es decir, la parte de ella distinta de ella misma, que hace que sea ella (lo parte de Mi, distinto de Mi que hace Mi). Después de esta sesión, las batallas internas para poder decir "No" a los mandatos familiares se hicieron frecuentes, especialmente frente a su hermana mayor, quien fungió como madre y transformaba su "No" en un "Sí": “Carmina me asfixia”.

El centro del self de la paciente se localizaba en su fisiología, en sus rituales matinales de tres horas que incluían la sensorialidad con éxtasis o marihuana, según el efecto; en

los días viernes por la tarde le daban atracones con chocolates y en sus cinco tatuajes en la piel, ¿como una forma de olvidar/no olvidar? Estos pueden interpretarse como intentos de creación propia de objetos self en un círculo no benigno, sino maligno; descentrado o escindido del vacío existencial. Finalmente se enamora, el olor de su novio la saca de la obsesión del nombre de este; llega a decir: "ya sé leer" y luego se va a vivir con él al extranjero.

3. ESPACIO TRANSICIONAL FRÁGIL o de insomnio. En algunos casos, se observan formas de repliegue destinadas a preservar lo que queda del yo cuerpo self (núcleo del mundo interior), existiendo únicamente por no ser encontrados en su espontaneidad o verdadero self. Logra una organización psiconeurótica, es decir con un yo self capaz de regresión y con experiencias psicósomáticas, pero no de forma sostenida. Un ejemplo extremo se puede observar en personas con autismo, quienes son creativos en su propio espacio.

Un caso ilustrativo es el de un hombre de 50 años con insomnio que buscó ayuda debido a su falta de creatividad y una fobia a lo sagrado, manifestada como pensamientos compulsivos imprevisibles en forma de blasfemias. Se sentía como si tuviera que escupir sobre algo sagrado o mancillarlo, siendo "víctima de la fobia al pecado contra el Espíritu Santo" (281) [19]. Su insomnio estaba relacionado con la incapacidad de entenderse con el odio hacia su padre, quien no le proporcionaba control sobre su agresión. En cambio, debía recibir este control de su madre, lo que le impedía usarla como refugio.

Esto lo llevó a inhibir toda espontaneidad e impulso, temiendo que cualquier partícula de impulso resultante fuera destructiva (283) [19]. Creía que sus flatos podían alterar el mundo, una omnipotencia que no podía ser experimentada como tal.

4.ESPACIO TRANSICIONAL AMENAZADO. El niño o la persona vive en la inmediatez y en intentos de hacer presente. En este caso se trata de cuando la representación interna del self se encuentra ante la amenaza constante de caer. Los intentos de organización psiconeurótica capaz de hacer regresión y vida psicósomática caen permanentemente. El niño del cordel con 7 años de edad había llegado a obsesionarse

con todo lo que tuviera relación con la cuerda. Cada vez que entraban en un cuarto se encontraban con que había atado las sillas a la mesa o un almohadón unido al hogar por una cuerda. La preocupación por los cordeles adquiría poco a poco una nueva característica, que les inquietaba. Poco tiempo antes había atado una cuerda al cuello de su hermana menor quien le había impuesto la primera separación con su madre (35) [3]. Se trataba de un chico difícil aunque mostraba buenas características. Lamía cosas y personas. Hacía ruidos compulsivos con la garganta. No contenía el vientre y se ensuciaba. Estas deformaciones en su desarrollo, en las que no había el espacio con fenómenos transicionales, eran de antes de que el defecto mental de su hermana mayor hubiera adquirido importancia (34) [3].

En la consulta terapéutica mediante el juego del garabato en el que Winnicott trazaba en forma impulsiva cierto tipo de líneas e invitaba, en este caso, al niño del cordel, a convertirlas en algo; luego las trazaba él y lo invita, a su vez, a encontrarles alguna forma (34) [3], el niño traducía casi todo lo que hacía Winnicott en algo relacionado con una cuerda; entre sus 10 dibujos aparecieron los siguientes objetos: lazo, látigo, fusta, cuerda de yo-yo, cuerda anudada, otra fusta, otro látigo (35) [3].

Generaba un ambiente de terror cuando le decía a su tía: “te voy a cortar en pedacitos” (34) [3].

5. EL ESPACIO TRANSICIONAL CAE: se trata del complejo de madre muerta, este caso clínico presentado por Winnicott con la mujer adulta en la segunda versión de “Objetos y fenómenos transicionales” del año 1958 y se encuentra uno análogo en el cuarto caso del Trastorno psicósomático de 1949, ambos de madre muerta. Ilustran cómo el sentimiento de pérdida puede convertirse en una forma de integrar el mundo del self. La paciente comunica: “supongo que quiero algo que nunca se vaya”, entonces lo real es lo que no se encuentra presente (42) [3]. Logra una organización psico-neurótica con un yo self capaz de regresión y experiencias psicósomáticas, pero ante amenazas que la colocan frente al núcleo de pérdida como agonía primitiva, su self se centra en la idolización de lo negativo, o con procedimientos para mantenerse en el propio cuerpo como el prurito. La paciente, una mujer inteligente con varios hijos, se enfrenta a una amplia gama de síntomas esquizoides en aquella época, de agonía

primitiva en la actualidad. A pesar de su éxito profesional y de ser considerada una persona valiosa por quienes la rodean, sufre profundamente. Durante una sesión de análisis, la paciente relata un sueño depresivo en los que el analista en transferencia era una mujer dominante y avarienta. Este sueño la lleva a recordar a un analista anterior, y dice sobre el último de sus analistas: “ será siempre más importante para mí que mi analista actual”(41) [3].

La paciente se ve atrapada en fantasías recurrentes que reflejan sus experiencias traumáticas de separación durante la infancia. Describe un viaje en tren con un accidente, donde le preocupa cómo sabrán los hijos lo que le ha sucedido y cómo lo sabrá el analista. Recuerda un episodio en el que un gato quedó atrapado, maullando durante horas. Estas experiencias reflejan el colapso del ambiente de sostén durante su niñez. Especialmente impactante fue un incidente donde, tras dejar a su hijo por tres días, a su regreso encontró imposible restablecer la relación. Este tipo de separación, en el que el niño percibe a la madre como muerta debido a su ausencia, ha dejado una marca profunda en la psique de la paciente, dificultando su capacidad de confiar y formar vínculos saludables.

El análisis revela que la infancia de la paciente estuvo marcada por repetidas pérdidas y separaciones, lo que la llevó a desarrollar defensas precarias. Una evacuación durante la guerra a los once años la hizo olvidar a sus padres y sus primeros años, manteniéndose firme en no llamar "tío" y "tía" a sus cuidadores como era costumbre; se las ingenió para no llamar de ninguna manera a sus cuidadores, ese era el lado negativo de las relaciones en donde lo único real es la muerte, la ausencia, la amnesia, la brecha: ama lo perdido, lo idoliza. Los objetos, que deberían haber simbolizado el afecto y la confianza en su madre, se tornaron irreales debido a las constantes ausencias y mentiras de esta. La frase "Lo único que tengo es lo que no tengo" encapsula su desesperación y su intento de convertir lo negativo en una defensa contra la aniquilación total (idolización).

Cuando no es posible ofrecer una explicación y la madre se encuentra ausente para tener un nuevo hijo, está muerta desde el punto de vista del pequeño. Ese es el significado de muerta.

Es una cuestión de días, horas o minutos. Antes de llegar al límite la madre sigue viva; después de superarlo está muerta. Entre uno y otro momento hay un precioso instante de ira, pero se pierde muy pronto, o quizá nunca se lo experimenta, siempre existe en potencia y alberga el temor a la violencia. De aquí llegamos a los dos extremos, tan distintos entre sí: la muerte de la madre cuando se halla presente, y su muerte cuando no puede reaparecer y por lo tanto volver a vivir. Esto se relaciona con el momento anterior a aquel en que el niño logró la capacidad de dar vida a las personas en la realidad psíquica interna, lejos de la tranquilidad de ver, sentir, oler (40-41) [3].

TRASTORNOS EN EL ESPACIO TRANSICIONAL

Trastorno del espacio	Trastorno del tiempo	Organización psiconeurótica	Defensas de la organización del yo cuerpo self
SIN espacio transicional por INDIFERENCIA / LOCURA	Vive en el presente de una sensorialidad	1. No ha creado una organización psiconeurótica suficiente	La base del self en una sensorialidad.
SIN espacio transicional por TERROR	Ama conforme a lo que será en el futuro	1. No ha creado una organización psiconeurótica suficiente, su self se centra en una forma de sometimiento: a la fisiología (acciones compulsivas), rituales, a una persona, un ambiente, un objeto	La base del self en el cuerpo La base del self en la fisiología (acciones compulsivas) Varios centros del self escindidos
Espacio transicional FRÁGIL	Con insomnio	1. Logra una organización psiconeurótica pero no de forma sostenida 	El odio no ayuda a poder deshacerse del objeto y éste sobrevivir Formas de repliegue Fobias La base del self en la fisiología muscular (acciones compulsivas) Pensamientos omnipotentes
Espacio que amenaza con caer. INVASIVO	Vive en la inmediatez, sin poder hacer presente	1. Los intentos de organización psiconeurótica capaz de hacer regresión y vida psicósomática caen permanentemente	La base del self en la fisiología muscular (acciones compulsivas) Un resto del self de la madre
Espacio que cae MADRE MUERTA	Ama lo pasado, lo que fue	1. Logra una organización psiconeurótica pero ante amenazas que lo colocan frente al núcleo de pérdida como agonía primitiva, su self se centra en la idolización de lo negativo, o con procedimientos para mantenerse en el propio cuerpo	Idolización Alucinación negativa Procedimientos para mantenerse en el propio cuerpo

T
R
A
S
T
O
R
N
O
S
P
R
E
N
O
S
I
C
O
S
A
L
I
Z
A
C
I
Ó
N

Clínica de las agonías primitiva

[Una búsqueda existencial, del self. No del deseo sino de la necesidad]

Primera fase

Privación

1. Trastornos del espacio transicional

(EN VEZ DE PSIQUESOMA, Psique sensorfisiología)

Sin espacio transicional por indiferencia y locura

Sin espacio transicional por un ambiente de terror

Espacio transicional frágil. El odio no ayuda a deshacerse del objeto

Espacio que amenaza con caer, por invasión

Espacio que cae: madre muerta

Segunda fase

Deprivación de los controles

2. Miedo al derrumbe

(EN VEZ DE PSIQUESOMA, Psique mente)



El centro del self privado, en pensamientos catastróficos

Tercera fase: Deprivación del objeto Provoca causar fastidio: roba, miente, arma líos, hace daño, con

3. Tendencia antisocial

la esperanza de mantener vivo un recuerdo

CONCLUSIÓN

La sobrevivencia del objeto facilita el trazado, primero, de los límites de lo sagrado, es decir lo parte de mí, distinto de mí que hace mí (núcleo del mundo interior o del self: verdadero self), segundo el trazado del espacio de lo íntimo con sus límites facilitado por el establecimiento del tiempo subjetivo, del yo piel y la musculatura, lo que es interior y lo que es exterior al mundo interior; facilitando, en una tercera fase, la creación del espacio del yo con la primera posesión no yo, el objeto transicional y lo que está adentro y afuera en un mundo compartido. En la salud, la capacidad para sostener un espacio seguro entre lo sagrado, lo íntimo y lo compartido; un espacio posible de ser atravesado para sorprender al entorno y el entorno sorprender al niño. Un espacio que facilita el acceso y las transiciones hacia la expresión del verdadero self, hacia la identidad. Un mundo interior con la base del self en la vida psicósomática, es decir la residencia de la psique en el soma.

En una relación saludable el espacio potencial por medio de experiencias se transforma en un espacio con fenómenos transicionales y con tercera zona de experiencia donde logra estar relajado estando no integrado. Crea así el mundo interior con el verdadero y falso self, como guardián de lo sagrado y de lo íntimo. El niño juega a ejercitar su mundo interior: lo que es interior y exterior al self, que todavía no es adentro y afuera en el mundo compartido con un yo.

La teoría de la sobrevivencia del objeto de Winnicott ofrece una perspectiva profunda sobre el desarrollo emocional primitivo. Entender cómo el bebé transita de una relación subjetiva a una relación tricorporal a través de la sobrevivencia del objeto permite apreciar la complejidad del crecimiento emocional y la importancia de las primeras experiencias en la formación de la residencia psique soma. La capacidad para estar solo, la aceptación de la paradoja y la permanencia paradójica del objeto en el espacio transicional son elementos esenciales para el desarrollo saludable. De esta manera el niño y el paciente usan al objeto, al psicoterapeuta; cuentan con un mundo interior capaz de usar al self; capacidad para usar y ser usado.

La cualidad de ser siempre destruido hace que el telón de fondo del amor sea la destrucción en potencia porque el objeto puede no sobrevivir; está destructividad en poten-

cia hace que la realidad del objeto sobreviviente se sienta real, fortalecido por el tono del sentimiento y contribuye a la constancia del objeto y a vivir creativamente [2].

Los casos de trastorno del espacio transicional diferentes al miedo a derrumbe [20] generan defensas ante el núcleo de agonía primitivo como un recurso hacia la invulnerabilidad; siendo exitosos en la vida profesional sufren en el self privado; existen luchando por un espacio desde el cual poder salvar o mantener separados los fragmentos de mundo interior, o del self. El sometimiento al espacio del otro, la inhibición como forma de hacerse de un espacio propio, el sometimiento a una sensorialidad, a la fisiología, con rituales y acciones compulsivas como la manera de hacerse de un espacio que no hace transiciones solo presentes que se desvanecen. O bien sometido a la sensorialidad que no alcanza a generar un espacio que cobije la residencia de la psique en el soma y al cuerpo que queda a la deriva.

Con Winnicott, el "psique-soma" o vida psicósomática o residencia psiquesoma, se refiere a la integración saludable de la mente y el cuerpo (haciendo soma). En el caso del miedo al derrumbe, en una deprivación de los controles, el self se centra en la "psique-mente", donde la mente o pensamiento en sí mismo hace las veces de madre o de psique sin ayudar a la residencia psiquesoma. En situaciones de privación, donde el centro del self se localiza en una sensorialidad y/o en la fisiología, podríamos hablar de "psique-sensoriofisiología". Este término subraya la conexión entre el funcionamiento psíquico primitivo y la vida sensorial y fisiológica, reflejando cómo la privación en los 3 primeros meses de nacido, afecta la existencia y su continuidad; en estos casos de trata de las angustias primitivas: aniquilación, fragmentación, estar cayendo, caer, despersonalización, desorientación. Recordemos que para Winnicott los órganos de los sentidos tienen doble función: física y psíquica [21] y por otra parte cuando la psique de la madre acompaña la fisiología del bebe mostrándole su cuerpo (soma), la psique y la imaginación facilitan que la psique cobije al cuerpo haciendo psiquesoma, es decir hay vida psicósomática.

La destructividad inherente a la relación de objeto es diferente a la destructividad derivada de la inmadurez de un individuo.

BIBLIOGRAFÍA

[1] WINNICOTT, D.W. (1968). Sobre “el uso de un objeto”. VI. Comentarios sobre mi artículo “El uso de un objeto”. En: Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993. O EN: 6. Realidad y juego (1971). Barcelona: Gedisa, 2008.

[2] WINNICOTT, D.W. (1968). El uso de un objeto y el relacionarse mediante identificaciones. Realidad y juego (1971). Barcelona: Gedisa, 2008.

[3] WINNICOTT, D.W. (1958). Objetos transicionales y fenómenos transicionales. En: Realidad y juego (1971). Barcelona: Gedisa, 2008.

[4] WINNICOTT, D.W. Saber y aprender. En: Los bebés y sus madres. México: Paidós, 1990.

[5] WINNICOTT, D.W.(1941). La observación de niños en una situación fija. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa Libros, 2012.

[6] WINNICOTT, D.W. (1970). El lugar de la monarquía. En: El hogar nuestro punto de partida. Ensayos de con psicoanalista. Buenos Aires: Paidós, 2009.

[7] WINNICOTT, D.W. La agresión en relación con el desarrollo emocional. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.

[8] WINNICOTT, D.W. (1945). Desarrollo emocional primitivo. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.

[9] 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.

[10] WINNICOTT, D.W. (1956). La tendencia antisocial. En Deprivación y delincuencia. Buenos Aires: Paidós, 2008.

[11] WINNICOTT, D. W. (1967). Posfacio: D.W.W. sobre D.W.W. En: Exploraciones psicoanalíticas II. Barcelona: Espasa Libros, 2009.

[12] WINNICOTT, D.W. (1963). Sobre “el uso de un objeto”. II. Ensueño de W.W. vinculado con la reseña de un libro de Jung.En: Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.

[13] 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.

[14] WINNICOTT, D.W. (1967). El concepto de regresión clínica comparado con el de organización defensiva. En: Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós,1993.

[15] RABADÁN, F.C. (2023). Trastorno psicossomático yoself y trastorno psicossomático yopiel. Winnicott: clínica e las agonías primitivas. CDMX: Ediciones D´Jimena del Colegio Internacional de Educación Superior, 2023.

[16] RABADÁN, F.C. (2023). La psicossomática yoself como fallas y deformaciones en el mundo interior. Winnicott: clínica e las agonías primitivas. CDMX: Ediciones D´Jimena del Colegio Internacional de Educación Superior, 2023.

[17] WINNICOTT, D.W. (1970). Sobre las bases del self en el cuerpo. En: Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.

[18] RABADÁN, F.C. Anatomía del odio. A cuerpo abierto. Clínica Psicoanalítica de las adicciones. Letra en Psicoanálisis, LeP. Vol. 1-1, julio-diciembre, 2015.

[19] WINNICOTT, D.W. (1968). Sobre “el uso de un objeto”. V. Ejemplo clínico de “el uso de un objeto”. En: Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993. O EN: 6. Realidad y juego (1971). Barcelona: Gedisa, 2008.

[20] RABADÁN, F.C. (2023). Psiquesoma y psique-mente. Winnicott: clínica de las agnías primitivas. CDMX: Ediciones D'Jimena del Colegio Internacional de Educación Superior, 2023.

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