

WINNICOTT. SOSTÉN DEL GESTO ESPONTÁNEO Y SUS FALLAS: CAER PERMANENTEMENTE Y MIEDO AL DERRUMBE

CONCEPCIÓN RABADÁN FERNÁNDEZ

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

Recepción: 27 noviembre 2022/ Aceptación: 26 diciembre 2022

RESUMEN

De las cuatro agonías primitivas: fragmentarse, caer permanentemente, despersonalización, desorientación, estudiamos el Trastorno psicósomático planteado por Winnicott [1] como Clínica de estar cayendo permanentemente, diferente de la Clínica del miedo al derrumbe (despersonalización), predominantemente con su trabajo *La mente y su relación con el psiquesoma* [2]. En estas Clínicas se trata de una falla en el sostén del gesto espontáneo del infante o del bebé, que rompe la continuidad existencial.

Vamos trazando diferencias entre estas dos Clínicas: estar cayendo permanentemente y miedo al derrumbe, desde la creación, funcionamiento y dificultades del mundo interior, entre las diferentes formas de pensamiento, los aportes narcisistas del self, hacia una existencia entre ilusión/desilusión (mundo sagrado) o esperanza/desesperanza (mundo de lo íntimo) y el mundo compartido. Se incluyen casos clínicos para el estudio de la clasificación propuesta.

PALABRAS CLAVE: agonías primitivas, caer permanentemente, depravación de los controles, maestría en psicoterapia psicoanalítica, miedo al derrumbe, privación, trastorno del pensamiento.

SUMMARY

Of the four primitive agonies: fragmenting, falling permanently, depersonalization, disorientation, we study the Psychosomatic Disorder proposed by Winnicott [1] as a Clinic of being permanently falling, different from the Clinic of fear of collapsing (depersonalization), predominantly with his work *The mind and its relationship with the psychosome* [2]. In these Clinics it is a failure to support the spontaneous gesture of the infant or baby, which breaks the existential continuity. We are drawing differences between these two Clinics: being permanently falling and fear of collapse, from the creation, functioning and difficulties of the inner world, between the different forms of thought, the narcissistic contributions of the self, towards an existence between illusion/dissillusionment (sacred world) or hope/hopelessness (intimate world) and the shared world. Clinical cases are included for the study of the proposed classification.

KEY WORDS: primitive agonies, falling permanently, depravity of controls, master psychoanalytic psychotherapy, fear of collapse, deprivation, thought disorder.

RÉSUMÉ

Des quatre agonies primitives: fragmentation, chute permanente, dépersonnalisation, désorientation, nous étudions le Trouble psychosomatique proposé par Winnicott [1] comme une Clinique de la chute permanente, différente de la Clinique de la peur de l'effondrement (dépersonnalisation), majoritairement avec son travail *L'esprit et sa relation avec le psychosome* [2]. Dans ces Cliniques c'est un échec à soutenir le geste spontané du nourrisson ou du bébé qui rompt la continuité existentielle.

Nous traçons des différences entre ces deux Cliniques: chute permanente et peur de l'effondrement, de la création, de fonctionnement et des difficultés du monde intérieur, entre différentes formes de pensée, les apports narcissiques de soi, vers une existence entre illusion/désillusion (monde sacré) ou espoir/désespoir (monde intime) et le monde partagé. Des cas cliniques sont inclus pour l'étude de la classification proposée.

MOTS CLÉS: agonies primitives, chute permanente, déprivation des contrôles, maîtrise de la psychothérapie psychanalytique, peur de l'effondrement, privation, trouble de la pensée.

INTRODUCCIÓN

Para Winnicott no hay tal cosa llamada bebé; hay una pareja de crianza; un sostén. Hay un vacío que se irá llenando de experiencias. El yo es uno de experiencias. Hay un espacio potencial de paradojas en el que el infante es creador de sí mismo estando presente el pecho. La creatividad es universal; corresponde a la condición de estar vivo. En la salud, la creatividad primaria, va transitando, vía los fenómenos transicionales, hacia el objeto transicional que no es ni internalizado ni perdido, se va al limbo; va creando primero el mundo interior y después el aparato psíquico con una frontera del yo con un adentro y un afuera. La vida creativa transcurre mediante este espacio de transición, en una soledad esencial a la vez que en una dependencia absoluta, siendo el creador de sí mismo por sí mismo, ES el pecho y ESTA relajado estando no integrado; transitando por la sobrevivencia del objeto al ser colocado fuera del área de control omnipotente, fuera del self (HACE), en la fase de inquietud o depresiva, hasta el objeto transicional en el que TIENE la primera posesión no-yo. Para Winnicott hay una posibilidad de vivir creativamente, saludablemente.

De las cuatro agonías primitivas que propone Winnicott: fragmentarse, caer permanentemente, despersonalización (miedo al derrumbe), desorientación, en este artículo trazamos diferencias entre la Clínica de ESTAR CAYENDO permanentemente si la falla en la continuidad existencial, privación, ocurre en la primera fase de integración-nointegración del infante y la Clínica del MIEDO al derrumbe, si ocurre una deprivación de los controles en la vida del bebé en la segunda fase, la depresiva.

SOSTÉN DEL GESTO ESPONTÁNEO

La madre ambiente se encuentra a la captura del gesto espontáneo de su bebé, ahí donde se sorprende. El bebé no escucha, ni registra la comunicación; sólo los efectos de la confiabilidad (130) [3]. El niño sorprende al mundo cuando atraviesa el espacio; se sostiene en el infante la idea de un espacio que lo rodea [4].

El gesto espontáneo está relacionado con un ambiente de sostén de forma continua desde el principio; en la experiencia de ser (being) se encuentra el gesto espontáneo y el elemento femenino (Es). Durante el proceso terapéutico, en la capacidad de sorprendernos a nosotros mismos, surge el gesto espontáneo y alude al self verdadero.

En Preocupación Maternal Primaria de 1956 [5], asumió el supuesto de que en la salud la mujer que queda embarazada va logrando gradualmente un alto grado de identificación con la criatura. Esta identificación evoluciona durante el embarazo, alcanza su punto culminante en el parto, y poco a poco se extingue en las semanas y meses ulteriores. Esta cosa sana que les sucede a las madres tiene consecuencias tanto hipocóndricas como de narcisismo secundario. Esta especial orientación de la madre con respecto a su infante no sólo depende de su propia salud mental, sino que también es afectada por el ambiente. En el caso más simple, el hombre, respaldado por una actitud social que es en sí misma un desarrollo de la función natural masculina, se ocupa de la realidad externa en beneficio de la mujer, de modo que por algún lapso resulta seguro y sensato para ella volcarse hacia adentro y centrarse en sí misma. A esto le corresponde un diagrama que se asemeja al de la persona o familia paranoide. (recordamos aquí la descripción por Freud de 1920 de la vesícula viviente con su capa córtico la receptiva...) (192). La madre-ambiente le da a cada bebé la ilusión de la experiencia de omnipotencia (178) [6].

“ La función materna esencial le permite a la madre conocer las más tempranas expectativas y necesidades de su infante y hace que esté personalmente satisfecha cuando el infante se siente bien. En virtud de esta identificación primaria con su infante, ella sabe cómo sostenerlo, de modo que la criatura empieza existiendo y no reaccionando. Aquí está el origen del ser verdadero, que no puede hacerse realidad sin la relación especializada de la madre, una relación que podría describirse como una palabra corriente: devoción (192). “Al buscar la etiología del self falso, estamos examinando la etapa de las primeras relaciones objetales. En ella, el infante está casi permanentemente no integrado, y nunca integrado totalmente; la cuestión de los diversos elementos sensoriomotores corresponde al hecho de que la madre sostiene al infante, a veces físicamente, y de modo permanente en términos figurados. Periódicamente el gesto del infante expresa un impulso espontáneo; la fuente del gesto es el self verdadero y ese gesto indica la existencia de un self verdadero potencial. Tenemos que examinar el modo como la madre satisface esta omnipotencia infantil revelada en un gesto (o agrupamiento sensorio motor). He vinculado la idea del self verdadero con el gesto es-

pontáneo. La fusión de la motilidad y los elementos eróticos están en proceso de hacerse reales en este periodo del desarrollo del individuo (188-89) [7].

La madre cree en su bebé, le presta su psique, el cuerpo y piensa por él. ESTA ahí, disponible para su bebé. En la fase de inquietud o depresiva SE ENCUENTRA disponible, porque el bebé juega a aparecer y desaparecer y será un desastre no ser encontrado.

La madre resiste, como “la primera manifestación de la producción de una obra de arte que radica en la resistencia que los materiales experimentan ante la agresividad” (80) [8]. En la fase de integración-nointegración o de sostén, resiste la agresión o fuerza vital; en la fase depresiva resiste la destrucción del objeto, al ser capaz de colocarlo fuera del área del control omnipotente o del self y sobrevivir. Resiste el proceso de idealización-desidealización- mediante la capacidad para sentir odio. Y resiste el no saber.

Para ser creativos se necesita predominantemente: 1. Que los otros sean objetivos para poder disfrutar de nuestra creatividad. 2. Asumir riesgos. 3. Seguir nuestros impulsos con las ideas creativas que los acompañan.

SE aporta cierto ambiente facilitador para el potencial creador del bebé

1. La madre-ambiente

Presta la psique
Piensa por él
Prestar el cuerpo



2. Cree en el bebé

3. Esta disponible

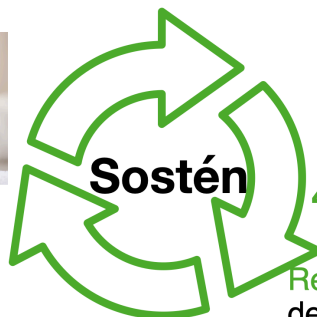
Se Encuentra disponible

Resistir la agresión o fuerza vital

4. **Resiste:** El no -saber

Resistir la destrucción

Resistir el proceso de idealización-desidealización- mediante la capacidad para sentir odio



CIES
CONSEJO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
www.cies.online

“la primera manifestación de la producción de una obra radica en la **resistencia** que los materiales experimentan ante la agresividad” (Bareiro 80)

LA BASE DEL SELF: FLEXIBLE O RÍGIDA

El falso self protege al verdadero. El núcleo del verdadero self se va construyendo desde el gesto espontáneo, de sí mismo; el primer objeto es el self. El esquema corporal creado de núcleos del yo (yo self o esquema corporal); Winnicott lo explica: “Cuán tremendamente fuerte puede ser cada uno de los núcleos del yo [yo self o esquema corporal]; lo débil puede ser la integración de una organización del yo-piel o membrana del mundo interior, que marca un interior-exterior” (251) [9].

El falso self se ocupa de buscar las condiciones que permitan al verdadero self entrar en posesión de lo suyo. Es un self flexible. Vivimos entre lo sagrado, lo íntimo y lo compartido.

En la Clínica de las agonías primitivas el self es uno rígido. De adultos las personas con la vivencia de caída o de derrumbe, son exitosas en el self profesional, en el self social varía de acuerdo a cada caso entre amigable, solitarios, hiperdependientes del ambiente; donde hay angustia con dolor, donde sufren, es en el self privado.

AGONÍAS PRIMITIVAS: ¿ESTAR CAYENDO O MIEDO AL DERRUMBE? ¿ILUSIÓN, DESESPERANZA? ¿MUNDO INTERIOR DEFICIENTE O DEFORME? ¿LO IMPENSABLE; LO SÓLO PENSABLE? ¿FALLAS EN LOS PATRONES DE REFERENCIA HACIA EL PADRE?

En estas clínicas se trata del gesto de la madre, del padre o de los progenitores y no del gesto del bebé. Si la privación ocurre en la fase de integración-nointegración se trata de un núcleo de desilusión. Cuando ocurre una deprivación de los controles, en la fase depresiva, o una deprivación del objeto, en la tercera fase, la del mundo compartido, el bebé o el niño viven una existencia con un núcleo de desesperanza.

Se encuentra una dificultad en la creación (déficit) o en el funcionamiento (deformación) del mundo interior; mundo interior parte de mí, distinto de mí, que hace mí. Desde el establecimiento del objeto subjetivo (lo sagrado) con el gesto espontáneo como base; transicionando con la base del self en la vida psicosomática que delimita, en la fase depresiva, lo que es interior, exterior, es decir lo íntimo, hasta lo que será, en la tercera fase del Desarrollo emocional primitivo, la de realización o comprensión, en la

que ya hay un aparato psíquico con una frontera del yo, con experiencias compartidas marcando un adentro y un afuera con la primera posesión del objeto no-yo, el objeto transicional.

Otra manera de clasificar estas clínicas puede ser como lo impensable en la Caída y de lo sólo pensable en el Derrumbe en la fase depresiva. Si lo catalogamos como Trastorno psicósomático por estar cayendo diferente al Trastorno psicósomático por derrumbe, en los dos casos no hay vida psicósomática. Cuando cae permanentemente, la base del self se localiza en una sensorialidad o en una fisiología o en un ambiente portador de self o en la idolización de lo negativo. Los patrones de referencia hacia el padre se encuentra alterado (con dificultades en la integración-nointegración o en el padre en la mente de la madre o en el padre en la mente del padre). En el trastorno psicósomático por derrumbe el pensamiento hace la veces de madre, la base del self se localiza en lo pensable de una manera catalogadora y sometido a una presencia [2]; si el camino hacia el padre se llega a perder, se encuentra desorientado.



PENSAMIENTO VIVO, PENSAMIENTO PORTADOR DE NARCISISMO, PENSAMIENTO POR FRAGMENTOS

Si las cosas marchan saludablemente se tratará de un pensamiento, uno vivo; en la caída durante la continuidad existencial, se organiza en base a un pensamiento por fragmentos (en una dispersión de los agentes responsables [1]) y si aconteció un derrumbe será un pensamiento catalogador dice Winnicott[2]; con Frege lo ubicaremos como un pensamiento portador de self, a la manera de una representación.

Los fenómenos transicionales se pueden estudiar intrapsíquicamente (como negatividad), o desde lo intersubjetivo (como paradojas) o en la interacción. En la transición de la fase de integración-no integración a la depresiva ocurre que el bebé es capaz de mirar al pasado, mira el amor cruel y desconsiderado, sin intención. Cuenta con la capacidad entonces de preocuparse por el otro. El yo piel cubre los diferentes núcleos del yo-self (del esquema corporal) y el bebé piensa por él mismo; piensa por sí mismo porque está funcionando el mundo interior en su núcleo y su membrana, funciona el mundo interior portador de narcisismo. Saludablemente cuando hay fallas en el ambiente, al pensar ayuda a la continuidad de la residencia de la psique en el soma, a la vida psicósomática, como lo había hecho la madre. La psique de la madre-ambiente continua ayudando con el caos, pero el bebé ya piensa por él mismo.

De la relación unicorporal transita a una bicorporal. En la transición a la fase de inquietud o depresiva desarrolla diferentes capacidades: de experimentar la mutualidad, relacionalidad del yo (que implica experiencias del ello, haciéndose cargo de las fantasías), la capacidad de jugar solo en presencia, relacionarse con objetos percibidos objetivamente, capacidad de ubicar el peligro, al perseguidor.

Cuando en la fase depresiva hay fallas saludables el niño piensa y ayuda a la vida psicósomática, como lo había hecho la madre; el pensamiento le otorga una forma de independencia. De esta manera el pensamiento como lo plantea el matemático, lógico y filósofo alemán Gottlob Frege (1848- 1925) permite continuar estudiando la propuesta de Winnicott. El filósofo se pregunta si es el pensamiento una representación, a lo que explica que los pensamientos no son ni cosas del mundo exterior ni representaciones. El pensamiento coincide con las representaciones en que no puede ser percibido por

los sentidos y el pensamiento coincide con las cosas en que no se requiere de un portador a cuyos contenidos de conciencia pertenezca. Uno ve una cosa, tiene una representación, capta o piensa un pensamiento. Cuando uno capta o piensa un pensamiento no lo crea sino que entra en una cierta relación con este pensamiento que existía ya antes; relación que es distinta de la relación de ver una cosa o de tener una representación (171)[10]. Desde esta lógica el bebé se relaciona con el pensamiento de la madre-ambiente, pensamiento que por encontrarse ya ahí, facilita la transición hacia la cultura.

El pensamiento para Frege no es sensible en sí; se cubre con una vestidura sensible de la oración y se nos hace así más captable (156)[10]. Entonces ni yo mismo, como portador de representaciones, no soy una representación. “No todo es representación. Puedo de esta manera, reconocer también como independiente de mí el pensamiento que otros seres humanos puedan captar al igual que yo. “No somos portadores de los pensamientos al modo como somos portadores de nuestras representaciones. No tenemos un pensamiento como tenemos una impresión sensorial; tampoco vemos un pensamiento como vemos una estrella”(179)[10]; “el pensamiento no pertenece a mi mundo interior como una representación, ni tampoco el mundo externo, al mundo de las cosas sensibles” (181) [10].

Entonces se requiere el mundo interior como portador de narcisismo, de self, de representaciones, para poder pensar; pero el pensamiento no pasa por el mundo interior. Mientras se encuentre funcionando la organización narcisista, del self, del mundo interior, hay un pensamiento vivo.

Winnicott, en el trabajo *La mente y su relación con el psique-soma* de 1949 [2], comunica que cuando la falla del ambiente en la fase depresiva es demasiado prolongada, no puede ser experimentada dentro de la experiencia omnipotente entonces el pensamiento hace las veces de madre. Es un pensamiento catalogador y aparece un sometimiento al objeto en tanto presente. Entonces se puede proponer que es un pensamiento portador de narcisismo a la manera de una representación. Si la falla ocurre en la primera fase, la de sostén, se trata de un pensamiento en fragmentos, no puede unir los fragmentos; esta cayendo permanentemente para no caer; se encuentra en una diseminación de los agentes responsables; es un pensamiento hipersincero. Un

pensamiento encargado de que no entren en contacto las partes, los fragmentos entre sí [1].

CLÍNICA DE ESTAR CAYENDO PERMANENTEMENTE

“En la salud, antes del nacimiento, el pequeño está preparado para sufrir algún ataque del medio ambiente y ya ha vivido la experiencia de un retorno natural desde la reacción a un estado en que no es necesario reaccionar, único estado en el que el ser puede empezar a existir” (248) [9]. La base del self en la fase de integración-nointegración se localiza en el sostén a la captura del gesto espontáneo. El bebe usa al padre como patrón de su propia integración al convertirse por momentos en una unidad. Otro referente al padre es el padre en la mente de la madre [11].

Si el sostén cae de manera que se pierde la continuidad en la existencia, el infante organiza una defensa a la manera de estar fragmentado permanentemente para no caer; esta fragmentación en varios pedazos o en dos. Otra manera de lidiar con el ambiente que cae es ser parte del self de la madre-ambiente que esta cayendo. Otra tercera manera es cuando algo que debió de haber ocurrido no sucedió.

La madre no es suficientemente buena cuando reemplaza el dar satisfacción al gesto del infante por su propio gesto. Se trata de un infante que empieza reaccionando en vez de existiendo. Así es posible ubicar el punto de origen del falso self, que ahora vemos que constituye una defensa, una defensa contra lo impensable, contra la explotación del self verdadero, que daría por resultado su aniquilación. (Si el self verdadero llega a ser explotado y aniquilado, esto ocurre en la vida del infante cuya madre no sólo no fue “no suficientemente buena” en el sentido expuesto, sino que fue buena y mala de una manera atormentadoramente irregular. En este caso la madre, en razón de su propia enfermedad, necesita causar y mantener la confusión en quienes están en contacto con ella(191-192) [12].

Las siguientes viñetas hacen referencia a la propuesta de clasificación en esta Clínica.

Clínicas de las agonías primitivas

Desilusión

Estar cayendo para no caer

Cuando es el gesto de la madre, del padre o de los padres

1. La base del self: en el cuerpo, en una sensorialidad, en la fisiología, en un ambiente, la idolización de lo negativo.

1.1 La base del self en el cuerpo. Lo odia y le deja de hablar **Caso Liro**

1.2. La base del self en una sensorialidad. Los padres en un ambiente frágil.

Caso de Ruth con artritis

1.3. La base del self en la fisiología. Los padres coludidos en el terror y odio

Anatomía del odio

2. Es un resto del self de la madre que se encuentra cayendo

Caso madre sana si hija en enferma

Caso gemela “fuerte”, gemela “débil”

3. Algo que debió de haber ocurrido no sucedió

Elaborado por Concepción Rabadán Fernández/Winnicott: Sostén del gesto espontáneo y sus fallas: caer permanentemente y miedo al derrumbe Revista Letra en Psicoanálisis / Vol.8, No 2, julio-diciembre 2022/

Desesperanza

Miedo al derrumbe

El ambiente se derrumba y el pensamiento hace las veces de madre

1 D. El centro del self se localiza en el pensamiento catalogador

Caso Leonardo de 24 años

2 D. El centro del self se localiza en la organización depresiva de la madre

Caso Mariana con diagnóstico de TDA



La base del self: en el cuerpo, en una sensorialidad, en la fisiología, en un ambiente portador de narcisismo(de self), la idolización de lo negativo.

1.1 La base del self en el cuerpo. Lo odia y le deja de hablar. Caso Liro 1. 2. La base del self en una sensorialidad. Los padres en un ambiente frágil. Caso Ruth con artritis 1. 3. La base del self en la fisiología. Los padres coludidos en el terror y odio. Caso anatomía del odio. 1.4 Caso la idolización de lo negativo.

1.1 El Caso de Liro, entre otros trabajos, lo estudia Winnicott en Las bases del self en el cuerpo [13]. Acude a la consulta debido a que al personal del hospital que lo atendía les llamaba la atención la manera como aceptaba someterse a la gran cantidad de operaciones que le venían realizando. Nació con sindactilia en las manos y los pies, igual que su madre y entonces cuando al nacer la madre lo vió, lo odió. Tuvo que ser separado de ella. Cuando a la madre se le ocurrió la idea de que lo operaran, es en-

tonces que lo pudo amar incluso más que a sus otros hijos. En la consulta terapéutica Liro pudo expresar a Winnicott cómo a él le hubiera gustado haber sido aceptado como nació. En la consulta terapéutica con la madre ésta irrumpió en lágrimas, estaba muy emocionada. Se quería quitar un peso de encima, algo que no le había dicho a la asistente social, algo que nunca había tratado en el consciente o verbalizado en su mente. En resumen, lo que dijo fue: “sé que todo el mundo tiene sentimientos de culpa sobre el sexo. Para mí ha sido diferente. Toda mi vida me he sentido libre sexualmente y la experiencia sexual en mi matrimonio ha sido satisfactoria. En lugar de sentirme culpable sobre el sexo, lo que he sentido siempre es que mi condición de dedos de las manos y los pies lo tuviera uno de mis hijos. De esta manera, yo sería castigada”. Con cada embarazo se ponía más ansiosa por el bebé que iba a nacer, debido a la posibilidad de heredar la discapacidad. Ella sabía que no debía tener hijos a causa de esta discapacidad. Cuando nacía un bebé y estaba normal sentía inmenso alivio. Con liro, sin embargo, fue diferente, con los dedos y los pies como los de ella, se había sentido castigada [14].

1.2. Caso de Ruth con artritis. El camino hacia el padre obstaculizado.

Ruth asiste a la primera consulta contando con 23 años de edad. Le han diagnosticado artritis degenerativa. Viene porque su mamá le dijo; a pesar, por ejemplo, de que refiere que esta triste todo el tiempo, “encuentro una indiferencia en venir al tratamiento”. La base de su self se localiza en la mirada. Vive del cine, sacar fotografías, filmar películas, cortometrajes, le reconocen y destaca su trabajo, pero refiere que no la hace feliz. Se asombra de que pasen esas cosas y que ella no esté bien. Ella siente el dolor cuando lo ve, lo explica.

Tener artritis es como tener tres brazos y el tercero se ve muy feo, (se ríe)”. Llorosa refiere: “pienso que no le echo ganas porque no veo futuro”. “Desde que me enfermé no se quién me dijo que no podía enfermarme” “Nadie y todos. O tal vez fui yo misma. Pero si ya estoy en un punto que no aguanto. (Llorosa). No se me ha deshinchado. Es fácil sentir el dolor cuando lo veo. Mi mano izquierda no se puede doblar, la derecha hinchada, no la debía tener...Poco a poco se me empe-

zaron a endurecer. Me deprime muchísimo. Todo el año fui a masajes terapéuticos, se embarazó y vino otra, me platicó que tiene una mamá sin brazo. Me platicó toda la historia. Una persona que le falta un brazo. Tiene lupus la mamá. Es una enfermedad autoinmune. Las enfermedades autoinmunes, no se sabe por qué, un día decide atacarse a sí mismo. Los anticuerpos atacan a las articulaciones. Es la versión contraria del sida. El sida es inmunodeficiencia humana. Yo tomo inmunosupresores porque me atacan. Es algo como el cáncer. El cuerpo daña partes del cuerpo.

Cuando en una sesión flexiona su brazo derecho y lo mira, miro su cara desencajada de horror. Ella había explicado que siente el dolor cuando lo mira ¿Qué es lo que al mirar le duele? ¿Ella mira su mano deforme? a lo que el analista no la ve deforme, ¿a la manera de una alucinación negativa?

Yo nací triste, o no se si mi mamá lo dice: como José [su padre biológico] me abandonó estando embarazada de mi; yo de chica, nunca lloré; nunca quise tomar pecho, estaba traumada. Mi mamá sentía que estaba enojada con ella. Mi vida sexual triste, si no patética. Habla de su padre adoptivo quien, “ siempre se ha sentido un fracasado”.

La madre enojada con ella siendo niña y los caminos hacia el padre siempre obstruidos. El padre biológico un hombre agresivo que no sabe cómo no lo metieron a la cárcel y en su padre adoptivo uno que “ siempre se ha sentido un fracasado” y al que ella dice parecerse.

Me he sentido peor. El sábado vinieron mis papas y mi hermana a ver un trabajo mío, un documental sobre la vida de una prostituta. Lo hice hace mucho tiempo (más de un año) y quedó bien; la mayoría de las cosas que hago quedan bien, me asombro de que pasen esas cosas y yo no esté bien.

“Tengo estas crisis de ansiedad como si fuera bulímica o anoréxica. Cuando lo de los ojos exploté, desarrollé una fascinación por los pasteles de Starbucks y sentía como

que estuviera haciendo algo malo, me podían descubrir”. Al preguntarle qué pasaría responde:

Me llevarían a emergencias porque creen que algo muy malo me va a pasar cuando tengo una crisis. Hubo días que no me podía parar. Nadie me ve como una persona banal que me importe cómo me veo. Mi papa me fastidió mucho desde hace como 6 años que pesaba 15 kilos más”. De ahí habla de su hermana que estuvo a punto de ser bailarina profesional pero lo dejó (risa siniestra) y subió mucho de peso. “Yo lo vi como rebeldía”. Continúa relatando. “Nosotros no tenemos una religión. Mi hermana se casó por la iglesia, se casó por la razón de que subió de peso. Mi hermana creció con resentimiento de cosas. Un día (siendo una niña como de tres años) desapareció mi papá José y mi mama fingió. “Cambiaron a una persona, cambiaron a mi papa y fingieron que no había pasado nada”. Continúa relatando sobre su madre que se embarazó a los 23 años y ahora se arrepiente. De repente ya no juzgábamos a nuestra mama, era nuestra heroína. “Es como ver un programa de televisión y no te detienes en lo importante”.

Sólo lo que entra por el ojo, como el de la cámara, es posible de sostener una excitación; todo lo demás se encuentra escindido, en la indiferencia.

1.3 Caso Anatomía del odio [15]. Llega a sus 33 años, recomendada por otra paciente. “Hay cosas que en vez de dejar salir se me quedan atoradas; si no hago algo por mí, estoy atorada, necesito apoyo externo. En un momento del proceso de la psicoterapia con dolor refiere: Mi madre sólo se acercaba cuando me encontraba hecha caca, de otra forma no lo hacía. Los padres coludidos en experiencias de terror: “Mi padre viéndome en la montaña rusa muerto de risa y yo muriendo en el terror”; “Me agarraban entre los 2 para inyectarme y la mamá exclamaba: “déjala en su geniecito”. El uso de la marihuana y del éxtasis: “ Yo hago cambios radicales y rápidos. Al hacerlo lento es hacer un proceso. Pierdo el enfoque” . De adolescente: “ violentaba mi cuerpo hasta sangrar”. Transcurrían sesiones y sesiones donde se establecía una batalla dentro de ella misma para poder establecer un No ante los mandatos familiares, ya que su

hermana mayor que le llevaba 10 nos y fungía como madre, lo transformaba en un sí: “Carmina me asfixia”.

El centro del self se localiza en la fisiología de las drogas, de sus 5 tatuajes en la piel, para no olvidar.

1.4 Caso de la idolización [16] de lo negativo. Lo negativo de él es más real que lo positivo del analista(42) [17].

Winnicott explica:” Esta paciente, que tiene varios hijos y posee una elevada inteligencia, que usa en su trabajo, se hace tratar debido a una amplia gama de sintomatología que por lo general se agrupa bajo el término de “esquizoide”. Es probable que quienes tienen contacto con ella no se den cuenta de lo mal que se siente, y en verdad que por lo general se le muestra afecto y se la considera una persona valiosa”(39) [17].

Los fragmentos de una sesión donde van trabajando con un sueño explica lo siguiente. De vez en cuando se apodera de ella el fantaseo. Está haciendo un viaje en tren y se produce un accidente, Podría estar gritando, pero su madre no la oiría.

Luego habló sobre su experiencia más espantosa, en la cual dejó un gato durante un momento y después se enteró de que había estado maullando varias horas. Esto es “ya demasiado horrible” y se une a las muchas separaciones que experimentó a lo largo de su infancia, superiores a su capacidad para tolerarlas y por lo tanto traumáticas; imponían la necesidad de organizar nueva serie de defensas. Gran parte del material de este análisis tiene que ver con el llegar al lado negativo de las relaciones, es decir, con el fracaso gradual que debe de experimentar el niño cuando los padres no están a mano [falla en el sostén]. La paciente se muestra muy sensible a todo ello respecto de sus propios hijos, y atribuye buena parte de las dificultades que obtuvo con el primero al hecho de que lo dejó durante tres días para salir de vacaciones con su esposo, cuando comenzó un nuevo embarazo, es decir, cuando el chico tenía casi dos años. Se le informó de que este había llorado cuatro horas sin parar, y cuando regresó a su hogar le resultó imposible, durante mucho tiempo, tratar de restablecer la relación. Nos encontramos ante el hecho de que los animales y a los niños pequeños no se les puede

explicar lo que sucede. El gato no podía entender. A un niño de menos de dos años tampoco se le puede informar como corresponde acerca del nuevo bebé que se espera, aunque a “los veinte meses, más o menos” resulta cada vez más factible explicarlo con palabras que un niño pequeño logre entender. 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 (40-41) [17].

“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. Se puede decir que la infancia de esta paciente fue un gran ejercicio, precisamente en esa zona. Por consiguiente, mi paciente llegó a la situación, que también aparece en la transferencia, en que lo único real es la brecha, es decir, la muerte, la ausencia o la amnesia”(41) [17].

Mi paciente recordó que en el consultorio hay una manta en la cual una vez se envolvió y que usó para un episodio regresivo durante una sesión analítica. En la actualidad no va a buscarla ni la usa. Ocurre que la manta que no existe (porque ella no va a buscarla) es más real que la que podría llevarle el analista, como en verdad tuvo la idea de hacerlo. Las reflexiones al respecto la enfrentan a la ausencia de la manta, o quizá sería mejor decir a la irrealidad de esta en su significado simbólico. A partir de ahí hubo un desarrollo en términos de la idea de los símbolos. El último de sus analistas anteriores “será siempre más importante para mí que mi analista actual.- Y agregó: puede que usted me haga bien, pero él me gusta más. Y eso seguirá siendo así cuando me haya olvidado de él por completo. “Lo negativo de él es más real que lo positivo de usted” (41-42) [17].

2. Es un resto del self de la madre que se encuentra cayendo. Dispersión de los agentes responsables. **2.1** La mamá con cuerpo sano si la enfermedad estaba en la hija. **2.2** El caso de una gemela débil y otra fuerte.

2.1 Caso La mamá con cuerpo sano si la enfermedad estaba en la hija.

La niña era analizada por Winnicott y no se había dado cuenta que la escisión intrapsíquica se localizaba en la madre y la colitis la padecía la hija, de forma que cuando a los 8 años de edad se mejoró y se autorizó que regresara a la escuela, la madre no lo toleró e interrumpió inesperadamente el tratamiento.

me enteré entonces de que la madre tenía también ocho años cuando se negó a seguir concurriendo a la escuela, lo cual, a su turno, se vinculaba con la psicopatología de su propia madre. No podía permitir, aunque era inconciente de esto, que su hija -quien estaba destinada a vivir de nuevo su propia vida- se saliera de la pauta (138)[1].

“La madre podría tener el cuerpo sano en la medida en que la enfermedad estuviese en su hija”(139)[1]. Winnicott explica:

Mi error fue tratar a la niña siendo que la enfermedad se hallaba en la madre, e incluía la esencial disociación psicósomática que es el tema de este trabajo. No es que yo me desinteresase de la psicopatología de la madre, conocida por su hija y que fue todo el tiempo un elemento importante en el trabajo que hicimos esta y yo; pero olvidé la poderosísima necesidad inconsciente que existe en una madre de esta índole de diseminar la responsabilidad entre varios agentes y mantener el *status quo*, del cual en este caso la enfermedad somática de la niña formaba parte integral (138-139)[1].

2.2 El caso de una gemela débil y otra fuerte. Como su hermana gemela era la más débil de las dos, la madre se volcó en ella, alimentándola, cuidándola, incluso llevándosela a su cama, mientras que a la paciente de Winnicott, por ser grande y fuerte, la entregó a una niñera. Ésta era la reconstrucción consciente. Llegó con Winnicott desde un hospital psiquiátrico. Sus primeros 20 años de vida hizo un ajuste sobre la base del sometimiento. Después se derrumbó y empezó una larga búsqueda de su propio ser, así como una relación con el mundo que le pareciese real. Huelga decir que no sabía lo

que estaba buscando y, en una fase de desesperación, se le desarrolló una artritis reumatoide. El self de la paciente se centraba en el self escindido de una madre que estaba siempre existencialmente cayendo. Durante la psicoterapia psicoanalítica, si Winnicott no era quien le daba el acceso al consultorio, ella hubiese venido, hablado y se hubiera ido, pero sin la impresión de haberse encontrado. En la facilitación del proceso de la psicoterapia fue pasando por una experiencia esencial, perteneciente a la infancia. En este caso hay un fuerte elemento regresivo, ya que el trauma principal estaba relacionado más con la primera infancia que con la niñez, a saber, un largo período de rígido control a cargo de una niñera impredecible. La paciente se encontraba reparando el self escindido de la madre siempre cayendo [18].

3. Algo que debió de haber ocurrido no ocurrió. La madre que ya no se hace presente. Se trata de una mujer con variedades de pruritos en la piel: unos espontáneos y otros producidos o intensificados por la forma en que se rascaba. Eran procedimientos para mantenerse en su propio cuerpo-soma (145)[1]. Adoptó una técnica de descanso en la cual no descansaba nunca. Estando en la cama nunca permanecía quieta; tampoco boca arriba debido a una dificultad para respirar porque fumaba excesivamente. El gran no-suceso de cada sesión era que no podía gritar. Recordó a los 4 años la última vez que grito y su madre ya no llegó. Algo que debió de haber pasado, la presencia de la madre con su grito, ya no sucedió. El grito que esta anhelando es su último grito antes de perder la esperanza. El ambiente se cayó cuando su grito no trajo a su madre. Desesperanza [1].

CLÍNICA DE NUCLEO DE DESESPERANZA O MIEDO AL DERRUMBE

Estoy ya en condiciones de enunciar mi principal afirmación, que resulta muy simple. Sostengo que el miedo clínico al derrumbe es *el miedo a un derrumbe ya experimentado*. Es el miedo a la agonía original que dio lugar a la organización defensiva desplegada por el paciente como un síndrome mórbido. Esta idea puede serle o no de utilidad inmediata para el clínico. No podemos apresurar a nuestros pacientes. Sin embargo, podemos detener su avance a raíz de una ignorancia

genuina; cualquier pequeño fragmento de comprensión tal vez nos ayuda a mantener el ritmo de las necesidades de un paciente (115) [19].

De acuerdo con mi experiencia, hay momentos en que el paciente necesita que se le diga que el derrumbe, el miedo, el cual está destruyendo su vida, *ya tuvo lugar*. Es un hecho escondido en el inconciente, que se lleva de aquí para allá. En este caso el inconsciente no es el inconsciente reprimido de la psiconeurosis, ni el inconsciente de la formulación freudiana acerca de esa parte de la psique que está muy próxima al funcionamiento neurofisiológico. Tampoco es el inconsciente de Jung, que yo designaría así: todas las cosas que pasan en cavernas subterráneas, o (en otras palabras) la mitología del mundo, donde se produce una connivencia entre las realidades psíquicas internas del individuo y de la madre. En este contexto particular, inconsciente significa que la integración yoica no es capaz de abarcar algo. El yo es demasiado inmaduro como para recoger todos los fenómenos dentro del ámbito de la omnipotencia personal.

1 D. Caso de Leonardo: el centro del self se localiza en el pensamiento catalogador. Leonardo llega a consulta a sus 22 años de edad, explica que tiene “el tiempo atorado”. Decidió cambiarse de la preparatoria presencial, al sistema abierto, una idea que no resultó como él la pensaba; tenía problemas de sueño desde la secundaria, es decir, dormía mejor en el día, se dormía a las tres o cuatro de la madrugada. Le quedan unas materias pendientes de la preparatoria; empezó a dejar pasar el tiempo, él tenía sus ideas de por qué no lo había hecho, ideas que iría explicando a lo largo de la psicoterapia psicoanalítica. “Lo que a mí me cuesta trabajo no es acomodar mis tiempos, no sé por qué decidí dejarla, me da miedo tener que elegir”. Su mamá le dice que se concentra en las cosas que según él ha fracasado. Se considera analítico, maduro, ha sido autodidacta. Mantiene todo el tiempo una forma de autoobservación, ha elaborado sus propias teorías para explicar su aislamiento y en general sus conductas; cuenta con toda una teoría elaborada sobre su persona y sobre su vida. Es decir la mente en vez de ayudar en dar continuidad a la variabilidad psique-soma, se encuentra haciendo psique. En la segunda sesión quiere colocar una grabadora para después poder volver a escuchar la sesión cuando él lo decida; ¿la mente (grabadora) haciendo

psique (terapia)?, y ¿el cuerpo dónde se encuentra? En la tercera sesión me dice que quiere empezar sabiendo todo y me explica todo lo que ha leído de psicoanálisis; le gusta leer, no hay límites, le ha interesado ir a esos límites. Siempre se ha sentido raro. Siente que los demás no lo comprenden y no le captan cosas.

2 D. El centro del self se localiza en la organización depresiva de la madre. Caso

de Mariana con diagnóstico de TDA. La madre siempre enojada y regañando a Mariana, ahora con 10 años de edad. Ahí donde la madre dice que se lleva mal con su hija, Mariana, en la lentificación al realizar sus tareas, a veces hasta la una de la madrugada, en busca de un gesto inconsciente que ubique a su madre. Tantas horas lastimosamente juntas. No pudiendo estar ni juntas ni separadas. La madre confiesa a la investigadora algo que nunca le había confesado a nadie: “Soy la menopausia de mi mamá, mi madre le dijo a mi padre que ya estaba cansada (de tantos hijos) y que ahora le tocaba a él hacerse cargo de mi”. Un gesto de Mariana a los 4 meses de nacida, la madre lo interpreta como desprecio. El desprecio de su madre al nacer. La madre le deja de hablar a Mariana. A quien le habla es a su madre, abuela de Mariana, despreciándola como fue despreciada. En la UCIN, recién nacida, la madre preocupada. El ambiente se cae cuando la madre le deja de hablar a la bebé de 4 meses [20].

EL ODIOS Y LA TRANSFERENCIA DELUSIONAL

La duda de la fase de sostén corresponde a la localización del peligro, del enemigo en la fase depresiva (145) [1]. Al enemigo, al extraño a quien es capaz de odiar.

En la salud durante la fase de integración-nointegración al irse estableciendo el círculo benigno entre la tensión-gratificación, duda y esta relajado estando no integrado. Duda porque cuando regresa nunca es el mismo lugar del que partió [21]. Círculo benigno que facilita el uso del padre. En la fase depresiva al colocar el objeto fuera del área del control omnipotente, del self, organiza una situación paranoica en la que puede localizar el peligro.

La desilusión o el derrumbe ocurrido de manera súbita, prolongada, impredecible, de las Clínicas de las Agonías primitivas ocurrieron antes de haber logrado organizar al enemigo, antes de la capacidad de odiar o de poder sostener esta capacidad. El odio

que se experimenta hacia el objeto bueno en la transferencia delusional, no se experimenta como odio, sino en forma delirante, como ser odiado por el analista(180)[6].

Se puede concluir que no termina de sorprendernos las aportaciones que realiza Winnicott al estudio del narcisismo primitivo en el Desarrollo emocional primitivo y su aplicación a la Clínica de las agonías primitivas para comprender por qué los bebés se enferman y los casos de no-psicosis, como en un principio los llamó, y después como borderline, y que en este trabajo distinguimos, de las 4 agonías primitivas que estudia Winnicott, entre Caer permanentemente y el Miedo al derrumbe.

BIBLIOGRAFÍA

[1] WINNICOTT, D.W. (1964 y 1969). El trastorno psicossomático. I. Aspectos positivos y negativos. 1964. II. Nota adicional sobre el trastorno psicossomático, 1969. Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.

[2] WINNICOTT, D.W. (1949). La mente y su relación con el psiquesoma. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.

[3] 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.

[4] WINNICOTT, D.W. (1950, 1957). Saber y aprender. Los bebés y sus madres. México, Paidós, 1990.

[5] WINNICOTT, D.W.(1956). Preocupación maternal primaria. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.

[6] 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.

[7] 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.

[8] BAREIRO, JULIETA (2019). Winnicott y Heidegger: hacia una metapsicología de la transicionalidad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biblos, 2019.

[9] WINNICOTT, D.W. (1949). Los recuerdos del nacimiento, el trauma del nacimiento y la angustia. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.

[10] FREGE, GOTTLOB (1918-1919). El pensamiento. Una investigación lógica. En: Escritos lógico-filosóficos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Colihue, 2017.

[11] WINNICOTT, D.W. (1969). Sobre el uso de un objeto. VII. El uso de un objeto en Moisés y la religión monoteísta. Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.

[12] 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.

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

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

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

[16] KHAN, R. MASUD, M. 1979). Reparation to the self as an idolized internal object. Alienation in perversions. New York: Karnac Books, 2018.

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

[18] WINNICOTT, D.W. (1948). Pediatría y psiquiatría. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.

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

[20] ESPARZA, E.M. (2015). Los síntomas del TDAH, solo la punta del iceberg. Clínica de lo negativo. Tesis doctorado: CiES.

[21] WINNICOTT, D.W. (1954). La Naturaleza Humana. Buenos Aires, Paidós, 1993.