

TRANSFERENCIAS EN DEPENDENCIA CON WINNICOTT

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. Coautora del libro con Jaime Ayala Más allá de la terapia de juego, los fundadores y autora del libro Winnicott: clínica de las agonías primitivas y del libro Objeto transicional y objeto self transicional con Winnicott y sus trastornos en las 3 fronteras. Ocupa el cargo en la Dirección Académica del Colegio Internacional de Educación Superior desde el año 1998.

Recepción: 6 abril 2025/ Aceptación: 15 junio 2025

RESUMEN

Winnicott encuentra dos formas de transferencia en la clínica de las agonías primitivas, del miedo al derrumbe y del complejo de la tendencia antisocial: la transferencia delusional [1] y la transferencia en dependencia. En este artículo se distingue la neurosis de transferencia de la transferencia en dependencia; esta última en dos formas: en sostén y en sobrevivencia del objeto.

PALABRAS CLAVE: Agonías primitivas, Miedo al derrumbe, Neurosis de transferencia, Tendencia antisocial, Transferencia en dependencia.

SUMMARY

Winnicott identifies two forms of transference in the clinical study of primitive agonies, fear of collapse, and the antisocial tendency complex: delusional transference [1] and dependent transference. This article distinguishes between transference neurosis and dependent transference; the latter has two forms: object support and object-overcoming transference.

KEY WORDS: Primitive agonies, Fear of collapse, Transference neurosis, Antisocial tendency, Dependent transference.

RÉSUMÉ

Winnicott identifie deux formes de transfert dans l'étude clinique des angoisses primitives, de la peur de l'effondrement et du complexe de tendance antisociale : le transfert délirant [1] et le transfert dépendant. Cet article établit une distinction entre la névrose de transfert et le transfert dépendant ; ce dernier se décline en deux formes : le transfert de soutien de l'objet et le transfert de dépassement de l'objet.

MOTS CLÉS: Agonies primitives, peur de l'effondrement, névrose de transfert, tendance antisociale, transfert dépendant.

INTRODUCCIÓN

No toda transferencia es del mismo orden. La distinción entre neurosis de transferencia y la transferencia en dependencia con Donald Winnicott implica un modelo de mundo interior y aparato psíquico desde las emociones primitivas, de clínica y de posición del analista.

La distinción entre la neurosis de transferencia y la transferencia en dependencia permite ubicar diferencias en el trabajo analítico. Mientras que la neurosis de transferencia, formulada por Sigmund Freud, se inscribe en un modelo basado en el conflicto psíquico, el deseo y la represión, la transferencia en dependencia, evidenciada por Donald Winnicott, remite a fallas más tempranas del desarrollo emocional vinculadas con el ambiente, la constitución del self en la continuidad existencial.

En la neurosis de transferencia, el paciente **reactualiza conflictos infantiles reprimidos**, generalmente organizados en torno a la problemática triangular edípica. La transferencia opera aquí como una sustitución simbólica: el psicoterapeuta es colocado en el lugar de figuras significativas del pasado, lo que permite que los contenidos inconscientes emerjan en forma de **repetición**. En este contexto, el paciente dispone de recursos de simbolización y de un aparato psíquico suficientemente estructurado, de modo que la intervención del psicoterapeuta se orienta fundamentalmente a la interpretación. A través de ella, se busca hacer consciente lo reprimido y posibilitar la elaboración del conflicto.

En contraste, la transferencia en dependencia no se organiza en torno al retorno de lo reprimido, sino en relación con experiencias que no pudieron ser experimentadas o simbolizadas debido a fallas en el ambiente temprano. En estos casos, no se trata de un conflicto intrapsíquico, sino de una falla en las condiciones que hicieron posible la continuidad existencial en el desarrollo emocional primitivo. El paciente no recuerda en el sentido freudiano, sino que necesita ser sostenido, en el vínculo analítico, a la manera de los estados de dependencia absoluta, como ocurre con el infante, para que desde este sostén transferencial pueda organizar una regresión.

En este tipo de transferencia, el analista no funciona principalmente como una figura representacional, sino como un ambiente que debe ofrecer condiciones de sostén (holding), confiabilidad, continuidad y sobrevivencia. La transferencia no es entonces “sobre” el analista, sino que ocurre “en” la relación misma, como una experiencia viva de sostén que facilita la regresión a estados tempranos. En este contexto, la interpretación puede resultar prematura o incluso iatrogénica, ya que el paciente no dispone aún de los recursos simbólicos necesarios para elaborarla.

De este modo, mientras que en la neurosis de transferencia el trabajo analítico se orienta a la interpretación de conflictos reprimidos, en la transferencia en dependencia la tarea fundamental del analista consiste en resistir interpretar, resistir el no saber (núcleo incomunicado), resistir lo informe; genera los efectos de seguridad para la organización hacia la regresión. Dicho de otra manera, en la neurosis de transferencia, el paciente recuerda repitiendo, mientras que en la transferencia en dependencia el paciente organiza una regresión para poder experimentar una agonía primitiva, una pesadilla; necesita **reactualizar lo primitivo** por primera vez de manera suficientemente buena, aquello vivenciado que no pudo ser experimentado: algo que debió de haber ocurrido no ocurrió (agonía primitiva); eso que teme a futuro (pensamientos catastróficos) ya le sucedió (miedo al derrumbe); o algo valioso de sí mismo necesita ser recuperado (mediante el robo, la mentira o la destrucción).

DESARROLLO

La agresión primitiva o fuerza vital mediante la motilidad colocan al infante al nacer al borde de la agonía primitiva en un vacío potencial de creatividad, si es sostenido por un ambiente de confiabilidad podrá experimentar la ilusión de crear el pecho y el self (objeto self transicional); de alucinarlo; de estar relajado estando no integrado (tercera zona de experiencia como patrón de referencia hacia la identidad existencial) y podrá organizar una regresión del mundo interior con el yo self para soñar. El ambiente es experimentado durante el movimiento. La agresión entre pateando la lata, lo que estorba, el placer muscular que esto implica; luego la posibilidad del objeto de sobrevivir a la fantasía de destrucción en el proceso de hallarlo hasta la posibilidad de decir “no” al objeto, facilita el permanente funcionamiento del espacio transicional (del vacío como espacio potencial de creatividad).

LAS TRES FRONTERAS DEL APARATO PSÍQUICO: YO SELF, YO PIEL Y YO [2]

Las tres fases del desarrollo emocional primitivo son: la primera en una relación unicorporal, de integración/no integración o sostén o preintegración, o de pre verdad, o predepresión; la segunda, en una relación bicorporal, la depresiva (o de integración) y la tercera de comprensión o realización en una relación triangular en un mundo compartido.

El bebé se crea entre fronteras; vive al borde de las agonías primitivas. Las paradojas dentro del espacio transicional de la primera fase del desarrollo emocional primitivo, frontera del yo self en la ilusión de crear el pecho estando presente: es el pecho y a la vez no es el pecho; es el self y no es el self; creando lo sagrado del mundo interior o del self (crea el objeto self transicional). El pulgar introducido en la boca se halla en el espacio potencial de creatividad ya que es el pecho y a la vez no lo es. Traza la frontera yo self, entre lo parte de Mi (del self), distinto de Mi (del self) (**crea lo propio del ser, el objeto self transicional**). En la segunda fase, la depresiva (6 a 18 meses de nacido), entre la membrana yo piel, el objeto, mediante la paradoja, de sobrevivir a su destrucción al ser colocado fuera del área del control onnipotente, fuera del self, crea lo íntimo, lo secreto del mundo interior; es decir, **se apropia de su ser**. El bebé

piensa por sí mismo durante el proceso de quedar destruido porque es real y de volverse real porque es destruido. Se preocupa por el objeto, juega solo en alguna forma de presencia del objeto. En la tercera fase, **adquiere valor sobre sí mismo ante el objeto de amor**. El bebé le dice adiós a sus heces cuando se van por el retrete sin perder su propio valor; se encuentra en una relación entre tres personas completas. Continúa funcionando el espacio transicional o zona intermedia de experiencia, entre fenómenos transicionales y la tercera zona de experiencia. El objeto transicional se localiza en la zona intermedia de experiencia, es decir, no se encuentra bajo el dominio mágico como el objeto interno, ni está fuera de ese dominio como ocurre con la madre verdadera.

Las fronteras del yo self, la del yo piel y la del yo, se trazan gracias a la zona intermedia de experiencia (espacio transicional), como fenómeno transicional o como tercera zona de experiencia en la paradoja de estar relajado estando no integrado por que se encuentra sostenido en la primera fase del desarrollo emocional primitivo. La zona intermedia de experiencia se caracteriza por experiencias siempre paradójicas por ejemplo el infante crea el objeto estando presente, el bebé se encuentra en soledad esencial y a la vez en una dependencia absoluta; crea el objeto en el acto de rechazarlo; continúa conservando el valor de sí mismo ante el objeto de amor al comenzar a deambular.

EL SOSTÉN

El sostén se puede pensar desde diferentes perspectivas pero básicamente el sostén es resistir no saber (con el núcleo incomunicado)[3], resistir lo informe[4]. Resistir para no dejar caer al bebé. Ahí donde la madre ambiente y el terapeuta resisten no saber y lo informe surge el gesto espontáneo del bebe o del paciente.

LOS EFECTOS DE SEGURIDAD

El bebé no escucha ni registra la comunicación sólo los efectos de la confiabilidad (130) [5]. Como marcas en el tiempo facilita la continuidad existencial. Facilita captar las contribuciones del bebé, puesto que el bebé siempre tiene algo que apoyar. Sostiene la moralidad innata. Bajo los efectos de seguridad funciona el círculo benigno, los rituales.

Si el ambiente facilita la creación, alimentación y las recuperaciones del self, se conserva el espacio transicional en la traza de las fronteras: lo MI (yo self), lo propio del ser (yo piel) y lo valioso de sí mismo (yo). El enojo implica conservar en la mente (pensamiento) el ideal que ha sido destrozado (130) [5].

EL ODIO

Hay formas diferentes del odio: el odio usado en una relación en el que te destruyo para conservarte (cuyo ejemplo es el objeto transicional) o el odio para no perder el espacio necesario y tolerable; el odio como reacción al quiebre de la idolización, en este caso se trataría de un odio sostén del self; y el odio en la transferencia delusional cuando el paciente no tolera el odio en él mismo y siente que es el terapeuta quien lo odia.

Antes de la ya estudiada, por la tradición psicoanalítica clásica, ira por la frustración de la segunda fase, existe la agresión primitiva: “Todo niño debe ser capaz de verter tanta movilidad primitiva como le sea posible en las experiencias del ello” (285)[6]; la experiencia de moverse y encontrarse con algo. En su origen la agresividad es actividad, motilidad. Es parte del desarrollo emocional primitivo saludable “El niño en un estado emocional relativamente desorganizado, todavía más o menos propenso a la regresión y a la recuperación espontánea partiendo de la regresión” (277) [6]. Son las funciones parciales lo que el pequeño, gradualmente, a medida que va convirtiéndose en persona, organiza hasta formar una regresión. Las 4 áreas clave relacionadas con la agresión son: a) la tarea de fusionar y defusionar la movilidad o fuerza vital con la vida erótica (286)[6]. b) la necesidad de oposición. c) la necesidad (no deseo) de la realidad de un objeto externo para sentirse reales, d) la necesidad de un objeto más que de placer. La agresividad movilizada al servicio de la capacidad para odiar facilita, por ejemplo, la sobrevivencia del objeto. Un niño afortunado descubre que la hostilidad expresada es limitada y gastable; un niño puede inhibirse para no encontrar esta agresión en el self.

El odio en la primera fase del desarrollo emocional primitivo se centra en la musculatura al rechazar por ejemplo el pecho; en la fase depresiva en la capacidad de

colocar al objeto fuera del área del control onnipotente y luego con el establecimiento de la palabra “no” en la tercera fase.

Primera Fase: El odio por medio de la musculatura (erogenización muscular) como la capacidad de trazar las fronteras en el espacio de relación tolerable y necesario.

Segunda Fase depresiva: la capacidad para odiar y colocar al objeto fuera del área del control onnipotente (del self), en una relación bicorporal. El bebé adquiere la capacidad de separar lo que puede lastimar de lo que tiene menos posibilidades de lastimar; va midiendo el peligro.

Tercera fase la capacidad para odiar en una relación de tres por medio de la masturbación:

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) [7].

“Encontrar maneras seguras de desembarazarse de lo malo constituye un problema constante para niños y adultos” [8]. Winnicott distingue la agresión efectiva (madura), de la destrucción mágica (120) [8]. Diferencia la aniquilación del objeto interno (en la agonía primitiva) diferente de la versión introyectada del objeto externo perdido (en el miedo al derrumbe) (148) [9].

REGRESIÓN

“La regresión puede presentarse en cualquier grado, localizada y momentánea, total o involucrando la vida total de un paciente durante una fase. Las regresiones de tipo menos severo ofrecen un material fructífero para la investigación” (390)[10]. En la regresión clínica la organización del self usa la regresión hacia la dependencia, diferente al repliegue en el que ocurre una organización defensiva hacia una pseudo independencia, en una invulnerabilidad narcisista.

TRANSFERENCIA EN DEPENDENCIA EN SOSTÉN: CASO DE LA MUJER IDENTIFICADA CON EL PÁJARO MUERTO [11]

Una señora, que se puede considerar como de miedo al derrumbe, contaba con 47 años había establecido una relación con el mundo que era buena a ojos de los demás, pero no a los suyos; siempre había sabido ganarse la vida, se había hecho con una buena educación y era generalmente apreciada; a decir verdad a nadie le desagradaba activamente. Ella, no obstante, se sentía completamente insatisfecha como si siempre tratase de encontrarse a sí misma sin conseguirlo jamás. Ciertamente, ideas suicidas no le faltaban, pero eran mantenidas a raya por su creencia, que databa de la infancia, de que acabaría por resolver su problema y encontrarse a sí misma. Se le había hecho lo que llamaríamos un análisis clásico durante varios años, pero por alguna razón no se había producido cambio alguno en el núcleo de su enfermedad. Pronto se le hizo evidente a Winnicott que la paciente tenía que llevar a cabo una regresión muy seria o bien abandonar su empeño. Por consiguiente, siguió la tendencia regresiva dispuesto a que llevara hacia la paciente a donde fuese.

Gradualmente, la reactualización alcanzó la peor parte. Cuando casi habíamos llegado le apareció la angustia de que la aplastasen la cabeza. Al principio fue controlada por medio de la identificación de la paciente con el mecanismo aplastante. Esta fue una fase peligrosa porque, puesta en práctica fuera de la situación transferencial, significaba suicidio. En esta fase de *acting out* la paciente existía en los objetos aplastantes y la satisfacción la recibía de la destrucción de la cabeza (incluyendo la mente y la psique falsa), que había perdido importancia para la paciente en tanto que parte del ser (334)[11].

Llegó el momento de la **transferencia en dependencia de sostén** cuando la paciente aceptó no saber y ser el analista quien sabía (“se comporta como digno de confianza en la adaptación activa a las necesidades del paciente”, 335). Como un caso de miedo al derrumbe “la vida entera de la paciente se había edificado en torno al funcionamiento mental que falsamente se había convertido en el lugar (la cabeza) del que partía su vida, y su vida, que acertadamente a ella le había parecido falsa, se había desarrollado partiendo de este funcionamiento mental” (335)[11].

En este punto del no saber dentro del análisis que estoy describiendo, aparece el recuerdo de un pájaro que estaba completamente inmóvil “a excepción de los movimientos del vientre que indicaban que respiraba”. De hecho de otra manera, la paciente, a los 47 años, había alcanzado la fase en la que el funcionamiento fisiológico general constituye la vida. Entonces fue posible efectuar una elaboración psíquica del hecho. Esta elaboración psíquica del funcionamiento fisiológico es muy distinta del trabajo intelectual que tan fácil y artificialmente se convierte en algo por derecho propio y, falsamente, el lugar donde la psique puede alojarse (335-36) [11].

“A la larga la regresión alcanzó el límite de la necesidad de la paciente y desde entonces se ha registrado un avance natural en el que actúa el ser verdadero en lugar del falso” (332-333) [11].

TRANSFERENCIAS EN DEPENDENCIA EN EL CASO DE MARISOL LASTIMADA EN LA PIEL

Marisol, considerada como un caso de miedo al derrumbe, llegó a los 24 años de edad debido a que hacía cuatro meses había terminado con su novio. Mostraba su cara enrojecida, lastimada y como ella refirió llena de granos. Llevando dos años de análisis inició una relación de noviazgo. No podían estar ni separados ni juntos, peleaban con frecuencia y ella se llenaba de dudas. Se preguntaba de forma obsesiva, tormentosa, si ¿era él el culpable o era ella? como si teniendo esta respuesta se pudiera tranquilizar. Sus primeros novios fueron dos simultáneamente, así no estaba nunca sola; el último novio, cuya terminación la trajo a psicoterapia, un año estuvieron muy bien y el último

año todo el tiempo peleando. Ahora con este novio se llenaba, no de granos, sino de dudas. Se preguntaba cómo podía saber si este novio iba a ser su esposo o el padre de sus hijos; entonces se le ocurría formularle cinco preguntas y si contestaba tres bien entonces sí sería su marido; si se acordaba de los aniversarios, etc. A diferencia de las agonías centradas en sus pensamientos catastróficos en su vida con el self privado, en su vida organizada con su self profesional era notablemente exitosa en su trabajo y ocupaba un puesto destacado y de alta responsabilidad en la institución donde laboraba. Como un caso de miedo al derrumbe, en vez de la mente mediar las variaciones entre psique-soma y ayudar a generar un ritmo marcado por las fuerzas naturales de desarrollo emocional (329) [12], en una disociación psique-soma, el soma se queda invadido, no de angustia, sino de terror y la mente, pretendiendo hacer psique, llena de dudas. En un débil nexo entre psiquesoma, en una “residencia incierta” y en ocasiones residencia psiquesoma deforme al mirarse en el espejo y no gustarse al encontrarse de perfil (141) [13]. Conviene recordar que para Winnicott psique describe la elaboración imaginativa de partes somáticas, sentimientos (feelings) y funciones; es sinónimo de realidad interior y self [12] [14].

Durante el análisis actualizó varias fallas en diferentes momentos de su vida: 2. la depresión de su padre en su pubertad que no había alcanzado a dimensionar que fue una forma de perderlo al dejar él de trabajar y de relacionarse con ellos, su familia; 3. la de la primaria, cuando su hermana inició secundaria, se quedó tan sola, su mamá llegaba tan tarde por ella, que ya ni los sonidos de los coches le indicaban que llegaría; 4. a los cinco años que después de un accidente en su triciclo del que ella se sentía afectada en su rostro, por lo que se quería realizar una cirugía, cirugía que ya con la psicoterapia no se hizo, y que desde un recuerdo encubridor pudimos descubrir a la madre embarazada, embarazo que no se logró; 5. hasta la fiesta de sus tres años en la que no se encontraba su madre. Ya hacia el final del análisis que estaba planeando su boda con un nuevo novio, con quien finalmente se casó y formó una familia, relataba de cuando era bebé su madre no distinguía entre ella y su hermana. En realidad este último relato ya había formado parte de dos momentos de transferencia en dependencia durante la psicoterapia: 1. el primero al inicio cuando se planteaba el dilema, invadida de pánico, de necesitar disponer de todo el tiempo del terapeuta para

poder realizar el cambio al nuevo trabajo, o de otra manera sería el fin del análisis, en una especie de tiempo para dos, en una relación unicorporal. El otro cuando después de analizar la enfermedad emocional de su padre y antes de poder iniciar el viaje analítico hacia su pasado, ella, sumamente enojada, culpaba al psicoterapeuta de prohibirle realizar un viaje a Washington por parte de su trabajo. En realidad esta prohibición había formado parte de su vida, es decir la imposibilidad para viajar.

¿Cómo sucedieron los procesos transferenciales?

Hacia los 2 meses de iniciado el proceso en una agonía primitiva para ella la psicoterapia se acabaría si no disponía de todo el horario del psicoterapeuta para poder realizar el cambio de trabajo. En un espacio y tiempo para dos, en una relación subjetiva, necesitaba de todo el tiempo del psicoterapeuta para poder trazar la frontera yo self, lo que le podía dar propiedad sobre sí misma (self) y poder esperar y tomar la decisión. El primer año de la psicoterapia recordaba su adolescencia y el cambio abrupto de su padre. Llegó un momento que ella misma se preguntó cómo se la había pasado hablando solo de su adolescencia y de su padre. Comunicó que su infancia había sido feliz no había nada de que hablar al respecto.

En una transferencia de máxima destructividad y sobrevivencia, en **transferencia en dependencia de sobrevivencia del objeto**. ¡!!!!¡ Como era posible que el terapeuta le hubiera prohibido realizar el viaje a Washington del trabajo!!!!!! Ella siempre había tenido fobia a viajar. En una relación de dos donde en una experiencia de omnipotencia era despojada de una potencialidad de sí misma (posibilidad de viajar). En la intensidad de su rabia el terapeuta le alcanza a comunicar cómo es que por primera vez iniciaba su viaje analítico con recuerdos de su pasado. **Primer recuerdo:** en sexto de primaria, su madre llegaba tan tarde que ya ni los sonidos de las llantas de los coches traerían a su madre. **Recuerdo encubridor:** el amarillo del camión de la escuela con el que chocaron le recordó el amarillo del vestido de su madre embarazada, embarazo que no se logró. **Tercer recuerdo:** el accidente de ella en la bicicleta contado con 6 años de edad, caída de la que se lastimó la nariz de forma que se la quería operar. **Cuarto recuerdo:** en la fiesta de su cumpleaños de 3 años no se encontraba su madre sino su tía “loca” (era agresiva) a la que su hermana y ella jugaban a ver quién se parecía más y su nariz era más parecida a la de la tía. Operarse la nariz era eliminar la locura.

TRANSFERENCIA EN DEPENDENCIA DE SOBREVIVENCIA DEL OBJETO EN EL CASO DE UN HOMBRE CON SONAMBULISMO

Acudió a la Clínica de la Asociación Psicoanalítica Mexicana para psicoanalizarse a sus 27 años de edad. Un caso que ahora puede ser considerado como de miedo al derrumbe. Quería conocer por qué no lograba legitimarse, es decir, por qué a pesar de que tenía intereses y metas muy elevados no podía traspasar el nivel de bachillerato. Explicó en una sesión que legitimarse “es tener un aval”, en otra asociaba con “timar”. Además padecía de sonambulismo desde los 16 años; la primera vez que lo presentó fue en una ocasión que se quedó a dormir en casa de uno de sus tres amigos de la adolescencia con quienes había formado un grupo musical. Sus comunicaciones sobre el sonambulismo quedaban principalmente a nivel de la agonía, no sabía que había pasado, pero al descubrirse se impresionaba y además tenía taquicardia; podía despertarse y encontrar al hermano junto a él, éste le comentaba o no algo que Homero había dicho “en el trance”, o de repente estaba sentado sobre la cama y encontraba que se había quitado la camiseta. Cuando se despertaba en las noches y sentía que le faltaba el aire **se lo explicaba** como el recuerdo de que al nacer tuvo el cordón umbilical enredado en el cuello.

Como un caso de miedo al derrumbe con el centro del self en el pensamiento escindido de la residencia psique-soma, se autorefirió, desde la primera entrevista, como inteligente, introspectivo, culto, poético, como autogestado. Siempre acompañado de una serie de movimientos corporales en sus sesiones. Los diferentes movimientos durante el discurso de Homero fueron llamativos. Homero solía hacer referencia a su cuerpo, su cuello, su tráquea, sus brazos y manos frecuentemente, así como a su estómago, también a las demás partes de su cuerpo; su cuerpo erogenizado a la vez que en permanentemente agonía, a su decir siempre incomprendido por la analista y por el psicoanálisis.

La psicoterapia duró cuatro años,

- 1. el primero del sonambulismo y en las sesiones disociado,**
- 2. el segundo de “cagado” donde había desaparecido el sonambulismo y volvió todo el encuadre de cabeza en una transferencia en dependencia de sobrevivencia del objeto (terapeuta, marco terapéutico, el proceso), y**
- 3. Los últimos años en ocasiones se refirió como más tranquilo y en las últimas vacaciones en vez de traer un sueño como era su costumbre reconoció, cosa rara en él, que el psicoanálisis le estaba ayudando.**

Clasificamos los movimientos de Homero durante las sesiones en las cinco categorías siguientes: a) los movimientos permanentes y constantes, como el estarse volteando de un lado a otro, sentarse sobre el diván, acostarse boca abajo, hacer ruido con sus dedos, estirarse; b) la necesidad imperiosa de mirar al terapeuta y conocer y controlar todo el consultorio; c) en algunas sesiones del primer año, mostraba un comportamiento disociado entre lo que verbalizaba, sus movimientos y el afecto. d) sesiones dramatizadas donde sus movimientos eran como los de un actor, explicaba por ejemplo que había hecho “una regresión de afectos”. e) sesiones en que se dormía. Fuera del sonambulismo, sus movimientos no eran sintomáticos en su vida diaria, incluso sus movimientos los sublimaba: como además de ser un maestro responsable lo habían asignado como director de los festejos en la escuela donde trabajaba, el dirigía, componía la música de la representación de la pastorela de Navidad y decidía si quería actuar o no dentro de ellas. Sus movimientos los comprendíamos como aspectos regresivos dentro del proceso analítico de los que se recuperaba después de las sesiones y continuaba con su vida. Él se percataba de lo raro, extraño de la regresión, cuando comentaba: “no sé por qué hago todo esto pero no es fingido”.

Otras manifestaciones en las sesiones fueron su nariz siempre tapada de forma que sus secreciones se escuchaban al respirar como una forma de manifestar todo lo que

traía atorado; el médico le diagnosticó sinusitis. Eructos muy sonoros que trajo en algunas sesiones, los que al salir, como a los bebés, lo hacían sentirse mejor.

En una segunda época de la psicoterapia el uso de la palabra “cagado” dentro de sus comunicaciones, a raíz de que trajo el recuerdo “cagado ridículo”, palabra que después cambio por la de “carajo”. La dificultad para derramar lágrimas aún existiendo dolor o deseando llorar.

No derramaba lágrimas, se llenaba de aire que sacaba en forma de eructos, la nariz tapada con llanto atorado y con saliva, moviéndose constantemente, todo ello correspondía a la imagen de un bebé menor a los cuatro meses. Un recién nacido ante un ambiente violento y sexualizado, una madre indiferente resultando descuidado y abandonado. Unos padres sorprendidos por el embarazo; la madre en la adolescencia con 16 años y el padre con 23 años.

Primera sesión

Su reloj comenzó a sonar y con este ruido me explicó que los niños le habían quitado los botones y por eso sonaba. Me comentó en qué trabajaba, que no lograba legitimarse, aún teniendo intereses y metas muy elevadas, no había podido traspasar el nivel de bachillerato, debía materias. Además, agregó, desde los 16 años aproximadamente, se despertaba angustiado y “tengo sonambulismo”; hablaba de soledad, de que no tenía más que amigos mayores que él, “me siento viejo, aunque mis compañeros me dicen que soy joven”. Al hablar de sus noches de agonía y de su sonambulismo, jugaba con una pluma entre sus manos, y recordaba a los 12 años en que iba a la iglesia, la primera vez que se masturbó: “yo no sabía qué hacía, pero el sacerdote me dijo que estaba mal”; y luego recordó: “mi padre me encerró en un cuarto, y con un machete o no recuerdo con que me amenazó que si volvía a decirle mentiras a mi mamá me cortaba o las manos o los brazos”. La psicoterapeuta mientras hacía este relato, comenzó a sentir miedo, se preocupaba por comprender qué traía entre las manos, con miedo pensó ¿un cuchillo?, buscando aclarar ¡súbitamente recordó que era una pluma! Este relato él lo hizo con la misma necesidad de impactar

que lo caracterizó durante los 4 años de psicoterapia psicoanalítica y **con su capacidad para pensar**.

1. el primer año del sonambulismo y en las sesiones disociado,

Durante este tiempo la psicoterapia presentó sesiones en las que se encontraba disociado: con su cuerpo en constante movimiento buscaba ser admirado, ser auxiliado y a la vez el rechazo que provocaba. Sesiones disociadas que en ocasiones provocaba miedo en el terapeuta, quien en dos ocasiones llegó a presentar letargo. Verbalizaba “ayúdeme doctora”, a la vez que con su cuerpo ágil pedía ser admirado y finalmente con su afecto impresionada que no pasaba nada. Homero se colocaba como auto gestado, y así lo comunicaba, no necesitado de nada ni de nadie.

Ya podía pensar y soñar haciendo vida psicósomática

El sonambulismo le apareció a los 16 años. Sus relatos sobre el sonambulismo quedaban principalmente a nivel de la agonía, no sabía qué había pasado, pero al descubrirse se impresionaba de dónde estaba y tenía taquicardia, por ejemplo, al despertar se encontraba el hermano junto a él o súbitamente se descubría sentado sobre la cama y encontraba que se había quitado la camiseta. El relato más detallado lo realizó cuando psíquicamente organizó una regresión a su ser sonámbulo:

Ayer fue mi primer sonambulismo solitario después de casi un año y meses de no haberlo tenido, quiero creer que ahora nadie se dio cuenta; no le puedo relatar con una secuencia, lo cierto es que era difícil percatarme. No logro darme cuenta de nada, quizás como flotando, pero ya estoy muerto o como muriendo. No me doy cuenta, todo pasa rapidísimo no logro orientarme. Una sensación de muerte parado en mi cama, creo que grito a Dios y digo ¡la muerte no, la muerte no! y cuando me doy cuenta estoy frente a la ventana, abro la ventila. Al gritar me sujeté de algo, pero no estaba tan angustiado ni con taquicardia. Me volví a la cama.

El segundo año de cagado donde había desaparecido el sonambulismo de transferencia en dependencia de sobrevivencia el objeto (marco terapéutico)

Mientras que el primer año sobresalió la tendencia a colocarse como abandonado, no querido, despreciado por la terapeuta y así lo llegaba a expresar, a raíz de que desapareció el sonambulismo era él quien abandonaba al psicoterapeuta. Dentro de la gran variedad de sus movimientos adoptó una nueva postura, dejaba colgar su cabeza del diván, y le comentó que llevaba ocho meses, a raíz de su mejoría, en que había colocado todo al revés. En una **transferencia en dependencia de sobrevivencia del objeto** podía colocar todo boca arriba, boca abajo, llegar a la hora que quería y el marco terapéutico, el terapeuta y el proceso sobrevivían. Se podía dejar caer tanto en los brazos del terapeuta, como en el ambiente (marco) del proceso y todo sobrevivía; había espacio para hacer transiciones entre paradojas: desaparecía con la posibilidad de aparecer y aparecía con la potencialidad de desaparecer, a la manera del juego del Fort Da. Un **espacio terapéutico destruible y gastable como lo es el objeto transicional**.

No sólo mejoró el sonambulismo, sino también su nariz tapada, de esto último no era tan consciente. En relación a su mejoría, explicó:

Poco antes de tener aquella pesadilla que me dejó tan alterado, ¿se acuerda?, aquella de un hombre tratando de copular, del toro tratando de encontrar una salida, dos días antes de ese, ¡he estado soñando diario! y ¿qué tiene de maravilloso, de extraño? porque siento, considero yo, que quizás estoy recordando mas lo que sueño, y aunque son pesadillezcós, este soñar y recordar lo que sueño es un avance en mi ser sonámbulo. Considero que sueño y recuerdo quedando en sustitución de mi sonambulismo en que yo me despertaba aterrado sin poder recordar. Son pesadillezcós pero creo que es un avance de poder trabajarlo aquí. Es como no cerrar los ojos. Al estar sonámbulo no me permito abrir los ojos. Ahora veo cosas aterradoras pero las puedo venir a trabajar o las trabajo yo solo también. A mí la verdad si me ayuda. Siento que mis sueños, con personajes diferentes, se parecen a

mis pesadillas de mi infancia. Es como los personajes de Shakespeare con ropa actual, pero el argumento es el mismo, al menos el terror, como lo infantil.

Reelaborando este miedo a ser abandonado, hacia el cuarto año de análisis, tuvo una regresión y reapareció el sonambulismo una noche; él lo calificó como “un lapso de sonambulismo, casi insignificante que no llegó a fraguar”:

De alguna manera me asusta, si bien es cierto, el trance no fue aterrador, carajo, como se lo había dicho, esos trances sonámbulos eran con mucha angustia y a veces aterradores. Puse mucho énfasis en mi hermano León y no sé por qué. Hablamos del moisés, pero no sé por qué tan insistente con León ese trance. León tan necesitado ahora de mi ayuda pero con quien tuve rivalidad. ¿Quizás mi gripa como un llanto? El llanto contenido y la gripa que viene. ¡Quisiera que entendiera, ¡carajo! Así es que mientras estaba en ese trancesillo le decía: prende la luz, todo está bien. Se quedó su novia y él se quedó conmigo, no acostumbra. Aún que estuve sonámbulo me seguí alerta y ya luego sentí vergüenza. Ya después durante el día me recordé y me disgustó. Me he preguntado por qué seguir viniendo aquí. Fue vergonzoso. Hubiera preferido. Cuando empezó a pasarme no quería estar solo, ahora es al revés. Finalmente he venido aquí esta tarde.

Se puede observar cómo a pesar de traer durante el proceso de la psicoterapia vivencias de agonía de los primeros años de vida, su self se centraba en el pensamiento como ocurre en el miedo al derrumbe.

CONCLUSIONES

Las manifestaciones en transferencia en dependencia aquí propuestas, forman parte de los procesos de psicoterapia en los casos que requieren de un marco de sostén (agonías primitivas trazando los fronteras del yo self), como en los casos aquí presentados de miedo al derrumbe (necesitados de elaborar la depresión mediante el trazado de lo íntimo del mundo interior) y los casos de tendencia antisocial en la recuperación del valor de sí mismo perdido en la frontera del yo [15].

BIBLIOGRAFÍA

- [1] RABADÁN F.C. (2023). Winnicott: Transferencia delusional, en el caos, en el miedo al derrumbe y en las agonías primitivas. Revista Letra en Psicoanálisis (LeP) / Vol.9, No2, julio-diciembre.
- [2] RABADÁN, F.C. (2023). Winnicott: clínica de las agonías primitivas. CDMX: Editorial D^{ra} Jimena, Colegio Internacional de Educación Superior.
- [3] WINNICOTT, D.W. (1963). El comunicarse y el no comunicarse y que conducen a un estudio de ciertos opuestos. En: Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos aires: Paidós, 2009.
- [4] WINNICOTT, D.W. (1971). EL JUEGO: actividad creadora y búsqueda de la persona. En: Realidad y juego. Barcelona: Gedisa, 1971.
- [5] WINNICOTT, D.W.(1968). Comunicación del bebé con la madre y de la madre con el bebé: comparación y contraste. Los bebés y sus madres. México, Paidós, 1990.
- [6] WINNICOTT, D.W. La agresión en relación con el desarrollo emocional (1950-1955). En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.
- [7] 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.
- [8] WINNICOTT, D.W. (1939). La agresión y sus raíces. En Deprivación y delincuencia. Buenos Aires: Paidós, 2008.
- [9] WINNICOTT, D.W. (1956). La tendencia antisocial. En Deprivación y delincuencia. Buenos Aires: Paidós, 2008.
- [10] WINNICOTT, D.W. (1954). Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa Libros, 2012.
- [5] WINNICOTT, D.W. (1949). La mente y su relación con el psiquesoma. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.
- [6] WINNICOTT, D.W. (1949). La mente y su relación con el psiquesoma. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.

- [7] WINNICOTT, D.W. (1966). El trastorno psicossomático. En: Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- [8] ABRAM, J. (1996). The language on Winnicott. A dictionary and Guide to Understanding His Work. New Jersey: Jason Aronson Inc., 1997.
- [9] RABADÁN, F.C. (1997). Una forma predominante de manifestarse la transferencia en acting out, o las vicisitudes del narcisismo en un caso con sonambulismo. Director: Fernando Cesarman. México: Asociación Psicoanalítica Mexicana, APM.
- [10] WINNICOTT, D.W. (1950, 1957). Saber y aprender. Los bebés y sus madres. México, Paidós, 1990.
- [11] WINNICOTT, D.W. (1956). Preocupación maternal primaria. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.
- [12] WINNICOTT, D.W. (1965). El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia. Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- [13] WINNICOTT, D.W. La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso 1960. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos aires: Paidós, 2009.
- [14] BAREIRO, JULIETA (2019). Winnicott y Heidegger: hacia una metapsicología de la transicionalidad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biblos, 2019.
- [15] WINNICOTT, D.W. (1965). La disociación revelada en una consulta terapéutica en: En: Deprivación y delincuencia. Buenos Aires: Paidós.