



**Universitat Ramon Llull**

**TESIS DOCTORAL**

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna

**LA INFLUENCIA DE LA OBRA DE DONALD  
W. WINNICOTT EN LAS BASES  
CONCEPTUALES DEL PSICOANÁLISIS  
RELACIONAL ACTUAL**

UNA CONTRIBUCIÓN A LA APLICACIÓN  
PSICOTERAPÉUTICA Y UNA PROPUESTA PARA LA  
DOCENCIA

---

AUTOR

FRANCESC SÁINZ BERMEJO

DIRECTOR

VÍCTOR CABRÉ SEGARRA

2015



**Universitat Ramon Llull**

## **TESIS DOCTORAL**

Título:

**LA INFLUENCIA DE LA OBRA DE DONALD W. WINNICOTT EN LAS BASES  
CONCEPTUALES DEL PSICOANÁLISIS RELACIONAL ACTUAL  
UNA CONTRIBUCIÓN A LA APLICACIÓN PSICOTERAPÉUTICA Y UNA PROPUESTA  
PARA LA DOCENCIA**

Realitzada per :

**FRANCESC SÁINZ BERMEJO**

En el centre:

**Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna**

I en el Departament:

**Psicologia**

Dirigida per :

**VÍCTOR CABRÉ SEGARRA**

*C. Claravall, 1-3  
08022 Barcelona  
Tel. 936 022 200  
Fax 936 022 249  
E-mail: [urlsc@sec.url.es](mailto:urlsc@sec.url.es)*

TITULO: La influencia de la obra de Donald W. Winnicott en las bases conceptuales del Psicoanálisis Relacional actual. Una contribución a la aplicación psicoterapéutica y una propuesta para la docencia.

#### RESUMEN:

El estudio en profundidad de la obra de Winnicott nos ha permitido entender mejor el momento actual por el que pasa el psicoanálisis. Esta comprensión nos permite vislumbrar hacia donde se encamina no solo esta disciplina, sino un buen número de ciencias afines, no en vano Winnicott es, quizás, uno de los psicoanalistas más citados actualmente por otros autores.

Winnicott escribía sus ideas sin seguir una metodología específica. Su pretensión no era la de crear una escuela psicoanalítica, sino expresar con libertad aquello que iba observando en la clínica y que a la vez le servía para trabajar con los pacientes, sus conceptos son fruto de esta interacción clínico-teórica.

Hemos empezado tratando el importante tema de los factores que intervienen en la construcción de la identidad y de la personalidad, por lo tanto de la salud y la psicopatología, advirtiendo de los peligros de los reduccionismos. Aceptamos que ninguna disciplina, perspectiva o escuela de pensamiento puede abarcar la complejidad del estudio de los fenómenos humanos. Afirmamos que las aportaciones de los autores representan en todo momento una forma de entender dichos fenómenos y un intento de aproximarnos a una parte de la comprensión que podemos tener de ellos; la necesidad de estar en contacto con otras disciplinas y modos de pensamiento es absolutamente imprescindible, sirve de contraste y de regulación de los dogmatismos hacia los que solemos tener tendencia. Hemos trabajado algunos temas que tienen que ver por un lado con los acontecimientos de la sociedad y por otro con los avances neurocientíficos, como ejemplo de que las disciplinas trabajen en un sistema abierto de mutua influencia.

Hemos procedido a la lectura exhaustiva de la obra de Winnicott y nos hemos apoyado en aquellos autores estudiosos de la misma para ir extrayendo aquellas ideas, conceptos y aplicaciones clínicas que hemos considerado más relevantes para nuestro trabajo de psicoterapeutas.

Hemos considerado a Winnicott como un iniciador de un proceso de transformación del psicoanálisis y de sus aplicaciones que eran predominantes en su época, reconociendo al mismo tiempo la importancia de otros autores anteriores como Ferenczi y otros contemporáneos de Winnicott como Balint, Fairbairn y Bowlby, entre otros.

Partiendo de Winnicott nos hemos acercado al Psicoanálisis Relacional e Intersubjetivo actual y hemos tratado de establecer nexos teóricos y de aplicación clínica, llevando a cabo una elaboración de las principales aportaciones que se desprenden de la obra de este autor y de su relación con las principales aportaciones que constituyen el panorama actual de la perspectiva relacional e intersubjetiva. Constatamos que dicha perspectiva no corresponde a un único autor sino a diversas formas de pensamiento que convergen en algunos puntos comunes que constituyen esta nueva identidad dentro del psicoanálisis contemporáneo.

La lectura exhaustiva de la obra de Winnicott y de las principales aportaciones de la perspectiva relacional e intersubjetiva, nos ha permitido elaborar una serie de puntos fundamentales sobre la teoría y la práctica clínica, abriendo el camino para posteriores discusiones. Con todo ello hemos llevado a cabo una propuesta sobre algunos puntos a tener en cuenta en la y docencia de los psicoterapeutas en proceso de formación.

#### PALABRAS CLAVE:

Espacio, objeto, fenómenos y experiencias transicionales; espacio potencial; creatividad; juego. Mentalización, psicoanálisis relacional, Intersubjetividad. neurociencia, vínculo afectivo.

TÍTOL: La influència de l'obra de Donald W. Winnicott en les bases conceptuals de la Psicoanàlisi Relacional actual. Una contribució a la aplicació psicoterapèutica i una proposta per la docència.

#### RESUM:

L'estudi en profunditat de la obra de Winnicott ens ha permès entendre millor el moment actual pel que passa la psicoanàlisi. Aquesta comprensió ens permet entreveure cap on s'encamina no només aquesta disciplina sinó un bon nombre de ciències afins. No en va, Winnicott, és un dels psicoanalistes més citats actualment per psicoanalistes i pels que no ho són.

Winnicott escrivia les seves idees sense seguir una metodologia específica. La seva pretensió no era la de crear una escola psicoanalítica sinó expressar amb llibertat allò que anava observant en la clínica i que a la vegada li servia per treballar amb els pacients. Els seus conceptes són fruit d'aquesta interacció clínica i teòrica.

Hem començat tractant l'important tema dels factors que intervenen en la construcció de la identitat i de la personalitat, per tant de la salut i la psicopatologia, advertint dels perills dels reduccionismes. Acceptem que cap disciplina, perspectiva o escola de pensament pot abraçar la complexitat de l'estudi dels fenòmens humans. Afirmem que les aportacions dels autors representen en tot moment una forma d'entendre aquests fenòmens i un intent d'aproximar-nos a una part de la comprensió que podem tenir d'ells; la necessitat d'estar en contacte amb altres disciplines i maneres de pensament és absolutament imprescindible, serveix de contrast i regulació dels dogmatismes cap als que acostumem tenir tendència. Hem treballat alguns temes que tenen a veure per una banda amb esdeveniments de la societat i per una altra amb els avenços neurocientífics com a exemple de que les disciplines treballin en un sistema obert de mútua influència.

Hem procedit a la lectura exhaustiva de la obra de Winnicott i ens hem recolzat en aquells autors estudiosos de la mateixa per anar extraient aquelles idees, conceptes i aplicacions clíniques que hem considerat més rellevants per al nostre treball com a psicoterapeutes.

Hem considerat a Winnicott com un iniciador d'un procés de transformació de la psicoanàlisi i de les seves aplicacions que eren predominants en la seva època, reconeixent al mateix temps la

importància d'altres autors anteriors com Ferenczi i altres contemporanis de Winnicott com Balint, Fairbairn y Bowlby entre d'altres.

Partint de Winnicott ens hem apropat a la Psicoanàlisi Relacional i Intersubjectiva actual i hem intentat establir nexes teòrics i d'aplicació clínica, portant a terme una elaboració de les principals aportacions que es desprenen de la obra d'aquest autor i de la seva relació amb les principals aportacions que constitueixen el panorama actual de la perspectiva relacional i intersubjectiva. Constatem que aquesta perspectiva no correspon a un únic autor sinó a diverses formes de pensament que convergeixen en alguns punts comuns que constitueixen aquesta nova identitat dintre de la psicoanàlisi contemporània.

La lectura exhaustiva de la obra de Winnicott i de les principals aportacions de la perspectiva relacional i intersubjectiva ens ha permès elaborar una sèrie de punts fonamentals sobre la teoria i la pràctica clínica obrint camí per a posteriors discussions.

Amb tot això hem portat a terme una proposta sobre alguns punts a tenir en compte en la docència dels psicoterapeutes en procés de formació.

#### PARAULES CLAU:

Espai, objecte, fenòmens i experiències transicionals; espai potencial, creativitat, joc, mentalització, psicoanàlisi relacional, intersubjectivitat, neurociència, vincle afectiu.

TITLE: The influence of the literature of Donald W. Winnicott for the conceptual bases of the current Relational Psychoanalysis. One contribution for the psychotherapeutic practice and one proposal for the teaching.

#### SUMMARY:

The in-depth study of Winnicott's work has enabled a better understanding of the current state of psychoanalysis; it allows one to see the direction in which not only this discipline but also a large number of related sciences are headed. It is little wonder perhaps that Winnicott is presently one of the psychoanalysts most frequently cited by both psychoanalysts themselves and others.

Winnicott wrote without following any particular methodology. His aim was not to create a psychoanalytic school of thought, but to freely express what he observed in clinical practice, which helped him in his work with patients. His concepts are the fruit of this clinical-theoretical interaction.

This thesis addresses the key question of the factors intervening in the construction of identity and personality, and thus also mental health and ill-health, while warning of the dangers of reductionism. It is accepted that no discipline, perspective or school of thought can encompass the complexity of the study of human phenomena. This thesis states that different authors contributions are always their particular vision of these phenomena and an attempt at understanding them. Contact with other disciplines and modes of thought is absolutely essential to contrast and regulate our tendency towards dogmatism. The author of this thesis discusses some issues related not only to events taking place within society, but also advances in neuroscience, as an example of the mutual influence among different disciplines.

Both the writings of Winnicott himself as well as that of scholars of his work have been studied in depth in order to draw out the most relevant ideas, concepts and clinical applications for psychotherapeutic practice.

This thesis considers Winnicott to be pioneer in the process of the transformation of psychoanalysis and its applications that were predominant in his day, while due recognition is given to his predecessors ( authors such as Ferenczi) and contemporaries -Balint, Fairbairn and Bowlby amongst others

With Winnicott as the starting point, current relational and intersubjective psychoanalysis is examined in an attempt to establish nexus that are both theoretical and applicable to clinical work,

and the principal contributions that can be derived from his work and their relationship with the main ideas found in the present-day relational and intersubjective perspective are detailed. It can be confirmed that this perspective does not pertain to one single author, but to diverse ways of thinking that converge at some common points that constitute this new identity within contemporary psychoanalysis.

Exhaustive reading of Winnicott's work and its major contributions to relational and intersubjective psychoanalysis has allowed the author of this thesis to set out a series of fundamental points about theory and clinical practice which will lead to further discussion.

By way of conclusion, a number of proposals to be considered in the training and teaching of prospective psychotherapists are put forward.

#### KEYWORDS:

Space, object, transitional phenomena and experiences, potential space, creativity; play, mentalisation, relational psychoanalysis, intersubjectivity, neuroscience, attachment



# LA INFLUENCIA DE LA OBRA DE DONALD W. WINNICOTT EN LAS BASES CONCEPTUALES DEL PSICOANÁLISIS RELACIONAL ACTUAL.

Una contribución a La aplicación Psicoterapéutica y una propuesta para la docencia.

1. INTRODUCCION:.....	12
2. TEMA DE ESTUDIO, OBJETIVOS, METODOLOGIA Y ASPECTOS ETICOS .....	18
2.1. TEMA DE ESTUDIO .....	18
2.2. OBJETIVOS.....	19
2.3. METODOLOGIA.....	19
2.4. ASPECTOS ETICOS .....	20
3. EPISTEMOLOGIA PARA LA COMPRESION DE LA SALUD MENTAL Y LA PSICOPATOLOGIA.....	21
3.1. Factores Causales multidireccionales: .....	21
3.2. Cuestionamiento de los Reduccionismos.....	23
3.3. El peligro del reduccionismo biologista .....	25
3.4. El reduccionismo del psicologismo .....	26
3.5. De ambos errores, surgen consecuencias:.....	26
3.6. El reduccionismo sociologista.....	27
3.7. El problema de los estudios empíricos y la importancia del método científico.....	28
3.8. El concepto de salud en revisión.....	30
3.9. Contribución de la sociedad al fomento de la psicopatología .....	32
3.9.1. <i>El positivismo, la apología del éxito, del máximo rendimiento y el rechazo de los vínculos.</i> .....	33
4. WINNICOTT. BASES DEL PENSAMIENTO RELACIONAL: .....	41
4.1. Concepto de individuo sano en Winnicott.....	41
4.2. Winnicott y la crítica a la teoría pulsional independiente de la experiencia. Los orígenes de la agresión. De las relaciones objetales a las relaciones entre sujetos (la intersubjetividad).....	49
4.3. La adaptación al entorno: una forma de construir identidad y de sobrevivir. El falso Self. ....	56
4.3.1. <i>Etiología del funcionamiento dinámico entre el falso self y el verdadero self</i> .....	60
4.4. La mente y la relación con el psique-soma. Winnicott precursor de la mentalización.....	63
4.5. El bebe no existe sin los cuidados de una figura adulta estable y responsable.....	66
4.6. La madre, el padre y el entorno suficientemente e insuficientemente bueno .....	67
4.7. La relacionalidad a través de las experiencias y fenómenos transicionales. Experiencia construida y compartida.....	70
4.8. El importante papel del juego, como exponente de las experiencias transicionales. ....	76
4.9. La concepción de Winnicott de los procesos de maduración. Base del pensamiento relacional .	79

4.10. El niño mira dentro de un espejo que representa el rostro de la madre y de las figuras cuidadoras. La función del espejo como pilar del Psicoanálisis Relacional.....	84
4.11. Ser, hacer, estar a solas y el origen de la creatividad .....	89
5. APORTACIONES DE WINNICOTT A LA PSICOTERAPIA.....	97
5.1. El sostén (“Holding”), el valor relativo de la interpretación y la experiencia terapéutica con un analista suficiente e insuficientemente bueno.....	97
5.2. Comunicar y no comunicar. La búsqueda del self verdadero.....	103
5.3. Transferencia y contratransferencia en Winnicott.....	106
5.4. Experiencias transicionales y mentalización .....	109
5.4.1. <i>El papel de las carencias afectivas en los procesos de mentalización y en la psicopatología</i> .....	119
5.4.2. <i>Los ángulos ciegos de la personalidad</i> .....	122
5.5. El “Squiggle” paradigma gráfico de la intersubjetividad winnicottiana. ....	127
5.6. La regresión .....	129
5.6.1. <i>Balint, la regresión benigna, la ocnofilia y el filobatismo.</i> .....	133
6. EL PSICOANÁLISIS RELACIONAL E INTERSUBJETIVO. ....	137
6.1. Introducción .....	137
6.2. La matriz relacional.....	141
6.3. Relacionalidad e Intersubjetividad.....	142
6.4. El vínculo afectivo como regulador de la biología y de los contextos sociales.....	152
7. CEREBRO Y VÍNCULO AFECTIVO. LAS BASES PARA UNA NEUROBIOLOGÍA RELACIONAL. ....	155
7.1. Confluencia de la Neurobiología Relacional actual con la teoría del “attachment” de Bowlby y sobre la mente y su relación con el psique soma de Winnicott.....	160
7.2. El papel del estrés en la mente y el cerebro del bebé.....	167
7.3. Las Neuronas espejo. Bases neurológicas de la empatía y de la identificación con el otro.....	168
7.4. La psicoterapia reguladora de la bioquímica del sistema nervioso y del cerebro.....	171
8. APLICACIONES DE LA OBRA DE WINNICOTT Y DEL PSICOANÁLISIS RELACIONAL INTERSUBJETIVO PARA LA PRACTICA PSICOTERAPEUTICA.....	174
8.1. La experiencia terapéutica. Una construcción entre lo nuevo y lo viejo.....	174
8.2. Ampliando el concepto de Contratransferencia: Contratransferencia inversa y para-contratransferencia.....	180
8.3. La psicoterapia como una experiencia relacional implícita y explícita.....	185
8.4. Empatía, espontaneidad y “Enactment” .....	192
8.4.1. <i>“Enactment” como un fenómeno psicoterapéutico espontáneo y creativo.</i> .....	195
8.5. Colusionar, colisionar y la reacción terapéutica negativa. ....	198

8.6. La realidad externa como una forma de investigar la subjetividad.....	199
9. DEFICIT, CONFLICTO Y TRAUMA: APROXIMACION A LA COMPRESIÓN DEL SUFRIMIENTO .....	207
10. ALGUNOS PUNTOS DE REFLEXION PARA EL TRABAJO DEL PSICOTERAPEUTA	211
10.1. La analizabilidad no depende únicamente de las características psico(pato)lógicas del paciente .....	211
10.2. Máximo aprovechamiento de la primera entrevista .....	214
10.3 La empatía o no empatía con la narrativa del paciente.....	215
10.4. ¿Podemos reflexionar con libertad, sin ataduras excesivas?.....	218
10.5. Los límites de la psicoterapia. Tratamos a las personas no a los síntomas ni a las enfermedades.....	222
10.6. <i>La estructura mental no suele cambiar pero sí su disposición</i> .....	223
10.7. La búsqueda de la autenticidad es fundamental en la psicoterapia .....	224
10.8. Debemos revisar en cada paciente lo que entendemos por salud y lo que es potenciador de la misma. Ajustar objetivos terapéuticos a la realidad del proceso.....	226
10.9. Cogniciones, afectos y conexiones.....	228
10.10. <i>Cuando del narcisismo disminuye, puede aumentar la autoestima</i> .....	231
11. ALGUNAS PROPUESTAS PARA LA DOCENCIA. LA FORMACION DE PSICOTERAPEUTAS.....	232
11.1. Salud, psicopatología y factores etiológicos intervinientes.....	233
11.2. La importancia de no confundir causalidad con terapéutica, sufrimiento con sintomatología.....	233
11.3. La psicoterapia personal .....	234
11.4. La supervisión individual y grupal.....	235
11.5. Temáticas a estudiar.....	235
§ Coda .....	239
12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	242

## 1. INTRODUCCION:

La vertiente relacional en psicoanálisis ha estado presente desde su fundación como método clínico. Se comprende que la base de nuestra identidad viene dada por la relación humana establecida desde el inicio de la vida, incluso desde las experiencias intrauterinas.

Por tanto, entrar en el psiquismo pasa por estudiar las interacciones relacionales. Estudiar la niñez y las primeras relaciones; el punto de vista genético, desde la perspectiva psicoanalítica, es un hecho incontestable hoy en día para comprender la vida mental, lo que no quiere decir que la infancia pueda explicar la totalidad de los fenómenos de la vida.

Desde una comprensión epistemológica es imposible que cualquier disciplina, conocimiento, o fenómeno específico, pueda explicar la totalidad de cualquier fenómeno humano complejo. Somos tan complejos que una sola disciplina no puede abordar la magnitud de esta complejidad. ( Nogués , 2003 )

El ser humano tiene la tarea de relacionarse consigo mismo (relación intrapsíquica) y de relacionarse con los demás (relación interpersonal). Las dos son indivisibles e interdependientes. Freud pone el acento en los instintos y la relación con el otro debe ayudar a domar estos instintos. El entorno inmediato del niño procura cuidados y herramientas para que la criatura sea un ser social sano. De igual manera que la cultura impone un malestar que es necesario para el desarrollo de la civilización ( Freud , 1930).

Freud partía de la idea de que la lucha interna (la relación con uno mismo) era muy dura, dado que el humano estaba dotado de impulsos muy primitivos e indómitos, lo que le producía conflicto consigo mismo y con el entorno. Para Freud la defensa de estos conflictos dará lugar a la existencia del inconsciente.

Esta idea lleva a responsabilizar al humano de sus actos y de sus acciones que incluye pensamientos, sentimientos y emociones conduce a un argumento paradójico: El humano es

responsable de lo que hace y siente , a la vez que las razones que le llevan a actuar pueden ser inconscientes .

El psicoanálisis freudiano se basa en la idea de que es necesario conocer a la persona y a su inconsciente. Para llevar a cabo esta empresa propone la herramienta de la interpretación. Esto da lugar a un psicoanálisis de la hermenéutica (Armengol , 2001) que como tal es difícil de rebatir , y validarla , pero es cuestionable desde el punto de vista científico .

El psicoanálisis relacional ha estado presente desde el inicio de la disciplina pero toma protagonismo en el momento actual a partir de Mitchell i Greenberg (1983), Mitchell (1988), siendo muchos los autores que han contribuido en su desarrollo, desde los antiguos, como Ferenczi al psicoanálisis británico independiente, Fairbairn , Balint , Bowlby , Winnicott, a la Psicología del Self , desarrollada en Norte América por Kohut. Algunas contribuciones de Fromm a la humanización del psicoanálisis, con alto peso en lo social; las aportaciones al enfoque interpersonalista de Sullivan, hasta llegar al enfoque intersubjetivo actual, representado por Stolorov , Atwood , Orange entre otros. Y En nuestro ámbito en España y en Cataluña, autores como Ávila, Coderch , Riera , Sáinz ... hacen difusión y trabajan en esta línea de pensamiento desde hace más de una década.

"El humano culpable" del Psicoanálisis instintivista (diremos ortodoxo o clásico) pasa a ser considerado "el humano trágico" (Kohut, 1984) con la idea principal de que las personas organizamos nuestra identidad en función de la adaptación al entorno, siendo éste, para un niño, el representado por las personas que cuidan de él .

El Psicoanálisis Relacional estudia las interacciones y las adaptaciones mutuas. Como se ha ido abonando el terreno del sufrimiento y de la psicopatología a partir de este estudio de las interacciones.

Para el Psicoanálisis Relacional la herramienta terapéutica fundamental no es la interpretación sino la vinculación afectiva y cómo ayudar a establecer nuevas formas de vinculación. El clásico concepto de transferencia se utiliza como elemento de cambio experiencial. Es decir, la relación con el psicoterapeuta es ya en sí un fenómeno de modificación. La psicoterapia basada en el Psicoanálisis Relacional se fundamenta en el estudio de la propia relación interpersonal, entre psicoterapeuta y paciente, y en la experiencia para ellos vivida. Las emociones, sentimientos, afectos que tienen lugar directamente en la sesión de terapia, protegida por los elementos controlados por el profesional (setting), son como un entrenamiento para modificar la relación del paciente consigo mismo y por lo tanto con los demás. Evidentemente los resultados dependen en gran parte de la plasticidad mental del paciente y de su psicopatología, pero también de la relación terapéutica que tenga lugar entre ellos. Como en otros enfoques terapéuticos siempre hay límites, indicaciones y contraindicaciones.

Dada la importancia del Psicoanálisis Relacional como modelo emergente del psicoanálisis en la actualidad, consideramos necesario estudiar cuáles son los antecedentes teóricos de esta corriente. Para ello nos basaremos fundamentalmente en la obra de Winnicott por las razones que se expondrán más adelante.

Para estudiar la niñez desde la vertiente cognitiva, intelectual y emocional, se debe tener en cuenta los diferentes autores, ya clásicos sobre estos temas (Piaget, Vigotsky, Gessell...). Con respecto a la emocionalidad, las relaciones afectivas y las carencias, como el hospitalismo, la separación de la figura materna y paterna y sus repercusiones psicopatológicas hay que estudiar, entre otros, Spitz (1965), Stern (1977) y especialmente Bowlby (1951, 1969, 1973, 1980). Este último, encargado por la OMS sentó las bases de la importancia de los cuidados maternos en relación a la salud mental y la psicopatología. La teoría del vínculo afectivo de Bowlby

(Attachment) fue continuada por Ainsworth (1967) que hizo estudios observacionales sobre la reacción del niño separado de la figura vincular y acompañado por la presencia de una persona extraña, lo que determinó diferentes tipos de vinculación afectiva en la infancia que determinarán el tipo de vínculo que establecerá el adulto durante su vida . La comprensión de los vínculos afectivos tanto en niños como en adultos, ha llevado a la confección de herramientas psicoterapéuticas para su abordaje clínico .

En el Reino Unido otro autor tuvo una relevancia especial en el mundo de la infancia y por extensión en la psicoterapia de adultos: Donald W. Winnicott, pediatra y posteriormente psicoanalista de adultos . Este autor será el punto de partida y en el que basaremos nuestro proyecto. Todos los conocimientos sobre la infancia han sido la base para la comprensión del psiquismo adulto, considerando que cada uno de los dos ámbitos precisan de técnicas específicas. A partir de la mitad de la década de los años 40 se produjo un fenómeno sociológico de gran importancia , un cambio de paradigma en la concepción que se tenía sobre la infancia y la crianza . Se abría una nueva manera de entender los derechos de los niños, especialmente los derechos emocionales y afectivos y la necesidad relacional de los niños como la base de su salud mental . Se argumentó que la calidad de las relaciones afectivas van más allá de las presencias de figuras reales, si bien estas son importantes lo es más la calidad con la que se relacionan . Un tema tratado hace más de 50 años, adquiere hoy una relevancia de primera magnitud. Este cambio de paradigma tuvo un exponente en un libro, publicado originalmente en 1945 con el título de "Tu hijo" del pediatra norteamericano, Benjamin Spock . Este libro ha sido traducido a todos los idiomas conocidos y continúa editándose en la actualidad convirtiéndose en un fenómeno sociológico insólito. El libro de Spock es un manual de pediatría práctica para padres, por lo tanto es un libro de divulgación. En él, sin embargo, están

las bases del cambio paradigmático. Las necesidades emocionales infantiles sólo se pueden entender a partir de las relaciones y vínculos afectivos.

Spock estuvo directamente influido por Bowlby y por Winnicott con los que mantuvo intercambios epistolares continuados. Las repercusiones sociológicas de esta forma de pensar la infancia llegaron al punto de que un senador norte americano denunció la actitud de los jóvenes de finales de los años 60 de no querer alistarse - a la guerra de Vietnam culpabilizando por ello a Spock y a sus enseñanzas sobre la importancia del cuidado afectivo de los niños. Para el senador, los niños cuidados afectivamente no desarrollaban la necesaria capacidad (masculina) para decidir ir a defender los intereses de su país. (Spock , edición castellana de 1989).

Tal como decíamos el trabajo psicoanalítico de Winnicott se desarrolló desde los años 40 hasta su muerte, en 1971. El método que siguió Winnicott fue el método clínico con sus pacientes (como pediatra y como psicoanalista) especialmente la observación participante. Estudiamos su obra con atención y propusimos introducirla en la formación post- graduada de psicólogos y psiquiatras, tal como se hacía en otros países como el Reino Unido , por ejemplo en la Tavistock Clinic de Londres . Desde el año 1994 el doctorando F. Sáinz, imparte un seminario sobre Winnicott en la Fundación Vidal y Barraquer, en el Instituto Universitario de Salud Mental (URL ).

Por otro lado nuestra experiencia asistencial en psicoterapia y psicoanálisis y la supervisión de equipos y profesionales de la salud mental nos ha permitido calibrar la vinculación entre los conocimientos teóricos y la práctica clínica.

1. Las bases teóricas de Winnicott representan los fundamentos del movimiento internacional actual conocido con el nombre de Psicoanálisis Relacional y la corriente intersubjetiva. Sin embargo es necesario agrupar los postulados de esta corriente, dada la dispersión conceptual y la diversidad de autores.



2. Los actuales estudios neurocientíficos sobre la emocionalidad, la afectividad y las relaciones humanas aportan una base neurológica y biológica a muchas de las hipótesis planteadas por autores como Winnicott, fruto de sus observaciones y experiencia clínica. Consideramos útil poder hacer algunas comparaciones entre ellas.

La justificación del proyecto se basa en la idea de acotar las aportaciones actuales sobre Psicoanálisis Relacional, utilizando como punto de partida la obra de Winnicott.

Nos parece significativo que el premio nobel del año 2000 en medicina y fisiología, Eric Kandel (1999), sostenga que el psicoanálisis sigue siendo la perspectiva más coherente e intelectualmente satisfactoria de la mente. Partiendo de esta premisa, pretendemos argumentar en el transcurso de nuestro trabajo que esto es así siempre y cuando el psicoanálisis construya su edificio siguiendo los postulados del psicoanálisis relacional. Es decir, anticartesiano, relacional, interpersonal e intersubjetivo, ya que consideramos que la mente no es nunca una construcción aislada sino en continua interacción, desde el inicio de la vida del individuo.

En nuestro ámbito geográfico desde hace unos años se trabaja en el estudio y difusión de la corriente relacional en psicoanálisis, destacamos especialmente a Alejandro Ávila y su grupo, con importantes publicaciones sobre el tema (Ávila et al 2005, 2007, 2011); también Abelló y Liberman sobre Winnicott (2008, 2011), la creación del "Instituto de Psicoterapia Relacional" y de la editorial "Agora" que publica con asiduidad libros de autores nacionales y traducciones de autores extranjeros. En Barcelona son especialmente relevantes los trabajos de Coderch que ha publicado varios libros de lectura fundamental sobre el psicoanálisis, la psicoterapia relacional y las neurociencias (2001, 2006, 2010, 2012, 2014); Velasco, Daurella, Riera, Sáinz, Hernández, entre otros, han ido publicando y difundiendo el Psicoanálisis Relacional e intersubjetivo.

Queremos destacar a Armengol que aunque él no se ha ubicado dentro del Psicoanálisis Relacional, le consideramos un auténtico pionero del cambio de paradigma y de distanciamiento con el psicoanálisis oficial, Armengol (1991,1994,1999) y textos sobre pensamiento filosófico de gran valor para el trabajo clínico ,Armengol (2010, 2014)

## **2. TEMA DE ESTUDIO, OBJETIVOS, METODOLOGIA Y ASPECTOS ETICOS**

### **2.1. TEMA DE ESTUDIO**

El Psicoanálisis Relacional actual está representado por un extenso abanico de autores, teorías y pensamientos cuya característica principal es la pluralidad de ideas. Consideramos que muchas de las propuestas teórico-clínicas que hace Winnicott a lo largo de su obra, le convierten en un precursor del enfoque relacional e intersubjetivo actual. Nuestro propósito es adentrarnos en el conocimiento de todo ello a través de preguntas y reflexiones, sin la finalidad explícita de demostrarlas o validarlas, pero dando cuenta del estudio riguroso del pensamiento contenido en la obra de Winnicott y en las aportaciones de muchos otros autores que nos sirven para conectar este importante psicoanalista con las más actuales aplicaciones del psicoanálisis.

Nuestra primera impresión es que, con Winnicott, se pone en marcha un proceso de transformación del psicoanálisis, en conexión con otros autores anteriores como Ferenczi, contemporáneos como Fairbairn, Bowlby y posteriores como Mitchell, Stolorov, entre muchos otros.

Creemos que un estudio minucioso de este proceso transformador puede ayudar a profesionales y estudiantes a la comprensión y consolidación de los conocimientos sobre el psicoanálisis actual.

## 2.2. OBJETIVOS

Para ello proponemos un objetivo general consistente en:

Estudiar el cambio de paradigma que ha experimentado el psicoanálisis en el momento actual, desde el psicoanálisis intrapsíquico e interpretativo de carácter instintivista al psicoanálisis de la intersubjetividad, la interacción y la mutualidad.

Este objetivo de carácter general puede desglosarse de la siguiente forma:

- Analizar las concepciones teóricas y aplicaciones clínicas de la obra de Winnicott como precursor del Psicoanálisis Relacional contemporáneo.
- Detectar y exponer las características principales del Psicoanálisis Relacional e Intersubjetivo como concepción teórica que da lugar a una nueva forma de Psicoterapia Psicoanalítica Relacional.
- Proponer una aplicación para la práctica psicoterapéutica desde las ideas de Winnicott y del Psicoanálisis Relacional.
- Realizar una propuesta para la docencia y formación de psicoterapeutas y de psicoanalistas, abriendo nuevos escenarios y enfoques para la discusión y la investigación en psicoanálisis.

## 2.3. METODOLOGIA

Para llevar a cabo el proyecto de tesis doctoral, como hemos ido anunciando en los apartados anteriores, utilizaremos los siguientes instrumentos metodológicos:

- Revisión teórica y bibliográfica.
- Selección de los textos y conceptos fundamentales de la obra de Winnicott, de acuerdo con los autores más determinantes que han trabajado su obra. Extracción de las aportaciones más relevantes sobre teoría y práctica, especialmente vinculadas al Psicoanálisis Relacional y a la intersubjetividad.

- Selección de los autores y textos contemporáneos fundamentales del Psicoanálisis Relacional e Intersubjetivo, a partir de ésta extraer las aportaciones más relevantes en la actualidad, de acuerdo con los autores que han trabajado sobre el tema.
- Estudio sobre algunos conceptos actuales de la neurociencia en relación al Psicoanálisis Relacional e Intersubjetivo y las aportaciones de Winnicott.
- Elaboración teórico-clínica del doctorando basada en cerca de 25 años de docencia y de asistencia a la salud mental en el ámbito público y privado.

Para llevar a cabo este estudio hemos utilizado:

- La obra completa de Donald Winnicott publicada en vida y la obra póstuma.
- Textos sobre Winnicott escritos por otros autores.
- Léxico y diccionarios temáticos que agrupan los conceptos que se desprenden de la obra de Winnicott.
- Bibliografía sobre autores anteriores, contemporáneos y posteriores a Winnicott que de alguna manera tienen que ver con el enfoque relacional e intersubjetivo en psicoanálisis.

#### **2.4. ASPECTOS ETICOS**

Gran parte de las aportaciones realizadas por el doctorando se refieren a su experiencia clínica con pacientes y al trabajo como supervisor de equipos y de profesionales de la Salud Mental. Sin embargo el material clínico y los casos reales a los que se hace mención han mantenido en todo momento la confidencialidad, de modo que los profesionales supervisados y los pacientes directamente tratados se han mantenido en el anonimato. Incluso han sido omitidos aquellos datos que podrían desvelar la identidad de alguno de ellos.

### **3. EPISTEMOLOGIA PARA LA COMPRESION DE LA SALUD MENTAL Y LA PSICOPATOLOGIA.**

Nos parece necesario hacer mención a la epistemología porque partimos de la base que nuestro enfoque representa una manera específica de entender lo referente a la psicología y a la tratamiento psicológico de las personas que nos consultan. Creemos firmemente que cualquier modo de pensamiento y de aplicación práctica requiere ser revisado y acotado como una forma de evitar la omnipotencia y el reduccionismo.

La epistemología nos permite validar el conocimiento que tenemos de los fenómenos, las explicaciones que nos damos de los mismos y el análisis que hacemos para llegar a las conclusiones. La epistemología es la metodología necesaria para ejercer un control de calidad sobre las disciplinas encargadas de producir conocimiento. Una de las funciones es introducir factores explicativos, elementos de discusión y promover la conexión interdisciplinar, por lo tanto impedir en la medida lo posible los reduccionismos sobre las causas y las consecuencias que tienen los fenómenos estudiados, por motivos ideológicos o intereses de otras índoles, como pueden ser económicos o de poder.

#### **3.1. Factores Causales multidireccionales:**

Consideramos que los factores intervinientes en la construcción de la persona en sus dimensiones son: biológicos, psicológicos (relacionales consigo mismo y con las personas del entorno) y sociales que incluyen los culturales. El funcionamiento de estos tres macrofactores es de influencia mutua, no lineal sino multidireccional, es decir que los unos influyen en los otros de forma que se modulan y se modifican entre sí.

Cada macrofactor funciona como un sistema y a la vez se divide en multiplicidad de elementos que actúan igualmente de forma sistémica, es decir influenciándose y modificándose entre sí. Extraer uno o más de los componentes siempre se corre el riesgo de desfigurar el todo

que se pretende estudiar. Veamos la opinión de Coderch (2014) “Hace falta abandonar el objetivo de la ciencia cuando pretende reducir los fenómenos a sus componentes básicos para así llegar al máximo grado de simplificación y creer que de esta forma todo se puede explicar con conceptos seguros, leyes no refutadas de manera simple y elegante” (p. 238)

Es importantísimo reconocer que el estudio de una totalidad es una labor imposible desde el punto de vista epistemológico que abordaremos más tarde. La propuesta que hacemos es que aceptemos como hipótesis válida, la complejidad de los fenómenos que estudiamos, en lugar de caer en una simplificación reductiva. Para hacer estudios empíricos, conviene acotar las hipótesis y reducir los factores intervinientes, si no es así, las conclusiones no pueden ser concluyentes. Sin embargo lo que proponemos al aceptar como hipótesis fundamental la complejidad de los fenómenos, es tener la humildad de reconocer que los resultados no serán definitivos ni concluyentes de una forma universal.

A la vez no podemos limitarlos a que el estudio de la complejidad sea un simple cúmulo de opiniones no contrastadas por la experiencia. Creemos que es mejor desde el punto de vista epistemológico aceptar la dificultad antes que dar por evidentes resultados solo por el hecho de estar basados en la verdad estadística. Partimos de la base de que la verdad estadística siempre tiene sesgo y por lo tanto ya no puede ser una verdad absoluta.

Si entendemos que los factores bio, psico, sociales están presentes en la construcción de la persona y entendemos que éstos se combinan y se transforman, nos queda ver en cuales podemos incidir desde nuestro campo de acción y reconocer la contribución posible de otros campos de acción necesarios. Lo que llamamos, la interdisciplinariedad. Comprender los fenómenos y proponer medios para el tratamiento de éstos precisa de una visión lo más holística posible, reconociendo como una posible verdad que en realidad los factores suelen ser interdependientes, aunque consideramos que es necesario aceptar la limitación que tienen

nuestras disciplinas para abordar la totalidad y la globalidad; es decir a veces solo se puede tratar lo más emergente y decidir lo más adecuado en función de la capacidad de incidencia que se tenga en esos momentos. Disminuyendo el ideal terapéutico aquilatamos mejor nuestros instrumentos a la realidad de lo que queremos tratar.

Hemos decidido que nuestro campo de trabajo sea la psicología que basa sus explicaciones en la relación humana desde el inicio de la vida, incluyendo la vida intrauterina. Ponemos el énfasis en las necesidades afectivas del ser humano, por afectivas entendemos la necesidades emocionales básicas que se irán describiendo a lo largo del trabajo. La hipótesis fundamental es que solo un humano puede cuidar a otro humano. Los cuidados iniciados desde el mismo momento de nacer, actúan como disparadores del potencial biológico. Lo constitucional se despliega en la interrelación con el sujeto/s cuidadores.

No pretendemos utilizar la experiencia relacional como causalidad directa de psicopatología sino como un fenómeno imprescindible para la comprensión de la persona en su salud mental y en sus características psicopatológicas.

### **3.2. Cuestionamiento de los Reduccionismos**

Tratamos de ser coherentes con el rechazo al reduccionismo causal que criticamos en otras formas de pensamiento. Ni todo es biológico, ni todo es social o cultural ni todo es mental, ni todo es relacional. Nada es todo.

Consideramos que el problema fundamental de los reduccionismos reside en utilizar la unidireccionalidad de los factores y la sobredimensión de uno de ellos sobre el resto.

Proponemos algo más lógico que es entender los fenómenos causales en su dimensión bidireccional, incluso multidireccional, como una forma de reducir su parcialidad. Para Bordieus, “Nada hay más dogmático paradójicamente que una doxa, conjunto de creencias

fundamentales que ni siquiera necesitan afirmarse en forma de dogma explícito y consciente de sí mismo.” (Baranger, 2006, p. 183)

Se siente por “doxa” un conjunto heterogéneo pero articulado de supuestos aceptados sin discusión. Una creencia o una opinión convertida en verdad.

Para Bourdieu, las verdades científicas se caracterizan por estar asentadas en «el veredicto de la experiencia, es decir, de lo “real”. Pero esta “realidad objetiva”, lejos de ser considerada como preexistente al sujeto, es —en un sentido epistemológico, no ontológico— solamente aquello a lo que «todo el mundo se refiere de manera explícita o tácita, nunca es más, en definitiva, que aquello que los investigadores en un momento dado acuerdan considerar como tal, y no se manifiesta en el campo más que a través de las representaciones que de ella producen quienes invocan su arbitraje. (Baranger, 2006, p. 171).

Los criterios de realidad a los que remite la ciencia son también una construcción producto del acuerdo de los mismos científicos: «Lo que funda la especificidad del campo científico es que los competidores se ponen de acuerdo sobre los principios de verificación de la conformidad a lo "real", sobre métodos comunes de validación de las tesis y de las hipótesis, en suma sobre el contrato tácito, inseparablemente político y cognitivo, que funda y rige al trabajo de objetivación. (Baranger, 2006, p. 183)

Podemos reducir la enfermedad a sus componentes biológicos eliminando toda posibilidad de analizar las causas psicológicas, biográficas, relacionales, sociales, culturales. De esta forma la única terapéutica posible solo puede ser de carácter farmacológico u orgánico.

Esta visión fragmentaria solo podrá ponerse en cuestión mediante la deconstrucción



sistemática del dispositivo productor los saberes que la originan.

El estudio psicológico y psicopatológico de una persona, es posible a partir del análisis de los componentes bio-psico-socio-cultural. Es necesario conocer las generalidades que tienen los tres componentes en el colectivo humano, pero abogamos por el estudio científico de lo individual, tal como señalaba Tizón (1978). Es decir proponemos investigar con los métodos clínicos (entrevista y anamnesis principalmente, incluidos los aspectos biográficos) la idiosincrasia de cada paciente en particular. En cada caso podemos hipotetizar la causalidad de sus síntomas o de la problemática que presente. La verdadera investigación recae en el hecho de poder deducir el peso que cada uno de los componentes ocupa en la persona de estudio. En función de ello, podremos indicar el tratamiento más adecuado.

### **3.3. El peligro del reduccionismo biologista**

Llegado este punto de reflexión, nos vemos en condiciones de hacer otra afirmación derivada del estudio y de la observación clínica: Existe un peligro muy alto de reducir la salud mental a la salud biológica. Dicho de otra forma: Sostenemos que es un error con consecuencias graves, contemplar la salud mental solamente como una expresión de un organismo fallido. No existen evidencias definitivas que la salud mental se deba a trastornos del área biológica específicamente. Afirmar que si es así pertenece a la ideología y a intereses económicos y de poder. (Kandel, Schwartz & Jesell, 2000, Bentall, 2009)

Entendemos sin embargo que la biología y el organismo estén implicados en la etiología de los trastornos mentales, pero otorgarles un valor absoluto que niegue los otros factores es una omnipotencia mezquina.

Reducir la psicopatología y el sufrimiento psíquico a causas orgánicas, puede comportar privar a la persona de la ayuda psicológica y psicosocial, es un gran error que puede tener consecuencias negativas.

### **3.4. El reduccionismo del psicologismo**

Considerar que cualquier expresión psicopatológica tiene una explicación psicológica, emocional y relacional es también una forma de reduccionismo, confundiendo los factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento, de riesgo y de protección con la causalidad. Es muy atrevido atribuir a ciertas patologías mentales como el autismo o las psicosis, una causalidad únicamente psicológica, incluyendo aprendizaje, biografía y experiencias relacionales. Sin embargo comprender el funcionamiento psicológico y los vínculos afectivos, ubicarlo en un mundo experiencial y biográfico, puede ayudar al paciente. Puede orientar el trabajo terapéutico. De la misma manera que un logopeda puede tratar un trastorno del lenguaje producido por un mal aprendizaje o por una lesión cerebral. Las causas pueden ser en este caso conocidas y distintas entre sí y la terapéutica puede ser parecida. Rompemos así con uno de los tópicos más importantes en el trabajo sobre la salud mental y la psicopatología. Las causas pueden ser anatómicas, orgánicas o al menos tener éstos componentes una gran implicación, pero eso no puede condenarnos a la aplicación de una terapéutica únicamente orgánica. Es un error confundir la etiología con la terapéutica, sobretodo porque en salud mental no hay ninguna demostración concluyente de ninguna causalidad orgánica precisa.

### **3.5. De ambos errores, surgen consecuencias:**

No permitir que una persona diagnosticada de psicosis pueda hacer una psicoterapia, debido a que se considera que la causa de la psicopatología es orgánica y que por ello no susceptible de terapia psicológica, es privarla de una ayuda que puede ser de gran importancia para su salud mental. Es otra forma de confundir persona con sintomatología.

Otro error sería creer que la psicosis puede ser entendida solamente desde la vertiente psicológica, emocional, relacional y social y por lo tanto tiene que ver con un diagnóstico construido y subjetivo. Privar entonces al paciente de una terapia dirigida a lo orgánico, como

por ejemplo la psicofarmacológica, es claramente un error.

Entendemos igualmente que es posible ayudar a una persona afectada de una enfermedad orgánica grave, por ejemplo un cáncer, hasta su muerte. Si logramos que esté mejor consigo misma, podemos ayudarla a que muera mejor, nada más y nada menos. Asistimos a la persona, a su psicología, a su forma de sentir y de vivir su vida sin que por eso creamos que estamos resolviendo temas tan complejos como la enfermedad orgánica.

### **3.6. El reduccionismo sociologista.**

Es muy cierto que la sociedad y la cultura es capaz de construir identidades colectivas e individuales, por lo tanto la relatividad de lo que es sano o insano es un hecho constatado por muchos autores a lo largo de la historia de la psiquiatría y la psicología. En este tiempo que vivimos estamos evidenciando cada vez más que existe un alto número de personas con cargos políticos importantes y un poder decisonal sobre los ciudadanos, que presentan un funcionamiento sociopático, psicopático o antisocial. La corrupción puede estar estimulada por un determinado sistema social, el capitalismo sin control, puede fomentar las diferentes formas del funcionamiento narcisista patológico, desde mafias organizadas a estafas llevadas a cabo por los propios servidores del estado. (Tizón, 2014).

Una sociedad con ideas tendientes a la superficialidad, a satisfacer deseos pero no necesidades básicas, por ejemplo las emocionales, puede contribuir a un funcionamiento insalubre de los ciudadanos que la componen.

El reduccionismo sociológico tiene que ver con el hecho de atribuir una determinada psicopatología a la presión social o a la cultura, dejando de lado componentes de carácter relacional, biográfico, familiar y los elementos biológicos concomitantes. La presión de los medios de comunicación, los acontecimientos políticos, la crisis económica, el contexto social, son factores de riesgo para la salud mental de los ciudadanos, actúan como factores

precipitantes. Sin embargo no podemos atribuir de una forma directa la psicopatología a un motivo únicamente social. Una persona puede ser defensora de los derechos humanos aunque haya vivido, o precisamente por eso, en un entorno social despótico, también puede ser convertirse en un ideólogo fundamentalista. Entendemos que es debido a demás factores que se interrelacionan con estos, tal como hemos ido apuntando.

### **3.7. El problema de los estudios empíricos y la importancia del método científico**

Los estudios empíricos han cogido tanta fuerza, que las facultades dedicadas a la salud mental, como la facultad de psicología y la facultad de medicina en su área de psiquiatría, solo aceptan como válido aquello que se desprende de un estudio numérico. Se desestima cualquier tipo de reflexión y discusión clínica que provenga de un estudio cualitativo y experiencial. El argumento es que lo empírico si es científico y lo demás es especulativo. Creemos que hay pruebas suficientes para afirmar que tanto un método como el otro siempre resultará parcial y que las conclusiones son igual de imperfectas en un lado y en el otro, porque en realidad siempre existe el sesgo que pone el propio investigador, su ideología y su punto de partida.

El profesor Berrios ha llamado la atención en la gravedad de usar la “medicina basada en la evidencia” (MBE) como una forma de poder al servicio de intereses economicistas al margen de fomentar realmente la salud de los ciudadanos.

Berrios(2010) desglosa el concepto de evidencia de la siguiente forma:

En Inglés ‘evidencia’ posee dos significados centrales. El uso ‘ontológico’ (el más antiguo) remite a ‘Energieia’, uno de los términos griegos utilizados para referirse a ‘Verdad’ y ‘objetividad’. “El segundo significado en Inglés es epistemológico y se relaciona con las ‘razones para creer’ en algo. Es decir, lo que realmente constituye ‘tener bases para decir esto y esto...’, nunca ha sido parte de la ‘definición’ de evidencia. La razón es obvia: a

través de la historia las causas han sido negociadas y han dependido de la moda epistemológica de la época. Berrios(2010).

<http://www.asmi.es/arc/doc/medicinaEvidencia.pdf>

En lo que Berrios pone el énfasis es en que se la ciencia matemática se eleva a la categoría de máxima ciencia en detrimento de la experiencia del profesional en relación con sus pacientes. La discusión está centrada en el debate entre la objetividad y la subjetividad, creyendo por parte de los partidarios de la “evidencia” que la objetividad absoluta es posible.

Cuestionamos el reduccionismo porque están basados en el dogma y aspiran a dar una explicación unívoca de la realidad. En general debido a ello, tienden a servir al poder y a utilizarlo para conseguir fines inapropiados. El reduccionismo es la expresión directa de la ignorancia, aunque ésta puede ser utilizada según intereses partidistas.

Hemos llegado a la conclusión de que coexisten muchas maneras de entender lo que llamamos la realidad y por tanto no existe ninguna verdad total. La utilidad de exponer argumentos sólidos en direcciones distintas es la de disminuir el poder del más fuerte, lo cual no resulta fácil. Los argumentos contrarios al poder establecido pueden corregir su abuso.

Por todo lo expuesto podemos pensar que la medicina basada en la evidencia especialmente apoyada en los estudios empíricos y estadísticos, merece una profunda reflexión epistemológica.

Cualquier conclusión obtenida por cualquiera de estos estudios debería someterse a la discusión y reflexión de los profesionales con experiencia asistencial. De manera que podamos contrastar la evidencia científica con la evidencia de la experiencia consensuada.

El método científico no es solamente numérico, debe englobar diferentes metodologías. El objetivo fundamental es evitar la especulación y dar como válidas hipótesis no probadas. Es

natural que el método científico trate de disminuir la subjetividad en la explicación de los fenómenos. Se basa en los preceptos de falsabilidad y reproducibilidad, cualquier hipótesis posible debe poder ser falsada y cualquier tipo de experimentación debe poder realizarse en circunstancias distintas. Su inicio se sitúa al siglo XVII con Galileo Galilei y desde entonces ha permitido a la humanidad realizar avances significativos en muchos campos científicos. El método científico bien aplicado no toma en consideración las verdades como absolutas, sino que debe desarrollarse a través de la observación y debe estar sometido a reflexión, incluso a consenso. El método científico puede utilizarse de una manera impropia y al servicio del poder, por lo que conviene preservarlo de la ideología, aunque esto puede llegar a ser una labor imposible.

Debemos recordar que existen diversos métodos científicos además de la experimentación y lo estadístico, el dialéctico, el histórico, el fenomenológico y el hermenéutico, al cual podemos añadir el método clínico, la experiencia del trabajo terapéutico con diferentes tipos de estructuras mentales. Todo investigador debe tener en cuenta que las conclusiones y aseveraciones que defienda deben estar contratadas y, en cierto modo, consensuadas. También debemos ser conscientes que las ciencias dedicadas a la salud mental son muy difíciles de acotar y de consensuar, es algo inherente a la propia temática de la que se ocupan.

### **3.8. El concepto de salud en revisión.**

El concepto de salud replanteado por la OMS en 1946, ampliado a algo más que la ausencia de enfermedad, incluyendo el bienestar mental y social, representó un gran avance que permitió abordar a las personas de una forma más global, teniendo en cuenta muchos más factores intervinientes. De esta forma la OMS cumplía de una manera más eficaz con el precepto hipocrático “No hay enfermedades sino enfermos que las sufren”. Este forma de entender la salud fue retomada en nuestro ámbito en el año 1976, en el Congreso de Metges i

Biòlegs de Llengua Catalana”, celebrado en Perpignan (Francia). También ha sido recogido en la misma línea por The Hastings Center de Nova York (1996), poniendo el acento en la dimensión en el bienestar y la integración del cuerpo y de la mente.

La evolución del concepto de salud, o de individuo sano, permitió la entrada de otros agentes de salud que no fueran estrictamente derivados de la medicina organicista y este fenómeno fue decisivo para reconocer a otros muchos agentes de salud: maestros de escuela, trabajadores sociales, educadores sociales, psicólogos, psicoterapeutas, psiquiatras y médicos en general. La lista puede ampliarse, hasta llegar a la importante labor que realizan los sistemas profanos de salud.

La salud se nutre de todos estos aspectos y depende de muchos agentes sociales que están implicados en su cuidado. Sin embargo es imprescindible hacer algunas afirmaciones

1. La salud está representada por diferentes factores, en resumen: Bio-psico-socioculturales.
2. Estos factores se influyen entre sí, se condicionan y se modifican, por lo que son, de alguna manera, inseparables. Son interdependientes.
3. A la vez que cada área representa un sistema propio de contenidos: Lo bio (lo médico, lo orgánico), lo psico (mental, emocional, relacional) y lo sociocultural (condiciones externas, presiones, valores colectivos) tienen entidad propia.
4. Proponemos aceptar esta contradicción: Los factores intervinientes en la construcción de la salud son interdependientes pero a la vez con identidad propia. Por lo que podemos deducir lo siguiente:

Una persona que padece un cáncer de cierta gravedad puede verse afectada psicológicamente, lo que no quiere decir que cambie su salud mental por ello. Una persona puede estar mal psicológica y psicopatológicamente y afectarse en su organismo, pero no

necesariamente generarle una enfermedad definida. Tener condiciones infrahumanas de vida, puede hacer un daño importante a la psicología y a la salud biológica de una persona. Son factores de riesgo importantísimos. Pero, de acuerdo con Armengol (2006), tener una buena salud mental no preserva de tener una enfermedad orgánica.

Debemos entonces diferenciar factores de riesgo de factores causales. Como profesionales de la salud y como ciudadanos, debemos luchar por que las condiciones en las que vivimos sean las mejores posibles. En general, creemos que se debe asentar la idea de reducir el daño lo máximo posible. De nuevo de acuerdo con Armengol (2014) que sostiene que el mejor bien que se puede realizar con los humanos, es procurar no hacer mal, disminuir el daño, ya que este autor considera que es más fácil ponerse de acuerdo en que es aquello que causa el mal, que aquello que causa el bien, debido a que esto último es más difícil de objetivar.

Tal como señala Armengol (2006). Una persona puede ser sana en función de sus características y estados mentales, relacionales y emocionales, es decir sin una psicopatología específica que interfiera en su vida personal y en sus relaciones con los demás; a la vez que puede sufrir una enfermedad orgánica, médica, definida.

Se puede tener un malestar personal debido a condiciones psicosociales precarias, económicas, de vivienda, por presiones sociales del entorno, incluido el peso de la cultura en la que vive el sujeto y a la vez tener una buena salud mental y física.

### **3.9. Contribución de la sociedad al fomento de la psicopatología**

Si Platón o Aristóteles creían que había individuos dotados de intelecto y que éstos debían ser los que marcaran las pautas a seguir por los ciudadanos corrientes, corrían el riesgo de equivocarse, dado que podían tener una concepción errónea de lo que era ser inteligentes. Sócrates sin embargo, podía entender que cualquier persona podía estar acertada o equivocada, para ello el método más importante de trabajo era la reflexión a muchas bandas y el punto de



partida de Sócrates era no dar nada por sentado y reconocer la ignorancia básica en la que estaba sumergido todo ser humano. El método basado en reconocer la ignorancia parece ser menos dañino y probablemente más acertado y lúcido y con menos posibilidades de error.

Tenemos un cerebro diseñado para dar explicar de los fenómenos y para resolver los problemas y en realidad son muy pocos los fenómenos que podemos explicar de una forma definitiva y muy pocos también, los problemas que podemos resolver. A pesar de todo, hemos ido avanzando como especie en algunas cuestiones.

La humanidad ha mejorado en los derechos humanos, en la tecnología y en la detección y curación de enfermedades. Sin embargo ha generado unos efectos secundarios a veces negativos para si misma.

### **3.9.1. El positivismo, la apología del éxito, del máximo rendimiento y el rechazo de los vínculos.**

Un exceso de positivismo puede convertirse en un elemento altamente nocivo para la salud mental de la sociedad y de sus individuos. Creer que el ser humano puede controlar y disponer de su vida en un sentido absoluto es el paradigma del narcisismo.

En un trabajo anterior expusimos que el narcisismo (Sáinz, 2007) proviene de la carencia y del no reconocimiento de los límites, la soberbia y la arrogancia que de ello se derivan impiden el reconocimiento de la alteridad y disminuye las capacidades empáticas con las necesidades propias y de los otros. El narcisismo, aun cuando disfruta de éxitos laborales, económicos y sociales, impide el crecimiento personal real y la autoestima.

Nuestra sociedad actual de perfil bajo y líquida (Bauman, 2007) es un buen pedestal para el surgimiento y sostenimiento del funcionamiento narcisista, individual y colectivo.

El problema fundamental del triunfo del narcisismo es la eliminación de los vínculos afectivos y de las necesidades de dependencia que permiten el reconocimiento de las

limitaciones como sujetos y como colectivos sociales.

Si fallan los vínculos afectivos seguros, el sujeto se encuentra en un estado de carencialidad que va a tener una repercusión en su sufrimiento mental y, por consiguiente, va a tener consecuencias psicopatológicas. Para Han (2010), “la depresión es la expresión patológica del fracaso del hombre postmoderno de devenir él mismo. Pero también la carencia de vínculos, propia de la progresiva fragmentación y atomización social, conduce a la depresión” (p.28)

La sociedad líquida descrita por Bauman representa una sociedad de vínculos afectivos frágiles e inseguros y nos lleva inexorablemente a la idea tan bien descrita de que “nada es posible en una sociedad que cree que nada es imposible” (Han, 2010, p. 28).

Podemos determinar que la sociedad de perfil bajo se caracteriza por:

- Vínculos afectivos inconsistentes, inseguros.
- Dominada por pensamiento operatorio o concreto. Dificultad para la mentalización.
- Predominancia del éxito y del triunfo de logros y ambiciones que persiguen el poder.
- No tolera la frustración, ni los sentimientos depresivos.
- Fomenta el funcionamiento filobático (Balint, 1968).
- Es generadora de carencias afectivas
- Favorece la aparición de psicopatología relacionada con los trastornos de personalidad.

Está demostrado desde Bowlby (1952) que la inconsistencia de los vínculos afectivos en la infancia, tiene una repercusión directa en las experiencias vinculares de la edad adulta (Main,) y es generador de patología mental.

El pensamiento concreto se mueve en parámetros mecanicistas y lineales, no incorpora la complejidad que une los acontecimientos, con las emociones, los sentimientos y las

representaciones mentales. El pensamiento simbólico y abstracto queda fuera de la capacidad para pensar que inexorablemente implica sentir. Sentir para pensar y comprender. Las facultades cognitivas separadas de la experiencia emocional, se convierten en pensamiento concreto y operatorio. Por otro lado las experiencias emocionales siempre son interpersonales, relacionales e intersubjetivas.

Respecto a la sociedad del éxito y la incapacidad de tolerar frustración y sentimientos, especialmente los depresivos, nos encontramos con lo que aporta Han, B-Ch, (2010). “La depresión en la enfermedad de una sociedad que sufre bajo exceso de positividad. Refleja aquella humanidad que dirige la guerra contra sí misma” ( Han , 2010 p.31).

La sociedad que tenemos bajo cuestionamiento tiene tendencia a la hiperactividad. No tolera la incertidumbre, no reconoce los errores, ni los fracasos; promueve un tipo de superhombre, hecho a sí mismo, cuyos límites los pone el mismo y, por supuesto no tolera la finitud. Suele creer en el maximalismo, en los macro cambios y en el poder supremo.

Damos por sentado que lo perfecto, simplemente no existe. Existe la capacidad de mejorar, pero no hay nada ni nadie que sean lo mejor, como absoluto. Como dice un conocido dicho “Lo mejor es enemigo de lo bueno”. Aparentemente es una frase menor, pero que encierra un profundo conocimiento: Si existiera lo bueno como verdad universal, lo cual también es imposible, debería alejarse del ideal de perseguir lo mejor. La trampa extraída de un tipo dominante de psicología de empresa lo representa la frase “Cuando lo mejor es posible, la bueno es insuficiente”, conduciéndonos de nuevo a la trampa de aceptar como válido que lo mejor es posible.

Tal como conocemos al ser humano y a sus capacidades, el concepto de “lo mejor” es epistemológicamente insostenible, ya que siempre está teñido de subjetividad.

Perseguir el éxito y las operaciones que buscan el triunfo, es propio de una sociedad de

perfil bajo, resolutiva, poco reflexiva y proclive a la velocidad. Hay muchas escuelas actuales que sostienen el lema “educamos para el éxito” o educar es para ellas “el camino de la excelencia”. Son lemas que se cotizan muy bien en nuestra sociedad. Vende bien el producto que quiere colocar entre la población. Viene a decir a las familias que si traen a sus hijos a que se les eduque en estas escuelas, seguirán el camino del éxito y de la excelencia. Es decir, el hijo no será un fracasado, será un triunfador. Es fácil entender que ese exceso de triunfalismo puede llegar a ser la auténtica causa del fracaso y de la desesperación.

La sociedad organizada de esta forma va a eliminar los sentimientos considerados negativos, como son la debilidad, la frustración y todo lo que tiene que ver con la tristeza. Tratará de eliminar los sentimientos de dependencia que son la base de la vinculación afectiva. Tiene tendencia a confundir la dependencia y tristeza con adicción y depresión mayor. Como ya estudiamos en un trabajo anterior (Sáinz, 2007, 2014), nuestra sociedad es tan antidepresiva y ansiolítica que por esa razón, en parte, sus miembros y ella misma padecen de forma significativa de trastornos del estado de ánimo y de la ansiedad. En España, el riesgo de que la población general desarrolle, al menos, un episodio de depresión grave a lo largo de la vida es casi el doble en mujeres (16,5%) que en hombres (8,9%), mientras que el porcentaje de personas que padece anualmente la enfermedad es del 4%. Según datos recogidos en la “Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud”, España es el país europeo con las tasas más altas de síntomas depresivos en población de edad avanzada. Se estima que un total de 1.868.173 personas sufrió esta enfermedad en 2013. (Gabilondo, 2010)

Es necesario pensar con calma y reflexionar en lugar de ir acumulando datos y demostraciones continuas de científicidad y de evidencias. Es conveniente que la investigación científica avance y no se detenga, que estudie la forma de mejorar nuestras vidas individuales y colectivas, pero, más que nunca, conviene reflexionar, tomarse tiempo; ya no sirve la excusa de

que todo va tan deprisa que tenemos que estar a la altura de los cambios.

Debemos hacer caso a Honoré (2005) cuando nos introduce la importante idea del “elogio de la lentitud”: “Creo que vivir deprisa no es vivir, es sobrevivir. Nuestra cultura nos inculca el miedo a perder el tiempo, pero la paradoja es que la aceleración nos hace desperdiciar la vida.” (Honore, 2005, p. )

“Nos prometieron que la tecnología trabajaría por nosotros y que seríamos más felices, pero hay estadísticas que demuestran que trabajamos 200 horas más al año que en 1970 y la insatisfacción vital y la velocidad definen nuestro tiempo.(Honore, 2005)

“La velocidad es una manera de no enfrentarse a lo que le pasa a tu cuerpo y a tu mente, de evitar las preguntas importantes...Viajamos constantemente por el carril rápido, cargados de emociones, de adrenalina, de estímulos, y eso hace que no tengamos nunca el tiempo y la tranquilidad que necesitamos para reflexionar y preguntarnos qué es lo realmente importante.” (Honore) (la contra de la vanguardia, 6 del 2 de 2005)

En este mismo sentido, Han (B-Ch, 2010) afirma que: “la cultura requiere un entorno en el que sea posible una atención profunda. Esta es reemplazada progresivamente por una forma de atención por completo distinta, la hiperatención”, (Han,2010, p. 35)

Han (2010), Como alternativa propone, en la misma línea que Honoré, lo que llama “el don de la escucha” en la que el ego hiperactivo ya no tiene acceso.

La falta de sosiego propia de nuestra civilización, desemboca en una nueva barbarie y apoyándose en Nietzsche propone que “entre las correcciones necesarias que deben hacerse al carácter de la humanidad está el fortalecimiento en amplia medida del elemento contemplativo (Han, 2010, p. 39).

Añade que “Aprender a mirar significa acostumbrar el ojo a mirar con calma y con paciencia, a dejar que las cosas se acerquen al ojo, es decir educar el ojo para una profunda y contemplativa atención, para una mirada larga y pausada”. (Han, p. 53)

Es necesario tolerar la frustración y los sentimientos depresivos, también tolerar la incertidumbre y no pretender darnos explicaciones de todo y para todo.

Como ya hemos expuesto anteriormente, nuestro cerebro está entrenado desde el origen de la humanidad para resolver problemas y para ello debe procesar la información que recibe y hacerla comprensible. Darnos explicaciones es la forma que tenemos de entender los fenómenos. Pero este hecho nos puede llevar a la idea omnipotente de que todo puede ser explicado y comprendido y pensamos que esta premisa no puede ser cierta en términos absolutos.

Renunciar a la comprensión omnipotente de los fenómenos humanos, es un duelo, una carencia, que debemos admitir y aceptar como tal, tiene el valor de frustración, nos produce

tristeza y desasosiego y, lo más importante, hace que nos sintamos limitados, porque somos limitados en realidad, muy limitados.

Mientras redactamos este escrito se ha producido en Barcelona un triste y espeluznante evento; un niño de 13 años se ha presentado en el instituto donde estudia, armado con una ballesta y alguna arma blanca. Ha entrado 15 minutos tarde de la hora estipulada, una profesora le ha amonestado por ello y él le ha disparado con la ballesta, dejándola herida; posteriormente ha matado a uno de los profesores y herido a otro niño. Reducido por otro profesor, el niño se echa a llorar, mientras es abrazado y contenido por el adulto, el agresor-asesino se desmonta, como el niño que es.

En menos de media hora de la noticia, empiezan las especulaciones, que si el padre es skin, o educador, o psicólogo; que tenían armas en su casa... Al cabo de muy poco tiempo ya se está hablando del daño que pueden hacer los videojuegos, de lo que está pasando en la sociedad, de la indefensión de los maestros... Se suceden temas lógicos a los que resulta natural buscar y encontrar explicaciones, pero queremos destacar la rapidez con la que suceden los hechos, la ansiedad que despierta una tragedia tan grande, pone en cuestión la capacidad de comprender y resulta demasiado fácil establecer hipótesis simplistas y reduccionistas.

Un hecho así consterna a cualquier persona corriente, nos cuestiona a todos los niveles, zarandea a la sociedad y a sus agentes, pone sobre la palestra el sistema educativo, a los servicios de salud mental y las relaciones familiares. Necesitamos explicarnos el mal. Aceptar el desconocimiento es como aceptar la derrota. Todo lo dicho son motivos suficientes para debatir, pensar y reflexionar, la única forma de evitar en parte el reduccionismo y las conclusiones simplistas, es reflexionar y pensar tranquilos.

El preadolescente de este terrible sujeto es un muchacho que requerirá tratamiento especializado de salud mental, se verá si se trata de un trastorno del espectro esquizofrénico

(psicótico), si hay un perfil de personalidad patológica ya constituido como tal, o que, por la edad, está en vías de cristalización.

Queremos dejar claro que se comprende la necesidad de entender y de explicarnos los fenómenos, pero que debemos luchar contra la tendencia cuajada durante miles de años, grabada en las entrañas de nuestro cerebro, de determinar causas al precio que sea, sobretodo cuando la simplificación de la causalidad está al servicio de negar la complejidad y la interdependencia de sus factores.

La violencia de los videojuegos, la crueldad y la destrucción gratuita que se da en muchas películas del cine contemporáneo, pueden ser factores detonantes, pero nunca determinantes por si solos.

Es muy grave hacer la afirmación de que un chico que mata a un profesor o alguien que comete un asesinato masivo tenga que ver con ser un usuario de videojuegos o un consumidor de violencia cinematográfica, en todo caso estos factores pueden ser consecuenciales de otros que han llevado hasta ese lugar. Es enormemente reduccionista decir que para erradicar el problema se deben anular las películas violentas o cualquier manifestación pública de crueldad, para ello se tendría que prohibir en primer lugar, el telediario y la prensa que se hace eco de las tragedias humanas. Es inadecuado hacer apología de la violencia, pero inevitable su difusión, ya que forma parte de lo humano. Cualquier guerra interna de un país o entre países enemigos, cualquier conflicto en el que intervienen armas, fomenta y difunde la destructividad.

Proponemos que cuando acontece un suceso como el chico que asesina a un maestro, los profesionales dedicados al tema y los medios de comunicación seamos responsables al dar la información, una forma de ejercer la ética es no siendo reduccionistas ni simplistas, ni en las causas ni en las posibles soluciones. Es necesario reconocer la limitación para comprender fenómenos complejos y la limitación en cuanto a su abordaje.



#### **4. WINNICOTT. BASES DEL PENSAMIENTO RELACIONAL:**

##### **4.1. Concepto de individuo sano en Winnicott.**

Winnicott leyó el origen de las especies de Darwin cuando era adolescente. (Lacruz, 2011). La hipótesis central de Darwin: Los cambios que se producen en las especies tienen el objetivo de adaptarse al medio. La adaptación es el motivo más importante de la subsistencia. Podríamos afirmar que no sobrevive el más fuerte sino el que se adapta mejor.

Consideramos que la noción de cambio prima más como adaptación que como progreso evolutivo (Lacruz, 2011). La hipótesis fundamental del desarrollo y maduración del ser humano en Winnicott parte de esta misma hipótesis: La adaptación al medio es el elemento fundamental, para este autor el medio está personalizado por los sujetos que lo componen y que entran en interrelación con el niño en crecimiento. Esta misma hipótesis es central en el Psicoanálisis Relacional actual y en los contemporáneos de Winnicott como Fairbairn y Bowlby, entre otros. El término adaptación, según Achotegui (2012) viene de “ser apto”, en inglés “fitness”, que significa aptitud para una determinada función.

Se impone entonces una reflexión: Según entendamos que es una crianza saludable, propondremos unas actividades u otras; los niños criados según dichas pautas tratarán de adaptarse para sobrevivir. Si las pautas son perniciosas los niños pueden adaptarse de forma psicopatológica, pero que resulte adecuada para ellos dadas las circunstancias. Es decir que un determinado síntoma aparentemente malo para el sujeto, puede ser oportuno para sobrevivir en determinadas circunstancias.

Nos preguntamos entonces: ¿Qué es más sano un niño que se adapta a su realidad sacrificando todo su potencial personal y sucumbiendo a lo más espontáneo y creativo; o en un mundo inadecuado el niño más sano es el que hará síntomas para no adaptarse a él?.

A menudo encontramos en la clínica, niños con síntomas aparatosos que son la expresión

de un mal funcionamiento del grupo familia. Tapar esos síntomas, silenciarlos sin antes comprenderlos, puede ser una praxis altamente iatrogénica.

Winnicott sostiene que para que el fundamento de la salud mental del niño sea óptimo es necesario que su tendencia adaptativa se vea compensada por un entorno que haga todo lo posible por invertir el proceso, es decir que sean los adultos que representan el entorno los que se adapten al niño para facilitar su espontaneidad y se ponga en marcha un crecimiento saludable. El concepto de *madre o entorno suficientemente buenos* lo son en la medida que son capaces de adaptarse lo suficiente a las necesidades del pequeño.

Para entender la posición de un autor sobre la salud mental y la psicopatología y para desarrollar estrategias terapéuticas, es necesario partir de la idea fundamental de que se entiende por *individuo sano*.

Winnicott nos enseña que el individuo sano no es independiente de forma absoluta. Nada que pertenezca al terreno de lo absoluto se le puede considerar sano. La independencia siempre será relativa; de una u otra manera siempre mantenemos una cierta dependencia con las personas con las que existe un vínculo afectivo. No se trata de resolverla sino de sentirla y comprenderla.

El individuo que se siente invulnerable e independiente, probablemente es un individuo con muy poca salud mental.

La salud mental se puede entender:

“Desde el punto de vista del desarrollo puede decirse que salud significa una madurez acorde con la que corresponde a la edad del individuo” (Winnicott, 1967b, p. 28).

“Un ambiente suficientemente bueno es, podría decirse, el que favorece las diversas tendencias individuales heredadas de modo tal que el desarrollo se produce conforme a esas tendencias”. (Winnicott, 1967b, p. 28)

Vemos que Winnicott resalta la idea de acomodarse a las características del propio niño y no al revés. Permitir su gesto espontáneo y salir al encuentro ya facilitarle la vida son ingredientes esenciales de una crianza saludable.

Resulta útil postular que el ambiente suficientemente bueno comienza con un alto grado de adaptación a las necesidades individuales del bebé. Por lo general, la madre puede proveer esa adaptación a causa de que se encuentra en un estado especial, que yo he denominado de preocupación maternal primaria. (Winnicott, 1967b, p. 28).

Para Winnicott, el entorno representado por las figuras adultas cuidadoras, debe facilitar el desarrollo emocional del niño y proveerle de las condiciones necesarias para llevarlo a cabo.

Una de las maneras de entender la función de la figura materna es lo que Winnicott llama la *preocupación maternal primaria* (1945,1956).

Un estado especial de sensibilidad intensificada de la madre, que comienza antes del nacimiento y puede durar unas semanas después del parto. Aunque Winnicott lo relaciona con la biología del puerperio, el concepto de sensibilidad especial puede aplicarse al padre e incluso a los niños adoptados (Lacruz, 2011).

La adaptación disminuye en consonancia con la creciente necesidad del bebé de experimentar reacciones a la frustración. Una madre sana es capaz de diferir su función de fracasar en adaptarse hasta que el bebé ha adquirido la capacidad de reaccionar con rabia a sus fracasos en lugar de ser traumatizado por ellos (Winnicott, 1967b, p. 29).

La importancia de respetar los tiempos del bebé. De la necesidad extrema de satisfacer las necesidades inmediatamente, a la posibilidad de ir dilatando la respuesta del entorno, según el niño va adquiriendo su capacidad de espera y de ir tolerando la frustración que ello genera.

El trauma actúa cuando la respuesta del entorno es algo que el bebé no puede asimilar, ya sea porque es inapropiada o a destiempo, para el niño la vivencia es como un ataque a la continuidad del ser, esto produce un sufrimiento que aumenta las posibilidades de reacciones psicopatológicas.

Nos referimos al proceso que opera en ambas direcciones y se caracteriza porque el bebé vive en un mundo subjetivo y la madre se adapta para proporcionar a cada bebé una ración básica de la experiencia de omnipotencia. Lo cual implica, en esencia, una relación vital. (Winnicott, 1967b p. 29).

Respetar la omnipotencia y no desilusionar a bebé de una forma abrupta forma parte de la buena salud mental.

Respecto de la ansiedad en las relaciones interpersonales - podemos afirmar en este contexto - que salud no es comodidad. Los temores, los sentimientos conflictivos, las dudas y las frustraciones son tan característicos en la vida de una persona sana como los rasgos positivos. Lo importante es que esa persona siente que está viviendo su propia vida y asumiendo la responsabilidad de sus actos y omisiones y es capaz de atribuirse el mérito cuando triunfa y la culpa cuando fracasa. Una manera de expresarlo es decir que el individuo ha pasado de la dependencia a la independencia o a la autonomía. (Winnicott,

1967b, p. 34)

Para Winnicott es muy importante que la persona pueda sentir que vive su propia vida, la alegría, la tristeza, el dolor, la rabia y demás emociones y sentimientos son suyos, le pertenecen y es él que los siente en su propia persona.

Desearía referirme ahora a lo que sucede en las etapas tempranas del desarrollo de la personalidad. Aquí la palabra clave es integración, aplicable a casi todas las tareas evolutivas. La integración conduce al bebé al estado de unidad, al pronombre personal "yo", al número uno; esto hace posible el yo soy, que confiere sentido al yo hago. (Winnicott, 1967b, p. 35)

Más adelante desarrollaremos esta idea cuando el sujeto se siente integrado gracias a los cuidados del continuados del entorno, puede sentir que ya es y es entonces cuando puede llevar a cabo el hacer.

Los fenómenos psicóticos, la esquizofrenia, por lo general no son una regresión, ya que carece del elemento de confianza que es propio de ésta, sino un complejo plan de defensas destinado a impedir que se repita la desintegración.) La integración como proceso similar al que se da en el bebé reaparece en el análisis del paciente fronterizo.

“La defensa organizada contra la desintegración despoja al individuo de lo que constituye una precondición del impulso creativo, y en consecuencia le impide llevar una vida creativa” (Winnicott, 1967b, p.36.).

El camino de la salud es el que va de la No integración hacia la integración, pasando por la necesidad de sentir la continuidad existencial. Cuando hay cuidados infantiles regulares y

suficientemente adecuados, el niño puede vivir la no integración como algo natural, sin exceso de sufrimiento. Cuando la persona puede sentir peligros que pueden aniquilar su salud mental, la tendencia natural es la regresión (defensiva). Para Winnicott la desintegración es un conjunto de defensas para no caer en el derrumbe (break down), es decir el sujeto no quiere volver a un estado de no integración porque éste es vivido como algo que pone en peligro el núcleo principal de su propia persona. Cabe aclarar que el sujeto no es consciente de lo que significa volver a un estado de no integración, porque en el momento que fue vivido, no fue registrado conscientemente, sino que queda guardado en el inconsciente, hoy en día diremos en la memoria procedimental. Podemos decir que la persona ha tenido una serie de vivencias que forman parte de la experiencia emocional y relacional pero no han podido ser reconocidas conscientemente, por lo que el sujeto no puede hablar de ellas.

Winnicott considera útil dividir el universo de personas en dos clases.

Están aquellas que nunca fueron "abandonadas" cuando eran bebés y que, en este sentido, tienen buenas probabilidades de disfrutar de la vida y del vivir. También están aquellas que tuvieron una experiencia traumática del tipo que resulta del abandono ambiental y que deben cargar durante toda su vida con el recuerdo (o el material para el recuerdo) del estado en que se encontraban en los momentos del desastre. Probablemente se enfrentarán con tensiones y ansiedad, y quizá también con la enfermedad. (Winnicott, 1967b, p. 39)

Reconocemos que existen otras que no mantienen la tendencia hacia el desarrollo saludable y cuyas defensas están rígidamente organizadas; esa rigidez garantiza por sí sola que no progresarán. No podemos ampliar el significado de la palabra "salud" de modo que abarque también esa situación. Hay, sin embargo, un grupo intermedio. En una exposición más

completa de la psicomorfología de la salud incluiríamos a aquellos que han tenido experiencias de angustia impensable o arcaica y cuyas defensas los protegen más o menos exitosamente contra el recuerdo de esa angustia, pero que no obstante aprovechan cualquier oportunidad que se presente para enfermar y sufrir un colapso a fin de aproximarse a aquello que era impensablemente terrorífico. No es frecuente que el colapso produzca un efecto terapéutico, pero debemos reconocer que hay en él un elemento positivo. A veces lleva a una especie de cura, y entonces la palabra "salud" vuelve a ser pertinente. (Winnicott, 1967b, p. 39).

Winnicott sostiene que la depresión es el precio que pagamos por la integración. Representa la capacidad natural de sentir culpa con sentido de la responsabilidad. Al mismo tiempo permite alegrarse por los demás cuando les suceden eventos positivos. En este caso la orientación que tiene Winnicott sobre la capacidad de entristecerse, creemos que está influida por el concepto de posición depresiva de Klein (1935) “La depresión, por terrible que sea, debe respetarse como prueba de integración personal” (Winnicott, 1967b, p. 42).

Sin embargo su aportación tiene que ver con la búsqueda del sentimiento de la realidad, sentirse real es fundamental para tener una buena salud mental.

“Ser y sentirse real tienen que ver fundamentalmente con la salud, y sólo si podemos dar por sentado el ser estaremos en condiciones de ir más allá, en pos de las cosas más positivas” (Winnicott, 1967b, p. 43).

La solidaridad depende de que los miembros más sanos de una comunidad se hagan cargo de la patología de los miembros menos sanos, lo cual no siempre puede ser posible. Winnicott propone implicar a la sociedad en lo que respecta la salud mental de sus miembros.

Son los seres humanos los que tienen la posibilidad de destruir el mundo. Si lo hacen, tal vez muramos en la última explosión atómica sabiendo que todo fue a causa, no de la salud, sino del miedo; que fue parte del fracaso de la gente sana y de la sociedad sana en hacerse cargo de sus miembros enfermos. (Winnicott, 1967b, p. 46).

Una parte del pensamiento relacional reside en la idea de que el ser humano nace indefenso y debe adaptarse para sobrevivir. Este pensamiento es el eje de la teoría evolucionista y es lo que Kohut (1984) utiliza para diferenciar el psicoanálisis clásico del psicoanálisis moderno, para este autor el psicoanálisis clásico propone una concepción del ser humano cargada de sentimiento de culpabilidad.

“El hombre culpable” que debe enfrentar sus propias miserias y ver cómo está implicado en sus vivencias y como es responsable de su propia mente. Es cierto que para Freud, el pasado infantil y las vivencias en él acontecidas con sus progenitores o los adultos cuidadores, marcan la salud mental del sujeto. Sin embargo, Freud, y sobretodo Klein, suelen creer que el paciente siempre está implicado y de alguna manera es responsable de su sufrimiento, por lo que las interpretaciones al paciente tratan generalmente de mostrarle las proyecciones sobre la realidad externa y no al estudio dialéctico del sujeto en interacción con el entorno. El análisis debe hacer entender al paciente su participación y su responsabilidad sobre su propia manera de vivir la vida y su propia estructura mental.

Se parte de la idea de que el humano debe resolver los conflictos primigénicos, innatos, como el Edipo, la envidia primaria y, por su puesto la pulsionalidad destructiva original.

Kohut propone la concepción de un psicoanálisis en donde el humano pase a ser “el hombre trágico”, que debe adaptarse a la realidad que le ha tocado vivir, que incluye a las personas que le cuidan, el entorno social y cultural y sus potenciales biológicos heredados.



El ser humano lejos de ser omnipotente, es un ser indefenso que tarda un año en poder andar, que necesita de cuidados intensivos y continuados para estructurarse como sujeto y que no resuelve del todo con sus necesidades de dependencia y de relación con el otro.

Entendemos que una criatura ha sido cuidada de una forma estable y continuada, con una base vincular sólida cuando las personas que se han hecho cargo de ella han sido suficientemente empáticas y han sabido satisfacer las necesidades básicas que incluye el derecho del niño a separarse y volverse más autónomo.

Si la familia ha logrado una base afectiva sólida, aunque pueda haber problemas o incluso negligencias en otros ámbitos, el pronóstico sobre la salud mental de los hijos es más favorable. Muchos problemas conductuales en adolescentes tienen una evolución muy distinta según haya sido la experiencia vincular y afectiva.

La salud no es la fortaleza sino poder sentir la debilidad sin debilitarse, sentir que se es dependiente predispone el camino a ser más independiente; la autoestima es la aceptación de uno mismo a pesar de los defectos reconocidos.

#### **4.2. Winnicott y la crítica a la teoría pulsional independiente de la experiencia. Los orígenes de la agresión. De las relaciones objetales a las relaciones entre sujetos (la intersubjetividad).**

El tema de la agresividad ligado a la pulsión de muerte ha sido una pieza fundamental del psicoanálisis. La idea de Freud es otorgar a la condición humana dos potenciales antitéticos que actúan por igual, la capacidad para amar y la capacidad para odiar, ampliando los horizontes, la tendencia hacia la vida y la tendencia hacia la muerte. Vida, muerte y destrucción forma parte de lo humano. No cabe duda de que esta hipótesis fundamental es cierta, pero es preciso hacer algunos matices, para ello vamos a seguir de nuevo el camino trazado por Winnicott, entre otros autores y la línea actual trazada por el Psicoanálisis Relacional. Freud nos hizo entender que la

idea de Rousseau sobre la bondad humana es insuficiente, es preciso tener en cuenta el postulado de Hobbes. Si para el primero, el ser humano es bueno, pero se corrompe en contacto con el otro, con lo social, para Hobbes queda claro que el sujeto humano es un lobo para sí mismo. Vamos a permitirnos usar estas ideas como punto de partida de nuestra reflexión. Se conoce que los lobos son animales que se mueven en grupos por lo que es muy probable que también sepan protegerse entre ellos. Para alimentar a sus crías y a sí mismos, atacan a otros animales para convertirlos en alimentos, como suelen hacer la mayoría de mamíferos, incluidos nosotros. El lobo en condiciones normales, es cuidador de los otros lobos.

Desde el punto de mira relacional y por lo tanto winnicottiano sólo existe una pulsión, que le podemos llamar pulsión de vida y sus diferentes formas de expresión que incluye la agresividad y sus diferentes formas de expresión. El entorno debe recoger, contener y dar significado emocional a la agresividad, al amor, a la sexualidad. Sólo en la interacción y vinculación afectiva se irán instaurando las diferentes conductas y representaciones mentales sobre la capacidad de amar y de odiar. Bowlby nos enseñó que la única pulsión básica, era la necesidad de relacionarse con el otro, de igual manera que lo había planteado Fairbairn (1941).

Cuando el entorno no puede sostener de forma adecuada la agresividad, ésta tenderá a disociarse y a separarse de la capacidad para amar, es entonces cuando se produce la escisión entre el amor y la agresividad. La agresividad disociada puede pervertirse y convertirse en destructividad. También se puede disociar el amor. De esta forma solo se puede o amar u odiar, el objeto total se vuelve parcial. Las relaciones afectivas quedan fragmentadas y parcializadas. Si el entorno en el que se desarrolla el niño es suficientemente bueno, la agresividad y el amor, la muerte y la vida, el amor y el odio operan de forma simultánea, a veces uno puede predominar sobre el otro, pero tienden a regularse entre sí.

Hay personas a las que les funciona bien la parte amorosa, pueden desarrollar amor hacia los demás, y vincularse de forma sana, si no fuera porque la parte hostil, agresiva, incluso destructiva funciona de forma independiente. Es cuando la envidia, la rivalidad enfermiza se apodera del self. La pulsión de muerte que actúa de forma independiente no logra supeditar a la de vida como le pasa al psicópata o al perverso, pero en el momento que se activa funciona de forma autónoma y disociada.

Freud y Klein le dan tanta importancia a la pulsión, especialmente a la de muerte, que olvidan a menudo las características de las personas que componen lo que llamamos el *entorno del niño*. La tendencia, sobretodo en Klein de atribuir al bebé impulsos sádicos, destructivos y en particular su idea de envidia primaria (previa a la experiencia), le impide estudiar con atención la interrelación del sujeto con los demás sujetos que están a su cuidado. Si partimos de la hipótesis kleiniana, tendemos a atribuir significados mortíferos a conductas que pueden ser entendidas de otras formas.

Partiendo de Winnicott, nuestro punto de vista es que solo hay una pulsión, la de vida, cuando falla el entorno, la agresividad se disocia y es cuando adquiere un funcionamiento independiente de la experiencia.

Vamos a ver algunos párrafos de Winnicott al respecto de la agresividad

“...Es valioso para el bebé experimentar rabia con frecuencia a una edad en que no necesitan sentir remordimiento” (1939, p. 108).

“Si es verdad que el niño tiene una enorme capacidad para la destrucción, pero también la tiene para proteger lo que ama de su propia destrucción “ (1939, p. 108)

“La agresión tiene dos significados: por un lado es directa o indirectamente una reacción ante la frustración; por el otro es una de las dos fuentes principales de energía que posee el individuo” (1964a, p. 114)

El feto o el bebé recién nacido mueven una parte de su cuerpo y, al moverla, choca con algo. Un observador podría decir que ha dado un golpe o un puntapié, pero aquí falta el principio esencial del acto de golpear o patear (...) que es la intención, el feto o el bebé aún no se han convertido en personas capaces de tener un motivo claro para una acción determinada (1964a, p 114).

Para Winnicott estos golpes tempranos no tienen intención y son una acción que sirve para explorar el mundo. Para que el self pueda irse diferenciando necesita de la capacidad para agredir, sin ella este proceso no sería posible. Cuando los niños autistas pueden ir saliendo de su encapsulamiento, empieza a emerger una agresión dirigida al exterior.

Para Winnicott la necesidad de dar es, para un niño, mucho mayor que la necesidad de recibir. Fairbairn dirá que lo que el niño da en forma de amor o de lo que sea, deberá ser recogido y reconocido por el adulto que le cuida. (1941)

Para Winnicott, la agresión forma parte de la expresión primitiva del amor, se convertirá en destrucción si el entorno no la recoge como algo natural.

Nos propone pensar en diferentes momentos evolutivos.

- La fase de la preinquietud: No puede haber intencionalidad aunque haya ataques, golpes y demás expresiones “agresivas” forman parte de la acción motora, del deseo de conocer y de la vida
- La fase de la inquietud: El niño puede hacerse cargo de su capacidad para sentir culpa, ya hay diferenciación. El entorno debe ayudarlo a sentir esa culpa como algo soportable, por eso debe ayudarlo a que la criatura reconozca sus capacidades de amar y de proteger, por tanto de enmendar la culpa (reparar)

Aquí encontramos un Winnicott que podríamos llamar fairbairniano, para Fairbairn, la capacidad del niño para amar tiene directamente que ver con la capacidad de los cuidadores para recibir el amor y hacer sentir a la criatura que se sienten amados por él. La reparación derivada de la culpa, es posible cuando el sujeto reparado reconoce el acto en sí y cuando le hace notar al sujeto reparador que acepta sus actos.

Recordemos que el niño de Fairbairn es capaz de tragarse el malestar que se desprende de la relación con el otro, con tal de preservar la buena relación con el entorno cuidador (1941).

La agresividad suele surgir de la frustración, y en toda relación humana hay frustración necesaria e inevitable. La agresividad es el motor fundamental de la vida, la pieza imprescindible para que la supervivencia, la competitividad y la solidaridad ocupen su lugar.

Pero los humanos somos seres muy necesitados y la vida no nos es fácil, la tendencia al miedo, enredo y al malestar se combinan con la necesidad de cuidar y de proteger.

Es natural comprender que cuando las frustraciones del entorno son mayores que lo que el self del niño es capaz de soportar, pueden generar un monto de agresividad que podrá estar dirigida hacia el exterior o hacia el interior del propio niño. Cuando los cuidadores no son capaces de tolerar la agresividad natural, por excesiva debilidad o excesiva agresividad propia, el niño no podrá hacer un uso saludable de ella. Tendrá que inhibirla de forma insana o se convertirá en destructiva. El niño puede adquirir la necesidad de matar, vamos a decir al objeto, pero tiene menos importancia este hecho que la capacidad que debe tener el objeto para sobrevivir. La capacidad de que los cuidadores sobrevivan a la destrucción, tiene que ver con sus características, sus propias vivencias, su subjetividad y con su salud mental. Winnicott nos dirá que cuando el objeto sobrevive a la destrucción del niño, éste puede empezar a usarlo con naturalidad. (Winnicott, 1968).

En definitiva los adultos-padres y por extensión, los terapeutas deben ser capaces de sobrevivir frente las incertidumbres y ataques del niño-paciente. No obstante, la cualidad más importante reside en la capacidad de entender al sujeto, la capacidad de ponerse en su lugar, la empatía que viene dada por lo que llamamos, la mentalización. Si el adulto que cuida del niño o el terapeuta que trata a su paciente no es capaz de mentalizar, podrá tener muchas teorías, incluso muy competentes, pero no sabrá leer en la mente del otro ni será capaz de tener conexión emocional.

Para Benjamin, (1999), Winnicott en su trabajo citado “el uso del objeto” (1968), muestra que el “otro” no es meramente un objeto de la necesidad/pulsión ni de la cognición/percepción del yo, sino que posee un centro del self separado y equivalente al de uno mismo. Estamos de acuerdo con Benjamin en que en lugar de hablar de relaciones objetales, es más adecuado hacerlo de relaciones entre sujetos, lo que denominamos la intersubjetividad.

Cuando lo pulsional es recogido por el entorno, poco a poco será el yo el que se haga cargo de la agresividad.

Kohut dirá que cuando hay una suficiente cohesión del self, éste se podrá hacer cargo de lo instintivo. La cohesión del self sólo es posible con la aportación de los “self-objects” que son los objetos representados por los cuidadores externos (también llamados auxiliares del self. Estamos en condiciones de contestar la pregunta que se hace Winnicott (1939): La agresión viene por la ira suscitada por la frustración o bien tiene raíz propia?

Entendemos que existe un potencial programado biológicamente para la agresión, por eso puede ser considerado pulsional. Sin embargo, creemos que la agresividad forma parte de la misma pulsión vital.

No obstante la agresión, igualmente que la capacidad para amar, se irá modulando en función de los vínculos establecidos con la realidad externa, dónde las cualidades de los objetos externos tienen una importancia cardinal para la construcción de la identidad del niño.

Cuando las frustraciones del entorno son mayores que lo que el self del niño es capaz de soportar, pueden generar un monto de agresividad dirigida hacia el exterior o hacia el interior del propio niño.

Winnicott cree que cuando los cuidadores no son capaces de tolerar la agresividad natural, por excesiva debilidad o excesiva agresividad propia, el niño no puede hacer un uso saludable de ella y que necesitara “matar” al objeto, pero su capacidad de matar tiene menos importancia que la cualidad que debe tener el objeto para “sobrevivir”.

La capacidad de los objetos, padres o similar para sobrevivir depende de sus cualidades y de su propia biografía.

Cuando el objeto sobrevive a la destrucción del niño, éste puede empezar a usarlo con naturalidad. Por eso los adultos-padres igual que los terapeutas deben tener la capacidad de sobrevivir a los ataques del niño o paciente y sobretodo saber leer el sentido que tienen esos supuestos ataques.

Por un lado nos encontramos las cualidades de los cuidadores y por otro las reacciones de éstos que dependen en parte de lo que el niño les estimula con sus propias reacciones. En realidad Winnicott nos enseña que no hay un sujeto que proyecta sobre un objeto sino que son sujetos en interacción que se regulan mutuamente. Winnicott propone hablar de *identificaciones cruzadas* (1971). Los dos sujetos, mamá-niño, o terapeuta-paciente pueden identificarse el uno con el otro de forma bidireccional. La empatía se da en los dos integrantes y es recíproca.

La experiencia terapéutica nos lleva a afirmar que es importante que el profesional tenga empatía con su paciente, que pueda identificarse con algún contenido de éste, pero al mismo

tiempo el paciente desarrolla la empatía hacia el terapeuta y debemos ayudarlo a que pueda ser empático también consigo mismo. Hay otro aspecto que está implícito en la aportación de Winnicott sobre las identificaciones cruzadas que es la cualidad que tiene el sujeto de fomentar la empatía del otro hacia su persona. Hay niños capaces de hacer que los otros empaten con ellos, es una capacidad que permite dar señales de aquello que se necesita para que un sujeto externo pueda atenderlas. Es necesario, claro está, que el sujeto externo tenga a su vez la capacidad de atender y de entender al niño. El terapeuta puede estimular a través de su propia identificación empática la capacidad del paciente para promover la empatía de las personas con las que se relaciona, incluido el propio terapeuta.

Podemos ver que esta afirmación es la base de la intersubjetividad desarrollada por el enfoque intersubjetivo actual, representado por Atwood, Stolorov, Orange, Benjamin, etc. Y que podemos ubicarlo, desde nuestro punto de vista, dentro del Psicoanálisis Relacional actual.

#### **4.3. La adaptación al entorno: una forma de construir identidad y de sobrevivir. El falso Self.**

La necesidad humana de defenderse del exterior y de cuidar el interior para así protegerse de la vulnerabilidad es inevitable para poder enfrentarse a los avatares de la vida.

El verdadero self es la esencia de lo que somos, representa la autenticidad y a la vez es lo más vulnerable de nosotros mismos, es por ese motivo que la función principal del falso self es la protección del verdadero. “La función del falso self es defensiva, consiste en ocultar y proteger al self verdadero, sea este lo que fuere”, Winnicott, 1960 p. 185).

“El falso self tiene una función positiva muy importante: esconder el verdadero self, lo que consigue por acatamiento a las demandas ambientales” (Winnicott, 1960a, p.185)

El entorno debe proteger al niño ayudándole a construir el falso self, pero tiene la encomiable



labor de facilitar que el verdadero self se exprese y pueda relacionarse con la realidad.

Solo unas personas con una cierta capacidad personal son capaces de facilitar en sus pequeños este complejo proceso. El resultado de esta experiencia relacional es que el sujeto puede estar adaptado a la sociedad sin sacrificar su espontaneidad personal.

Un verdadero self protegido y cuidado puede desarrollar sus capacidades consigo mismo y con los demás. El proceso de mentalización será posible a partir de estas experiencias.

Vamos a estudiar con detenimiento el trabajo de Winnicott sobre el “falso self”.

En un extremo: el ser falso se establece como real, siendo precisamente esto lo que los observadores tienden a tomar por la personal real. Sin embargo, en las relaciones de la vida, del trabajo, y en la amistad, el ser falso empieza a fallar. En algunas situaciones donde hace falta una persona completa, el ser falso se encuentra con que le falta algún elemento esencial. En este extremo, el ser verdadero se halla oculto. (Winnicott, 1960a, p. 186)

El falso self es un protector del self, lo protege como si de un niño indefenso se tratara, lo esconde en la guarida y le viene a decir que él (el falso) dará la cara por él (el verdadero). A la vez que lo oculta tampoco le deja existir, es como si unos padres esconderían a su hijito para protegerle de los daños de la vida, pero a la vez no le dejaran experimentar la vida.

Para Winnicott el falso self tiene una función defensiva, pero cuando se enfrenta con la realidad, el falso self falla, paradójicamente, porque no tiene la esencia que emana precisamente del verdadero self.

La paradoja winnicottiana:

El falso self protege al verdadero por el temor a que este resulte dañado, pero a la vez él mismo no es capaz de hacer frente a la realidad interna y externa porque necesita de la autenticidad del self verdadero.

Comprendida esta contradicción aparente, podemos utilizarla como un instrumento terapéutico de la psicoterapia.

En un extremo inferior: el ser falso defiende al ser verdadero, a quien, de todos modos, se le reconoce un potencial y se le permite una vida secreta. He aquí el ejemplo más claro de enfermedad clínica en calidad de organización con una finalidad positiva: la preservación del individuo a pesar de las condiciones ambientales normales. Se trata de una extensión del concepto psicoanalítico del valor de los síntomas para la persona enferma. (Winnicott, 1960a, p. 186)

Si el falso Self salvaguarda al verdadero pero le permite una vida oculta y secreta, hay esperanzas de que podemos ir a encontrar esta vida secreta para que la persona se libere de su malestar. Winnicott entiende de esta manera que los síntomas que surgen de tener retenido el verdadero self son, una vez más, una forma de adaptación a las experiencias relacionales. Si ayudamos al paciente a comprender este funcionamiento, tendremos otro elemento más para el trabajo clínico.

Winnicott, como defendemos en esta tesis, es un precursor del pensamiento relacional psicoanalítico y entiende que no sólo se debe hacer comprender al paciente su funcionamiento mental, estimular el “insight” o la función reflexiva a través del pensamiento sino que lo que va a tener más importancia en la psicoterapia es la propia experiencia relacional con el terapeuta. En los términos que estamos comentando ahora que el psicoterapeuta sea capaz junto con su paciente de crear un vínculo y una confianza donde el verdadero self pueda emerger y al que se le pueda legitimar tal como es. Como permitir a un niño que se exprese con libertad y sin censurarlo.

Más cerca de la salud: el ser falso se ocupa principalmente de buscar las condiciones que permitan al ser verdadero entrar en posesión de lo suyo. En caso de no encontrarlas, es necesario reorganizar una nueva defensa contra la explotación del ser verdadero; en caso de duda, el resultado clínico es el suicidio. En este contexto, el suicidio consiste en la destrucción del ser total a fin de evitar el aniquilamiento del ser verdadero. Cuando el suicidio constituye la única defensa que queda contra la traición al ser verdadero, entonces le toca al ser falso organizar el suicidio. Esto, por supuesto, entraña su propia destrucción pero, al mismo tiempo, elimina la necesidad de su existencia continuada, ya que su función reside en proteger de insultos al ser verdadero. (Winnicott, 1960a, p. 186)

Este punto de alta densidad en Winnicott, puede tener valor en tanto se le puede dar una aplicación clínica. Se corre el riesgo sino de convertirse en una reflexión teórica de carácter existencial y nada más.

Una paciente de 14 años que llevó a cabo una tentativa de suicidio comunicaba su experiencia diciendo “no me sentía comprendida, no sentía que mi existencia sirviera para nada, tampoco me veía capaz de pedir que los demás cambiaran por mí. Ni siquiera me conozco a mí misma, no sé si me aceptaría si me conociera. Creí que la única forma de acabar con esto era el acabar con mi vida. Ahora estoy confundida, viendo la reacción que han tenido mis padres y lo que ha significado para todos el que yo quisiera morir, creo que puedo sentir que ahora tengo que volver a empezar, partiendo de cero”.

En la salud: el ser falso se halla representado por toda la organización de la actitud social cortés y bien educada, por un «no llevar el corazón en la mano», pudiéramos decir. Se ha

producido un aumento de la capacidad del individuo para renunciar a la omnipotencia y al proceso primario en general, ganando así un lugar en la sociedad que jamás puede conseguirse ni mantenerse mediante el ser verdadero a solas (Winnicott, 1960a, pp. 186-187)

Llegamos al punto donde el falso self es en realidad un aliado de la buena salud mental. Proteger al verdadero self sin hacerlo desaparecer, permitirle su espontaneidad y su autenticidad pero a la vez acompañarle en las relaciones con el exterior para poder llevar a cabo la adaptación con el entorno. Este será uno de los objetivos psicoterapéuticos psicoanalíticos: Que el paciente se acepte tal como es, que no le de miedo su ser real, que no sacrifique su espontaneidad personal, pero pueda adaptarse a la realidad externa, que por otro lado no es única y que a la vez depende de su propia subjetividad.

#### **4.3.1. Etiología del funcionamiento dinámico entre el falso self y el verdadero self.**

Aquí encontramos la esencia relacional de Winnicott. La construcción del falso self no surge del psiquismo individual, sino de la interacción del self infantil con el progenitor-es que está a cargo de sus cuidados.

La madre “suficientemente buena» es la que responde a la omnipotencia del pequeño y en cierto modo le da sentido. Esto lo hace repetidamente. El ser verdadero empieza a cobrar vida a través de la fuerza que la madre, al cumplir las expresiones de omnipotencia infantil, da al débil ego del niño. (Winnicott, 1960a. P. 189)

Entendemos como función cuidadora que la persona encargada de llevarla a cabo, sale al encuentro de la espontaneidad de su hijito, cuida de que la criatura pueda experimentar su

omnipotencia, porque a ojos del adulto esa omnipotencia corresponde a un estado de indefensión que precisa de cálidos y continuados cuidados.

Para Winnicott la figura adulta que no es capaz de cumplir con esta función en general, lo que hace es de forma intrusiva colocar su propio gesto, su propia rigidez en su hijo. Las necesidades del propio adulto o su estructura mental le impiden aprender de su bebé. Cuando esto es así, el pequeño ser tiene que hacer un esfuerzo mayor para adaptarse y una forma que tiene de hacerlo es sacrificar su verdadero self.

En realidad la figura adulta cuidadora debería dar “armas” al pequeño para que este se pudiera defender hasta de los cuidados que recibe de ella misma.

Winnicott lo concluye de esta forma:

El ser verdadero está dotado de espontaneidad, a la que se unen los acontecimientos del mundo. Entonces el pequeño puede empezar a gozar de la ilusión de creación y control omnipotentes, para reconocer más tarde, gradualmente, el elemento ilusorio, el hecho de jugar e imaginar. He aquí la base del símbolo que al principio consistirá tanto en la espontaneidad o alucinación del niño como en el objeto externo creado y finalmente catectizado. (Winnicott, 1960a, p. 190)

Es importante destacar la genialidad de Winnicott que ya estuvo presente en psicoanalistas anteriores a él, de reconocer la necesidad del pequeño ser de omnipotencia y de vivir la ilusión de ser un creador del mundo. Esto le permitirá ser dueño de su propia vida. En el momento de ir evolucionando como persona adulta, podrá darse cuenta de que en realidad esta aseveración no es del todo cierta, en realidad no somos dueños absolutos del devenir de nuestra vida, podríamos decir, incluso, que de nuestra identidad, como máximo somos coautores, y no sabemos cuántos son los autores implicados en el proceso.

Todo ello nos permite llegar a una conclusión clínica: Debemos ayudar al paciente a que

deje emerger su verdadero self y sus necesidades, sin embargo no podemos imponerle semejante empresa ya que iría en contra de lo que estamos defendiendo. Entonces lo que podemos hacer es procurar las condiciones necesarias (“setting”) para que el paciente se permita dejar que su verdadero self salga a la luz y se manifieste. Sentir para poder pensar y comprender, siendo el elemento primordial, la experiencia relacional con el terapeuta.

Para Winnicott el ser humano no puede alcanzar la perfección, y nos vemos en condiciones de afirmar que es mejor no proponérselo. Por lo que ningún humano puede ser auténtico en la totalidad, podemos no obstante, aspirar a sentirnos reales y capacitados de vivir una vida en primera persona, hacia este propósito debe enfocarse la ayuda psicoterapéutica.

Vamos a verlo en sus propias palabras:

En el individuo sano cuyo ser presenta un aspecto sumiso pero que, pese a ello, existe, es creador y espontáneo, existe simultáneamente la capacidad para el empleo de símbolos. Dicho de otro modo, en este caso la salud se halla estrechamente ligada con la capacidad individual para vivir en una zona intermedia entre el sueño y la realidad y que recibe el nombre de vida cultural. (Winnicott, 1960a, p. 196)

Más adelante desarrollaremos la explicación sobre las experiencias y fenómenos transicionales.

El trabajo psicoterapéutico con el tema que nos ocupa pasa por la experiencia emocional que se da en el vínculo terapéutico. El terapeuta debe dirigir su trabajo a fomentar el trabajo experiencial y no a la interpretación sistemática de contenidos inconscientes, es decir, lo relacional en Winnicott en este tema es que solo podemos abordar el funcionamiento del falso y verdadero self, cuando el analista se ofrece como sujeto en interacción y vinculación, generador de dependencia y de transferencia

#### **4.4.La mente y la relación con el psique-soma. Winnicott precursor de la mentalización**

La mente y su relación con el psique-soma, es un trabajo de 1959 en el que Winnicott enunció la relación entre sensaciones, emociones, sentimientos y vivencia somática. Diferenció un funcionamiento escindido, en el que cada factor va por su lado, sin nexos de un funcionamiento que integra los diferentes elementos corporales, emocionales y mentales que será la base para una buena salud mental. Esta integración es la que hace posible la función de la mentalización.

El cuerpo del bebé recibe cuidados que son la base de la estructuración de la identidad; cuando el cuerpo está cuidado de forma regular, las emociones surgen, se expresan, el pequeño puede sentirlas, vivirlas como experiencia emocional. La figura cuidadora deberá ir dando sentido al conglomerado psicofísico o físico -psíquico que el niño experimenta. Los sentimientos entran en juego cuando se da sentido a la emoción y se la liga con una experiencia relacional. Para Winnicott la mente se deja ir con confianza y por lo tanto, no debe ocupar demasiado lugar, ni tener demasiada actividad.

La figura cuidadora prestará su propia mente, al igual que la madre prestó su vientre para que el nuevo ser se constituyera como un ser individual. Si se presta la función mental, el pequeño podrá ir construyendo su propia mente de una forma no prematura.

Una de las claves para construir una adecuada salud mental nos la da el hecho de cuánto y cómo son capaces las figuras cuidadoras de adaptarse a las necesidades del bebé, para que este puede ir adaptándose de forma progresiva, sin acatamiento y sin sufrimiento excesivo.

“Podemos decir, hablando en términos generales, que la madre procura que el mundo del pequeño sea lo más sencillo posible” (Winnicott, 1949a, p. 328)

La salud mental depende en gran parte de la capacidad del entorno de adaptarse a las

necesidades del niño y la capacidad del niño de tolerar la imperfección ambiental y de saber mostrarse de forma lo más libre posible.

La patología obsesiva, paranoide, narcisista, ciertas formas psicósomáticas, el trastorno límite, entre otros, cuentan con un funcionamiento hipertrófico de la mente que tiene las características fundamentales de un pensamiento concreto. Es decir un pensamiento desconectado de la emocionalidad y de las vivencias, con escasa capacidad para sentir y expresar los sentimientos; en realidad con escasa capacidad para la mentalización.

En gran parte es por esto que el pronóstico de estos trastornos es siempre reservado. La ayuda psicoterapéutica consiste en ayudar al paciente a ponerse en contacto con sus necesidades emocionales y afectivas básicas, esto será posible a través de la experiencia vincular entre paciente y terapeuta. Cuando las carencias afectivas han sido predominantes en la vida de la persona, el trabajo a realizar será arduo y dificultoso.

Hemos aprendido con Winnicott que las capacidades intelectuales son necesarias, pero pueden ser un obstáculo para el desarrollo emocional y vincular. Las capacidades cognitivas de una persona no se derivan de lo intelectual sino de la conjunción que hay entre lo intelectual, las emociones y los sentimientos y siempre dentro de un ámbito relacional. Si esto es así, la psicoterapia no debe estar enfocada a la reestructuración cognitiva desde los factores cognitivos sino que ante todo debe proporcionar una experiencia emocional y relacional que permita estructurar las funciones cognitivas, podemos pensar bien porque podemos sentir nuestras emociones con alguien que interactúa con nosotros con sus propias emociones y capacidades para sentir y pensar. El cognitivista posiblemente sin saberlo ayuda a su paciente por la experiencia relacional que ofrece.

La mente y su intelectualidad tiene sentido cuando hay alguien que sostiene y da



significado a la emocionalidad. No es tan importante el aprendizaje de los fenómenos como la vivencia de los mismos. Vivirlos, es experimentarlos, entonces se pone en marcha el proceso de aprender.

Nuestra hipótesis es que el entorno adecuado que protege al niño, le permite la experiencia de pertenecer a alguien con la condición de poder desprenderse poco a poco de esa dependencia y sentirse real. Para Winnicott la dependencia en el principio del desarrollo humano, es absoluta y se va transformando progresivamente en relativa (1963b). Si la criatura no está protegida y bien cuidada, puede seguir buscando personas que le proporcionen la experiencia de pertenencia. La necesidad de ser **de** alguien, para ser alguien, al precio de sacrificar el self verdadero que ha tenido pocas y no afortunadas condiciones para desarrollarse en libertad es el fundamento del sometimiento. El sometimiento a alguien puede ser una forma de masoquismo (Ghent, 1990) que se ha ido construyendo a partir de la necesidad de existir para los demás.

Algunas mujeres, condicionadas por una cultura primordialmente machista, crecieron con la idea de existir para el otro (el marido y los hijos), como si no tuvieran derecho a una existencia propia. Es distinto vivir para alguien como una forma de aniquilar la propia identidad que ser de alguien y a la vez ser uno mismo. La familia tiene la responsabilidad de proporcionar esta experiencia con los pequeños: “sois nuestros, para que podáis llegar a ser de vosotros mismos”. Es necesario que la cualidad de los padres o los suplentes tengan la suficiente salud mental y las necesidades afectivas suficientemente satisfechas para no utilizar a sus hijos al servicio de su psicopatología.

Puede observarse este fenómeno muy bien ilustrado en la película de Anthony Minghella “el paciente inglés” (1996).

Una película de guerra que tiene que ver con los duelos y por lo tanto con los vínculos. El terror a sufrir pérdidas lleva al protagonista a resistirse ante la inminencia de

una relación amorosa y vinculatoria. En una de las escenas donde se pone de manifiesto su vínculo afectivo, después de un momento relacional amoroso y sensual, el protagonista dice: “...pero yo no quiero ser propiedad de nadie”, consciente de que amar y ser amado, implica una pertenencia. Nos referimos a una pertenencia que no tiene que ver con la manipulación perversa del otro. Es cuando falla este proceso natural de pertenencia que aparece la necesidad enfermiza de ser de alguien, sea quien sea ese alguien y al precio que sea. (Sáinz, Cabré, 2012).

#### **4.5. El bebe no existe sin los cuidados de una figura adulta estable y responsable.**

Esta afirmación de Winnicott “el bebé no existe”, aparentemente simple representa en la actualidad la plataforma fundamental donde se edifica el Psicoanálisis Relacional actual. En un encuentro científico de la British Psycho-Analytical Society, Circa, 1940, Winnicott empezó su aportación diciendo: “I once said: “There is no such thing as an infant,”... Winnicott se sorprendió de semejante aseveración, que podríamos considerar “una boutade” y dice: “Por mi parte, he luchado con este problema durante mucho tiempo. Empezó cuando dije lo siguiente en la Sociedad (hace unos 10 años), y lo dije acaloradamente y con emoción: “No hay tal cosa como un bebé”. Me sorprendí a mí mismo al decirlo, e intenté justificarlo, señalando que si me enseñan un bebé, seguramente también me enseñan a alguien que lo cuida, o como mínimo un cochecito que lleva la plena atención de alguien. Uno ve una pareja en una relación de cuidado.” (1958a, p. 99).

Que significaba para él que “no hay nada que sea un bebé” o dicho de otro modo que el bebé no existe sin el cuidado materno que le acompaña?.

Esta aseveración convertida en frase emblemática para los psicoanalistas relacionales actuales, permite entender que la identidad tiene lugar en la interrelación con el otro, los vínculos interpersonales y los movimientos afectivos y emocionales que se dan en toda

relación humana. La comprensión del desarrollo infantil nos lleva a la propuesta terapéutica que se basará en el mismo principio, la construcción o reconstrucción de una experiencia vinculativa entre terapeuta y paciente.

El concepto de *madre* (entorno) *suficientemente buena* (o). Que permitirá una experiencia relacional suficientemente buena con una figura estable de la que el niño depende y que garantizará su continuidad existencial que es el fundamento de la identidad.

Winnicott introduce el concepto de *madre suficientemente buena* con la intención de disminuir la exigencia de perfección en los responsables de los cuidados infantiles, especialmente de las madres. Se referirá a un tipo de figura materna corriente, sin idealización, en algunos textos usará la expresión “madre de devoción corriente” para referirse a la misma idea. La definición más precisa del concepto “suficientemente buena” tiene que ver con aquel adulto que ejerciendo funciones maternas, trate de adaptarse a las necesidades del bebé

Winnicott, al igual que muchos psicoanalistas, sitúa a partir del segundo año de vida, el momento en el que la criatura empieza a diferenciarse de su cuidador. Es cuando empieza a tener conciencia de un interior y de un exterior.

#### **4.6. La madre, el padre y el entorno suficientemente e insuficientemente bueno**

Puede ser que Winnicott no fuera consciente de la importancia que tuvo esta expresión que luego se convirtió en una aportación imprescindible para la crianza de los niños y por extensión para el trabajo psicoterapéutico.

Probablemente lo que impulsó al autor a acuñar este concepto fue el deseo de reducir exigencias en las madres embarazadas que participaban en los grupos de sensibilización sobre temas emocionales. Si la madre podía permitirse ser suficientemente buena no le haría falta ser perfecta y eso la colocaría en un estado de humildad necesaria para aceptar los errores cuando se produjeran. Podríamos incluso discutir si lo de suficiente (“enough”)

no alberga exigencias ocultas. A fin de cuentas una nota académica de suficiente, significa haber aprobado o superado un examen. Quizás los adultos que se ocupan de la crianza de los niños no siempre logren semejante objetivo. Creemos que está en el espíritu winnicottiano la idea de poder suspender y de no estar a la altura de las circunstancias en todo momento.

Se podría traducir “enough” por “lo bastante” que llevaría consigo la idea de que “se hace lo que se puede”, sea suficiente o insuficiente para la atención a las necesidades del bebé, del niño o del paciente. Pero entonces el sujeto cuidador es lo bastante bueno porque incluye la limitación y la posibilidad de ser también insuficientemente bueno, o lo que es lo mismo, que también puede ser malo.

El pecho bueno y el pecho malo de Klein se deben a las proyecciones y disociaciones del niño. De lo que estamos hablando es de las cualidades de los cuidadores a los que preferimos no llamar objetos. Es del cuidador de quien queremos destacar sus capacidades para ser bueno o malo para cuidar a su niño. Para Klein las proyecciones del bebé deforman al objeto externo y como éstas están principalmente motorizadas por la pulsión de muerte, para ella la deformación de los objetos externos acostumbra a tener un carácter negativo. Esta autora se ha ocupado muy poco de tratar de estudiar la idiosincrasia de los cuidadores que están en interacción con el niño.

El ser humano es heredero de la biología e hijo de sus circunstancias. Somos seres relacionales por naturaleza y de la relación depende nuestra manera de ser, de sentir y de hacer. El principal impulso del recién nacido es la adaptación al entorno, para ello cuenta con el potencial biológico y con la asistencia de sus cuidadores. Por este motivo Winnicott, en su expresión de “madre suficientemente buena” y sus derivados, lo que destaca es la capacidad de adaptarse a las necesidades del bebé. Si los adultos se adaptan de forma adecuada a las necesidades idiosincráticas del niño, éste tendrá que hacer menos

esfuerzos y menos sacrificios, por lo que su espontaneidad personal estará salvaguardada. El concepto de “Self object” de Kohut tiene que ver con una paradoja: desde el punto de vista del niño, aquello que los cuidadores hacen por él y con él, se incorpora a su mundo experiencial, por lo tanto a su self. Es algo de fuera, pero que pertenece al self del niño. Comprendemos que el niño, aun no diferenciado entre “yo y no-yo”, viva las experiencias dentro de sí mismo. Pero es fundamental que los adultos usen su empatía para darse cuenta que deben cuidar sin esperar nada a cambio, ni siquiera reconocimiento a corto plazo. Los “Selfs objects” de Kohut, igual que los reyes magos, son los padres. Como señalamos en otro escrito (Sáinz, 2008), el niño no es omnipotente, a ojos de un adulto empático, es un ser indefenso, aunque tenga vida propia que incluye la tendencia al amor y al odio.

Vamos a adentrarnos en un punto que es esencial para nuestro planteamiento. El entorno hará que la vida del pequeño sea lo más fácil y asequible posible (facilitación) y para ello proveerá lo que es necesario para la crianza. El bebé se adaptará dentro de lo que le sea posible. Nunca el entorno podrá satisfacer todas las necesidades y nunca el niño se adaptará plenamente. Existirán vacíos por cubrir o excesos innecesarios. Winnicott llamará a todo ello “las fallas ambientales”, inevitables. El niño construye un falso self como una forma de defenderse de estas fallas. El propio entorno presta al niño algo de su falso self para que éste lo utilice en su favor. Si todo va por buen camino, el falso self estará en conexión con el self verdadero y no habrá una excesiva escisión. Poniendo en palabras este fenómeno tan complejo sería algo así: “Te proporciono las herramientas necesarias para que puedas defenderte de las fallas que cometemos en la tarea de cuidarte”. A pesar de todo, crecer y desarrollarse le va a dar mucho trabajo al ser humano.

#### **4.7. La relacionalidad a través de las experiencias y fenómenos transicionales.**

##### **Experiencia construida y compartida.**

Según Blanco y Liberman, (2011). Winnicott introdujo su teoría de la transicionalidad en mayo de 1951 en una conferencia dada en la British Psycho-Analytical Society, titulada “Objetos y fenómenos transicionales. Un estudio de la primera posesión no-yo”. Posteriormente fue publicada en 1951 dentro del libro “Escritos de Pediatría y Psicoanálisis” (1958) y más adelante en el último libro publicado en vida de Winnicott, Realidad y Juego (1971).

La entrada que hace Winnicott sobre el tema es la de definir el objeto transicional, el objeto preferido de un niño pequeño que utiliza como si fuera una extensión del mismo a la vez que representa a alguien de fuera, aquel “osito de peluche” que tiene una significación especial para el poseedor del mismo. Ampliará el concepto de objeto con el término de espacio transicional, dentro del cual se ubicarán los fenómenos transicionales, desmarcándose así de lo más concreto a lo más abstracto. No es tan importante la presencia de un objeto, como la utilización emocional que se hace de éste. Dicho de otra manera si se tratara simplemente de un objeto al que el niño se ha adherido, sin la experiencia transicional, podría ser simplemente un objeto autístico (Tustin...) o un objeto fetiche. El objeto transicional (OT), tiene sentido dentro del espacio transicional en el que tienen lugar los fenómenos y lo que nosotros llamamos, experiencias transicionales. En palabras de Winnicott:

Introduzco los términos "objetos transicionales" y "fenómenos transicionales" para designar la zona intermedia de experiencia, entre el pulgar y el osito, entre el erotismo oral y la verdadera relación de objeto, entre la actividad creadora primaria y la

proyección de lo que ya se ha introyectado, entre el desconocimiento primario de la deuda y el reconocimiento de ésta. (Winnicott, 1971a, p. 18).

Queda claro que la transicionalidad es un fenómeno intermedio entre la realidad interna y la externa. Necesita de ambas y ambas necesitan de ella. Winnicott tuvo mucho interés en aclarar que se trata de una experiencia intermedia, tal como explica en “la ubicación de la experiencia cultural” y en “el lugar en el que vivimos” (1971a) pero la prefiere llamar transicional, porque el término connota movimiento dinámico.

El mundo es excesivo para un ser humano recién nacido. Es necesario tener a alguien adulto que te lo vaya acercando poco a poco. El bebé humano es así de inerte y de indefenso, por lo que necesita de una figura de apego, que lo alimente, que lo arrulle y que le preserve del dolor. El sufrimiento y la frustración son inevitables, pero si se puede y se debe evitar un exceso de ambos. Los psicoanalistas desde Freud han tratado de comprender los fenómenos psicológicos y emocionales que tienen lugar en el niño desde su nacimiento hasta la constitución de su personalidad. Si bien la personalidad es un proceso vivo y dinámico que dura toda la vida, la infancia entera y la adolescencia van a ser determinantes en la identidad y personalidad del sujeto.

Los logros evolutivos tienen que ver con la programación biológica, se van produciendo los avances psicomotores, el lenguaje, los procesos cognoscitivos a medida que se va dando la maduración del sistema nervioso y de la corporalidad. Todos estos aspectos necesitan sin embargo de la asistencia de auxiliares estables, las llamadas figuras maternas y paternas, en el lenguaje tradicional, los padres; puede extenderse a abuelos, hermanos u otros adultos que irán cobrando importancia progresiva en la vida del pequeño.

Dentro de la programación biológica nos encontramos con la necesidad de relación

humana. Estamos programados para relacionarnos. Esta es la pulsión fundamental del ser humano.

Winnicott entiende que el bebé necesita construir su propio mundo externo para construir su propia identidad y la paradoja es que para que esto ocurra alguien tiene que proporcionarle un mundo a su medida. Alguien le entrega un mundo para que él pueda creer que lo ha creado el mismo. Sorprendente paradoja winnicottiana, ¿cómo se puede crear algo que ya existe? Teniendo un adulto dispuesto a auxiliar al niño en este proceso y haciéndose cómplice de semejante ilusión.

Winnicott llegó en 1951 a los fenómenos transicionales a través de la observación de niños pequeños cuando utilizaban un objeto, blando, de peluche, de una forma especial. “El osito de peluche” era algo entregado al niño, pero que el niño sentía como una creación propia y de esta forma se convertía en una primera posesión “no-yo”. El osito no era el mismo niño ni tampoco era la misma madre, era un objeto distinto, pero que hacía de nexo entre ambos. Servía para unirse en la separación, por lo tanto hacía a ésta más soportable.

Pero la característica más importante del objeto transicional es que existía un objeto (sujeto) externo que era la pieza fundamental del puzzle y que iba a proporcionar la experiencia más importante: la ilusión de ser un creador de experiencias y de objetos, también de sujetos. Podríamos decir que el bebé creó la leche que le nutre. No habría leche sin bebé, ni bebé si alguien que le alimentara.

Para Winnicott, entre el bebé y la figura materna se construye el área de la ilusión, una experiencia compartida que adopta la categoría de espacio potencial. Potencial, porque será el precursor de las capacidades del niño para la creatividad necesaria para enfrentarse a la vida.



El trabajo más costoso y a la vez más apasionante del ser humano, es adaptarse a la realidad con la que se encuentra, porque de ella y con ella aprenderá a subsistir y podrá ser al mismo tiempo capaz de crearla a su forma.

La ilusión no es para Winnicott una dificultad que únicamente hay que superar, es un proceso imprescindible para construir una emocionalidad conectada con lo interno y con lo externo. El entorno adulto debe fomentar la ilusión del bebé, haciéndole sentir constructor de su propia realidad, en palabras de Winnicott, creador.

Para conseguir que el recién nacido pueda disfrutar de una experiencia compartida y a la vez co-creada, es necesario que el adulto sea capaz de jugar. Si a la criatura se le facilita la expresión libre de su gesto espontáneo, éste desarrollará su propia capacidad de jugar, ya que ésta se dará de forma natural. El adulto debe salir a su encuentro, sin interrumpir su espontaneidad.

El espacio potencial es creado por la figura materna y por el propio niño, pertenece al universo de las experiencias compartidas y es posible porque en dicho espacio, es posible el juego.

La capacidad de jugar es, para Winnicott, la base en la que se asienta la creatividad. Recordemos que la creatividad es para este autor, la capacidad de vivir la vida en primera persona, que es tanto como decir la capacidad de sentirse vivo.

La desilusión, es decir el reconocimiento de lo externo, no es impuesta desde la realidad exterior, es también un proceso natural que forma parte de espacio potencial. La desilusión acontece porque ambos integrantes participan de ella, necesitan de ella.

La desilusión pone al niño y al adulto en contacto con la realidad, el límite y la frustración, que en términos de Kohut, vendría a ser lo que él llama la frustración óptima (1984). Puede que la leche materna sea dada por la hormona prolactina, pero si no existe un bebe nutricao, ésta se extinguiría.

Este proceso biológico natural, es paradigmático del funcionamiento emocional. La “butade”, winnicottiana de “No existe tal cosa que pueda llamarse bebé” o más simple, “El bebé no existe” (Winnicott, 1940, 1960), si no es en relación con alguien que está a su cuidado, tiene la misma significación, porque los dos integrantes que comparten el espacio potencial o transicional, existen en referencia al otro. Como dijo Stolorov (2001, comunicación personal), el bebé no existe, el paciente no existe, la madre no existe.... Refiriéndose a que la existencia de uno está sujeta a la existencia del otro, o lo que es lo mismo, los humanos nos otorgamos la capacidad de existir en el mismo momento que empieza la interrelación, y ésta tiene lugar en el origen mismo de la vida.

Un exceso de realidad no filtrada puede predisponer al niño a una huida hacia la realidad con importantes fallas en la simbolización y por lo tanto pueden ser precursoras del pensamiento concreto, operatorio.

Entendemos que el ser humano es capaz de fantasear al mismo tiempo que se van dando sus experiencias relacionales, la fantasía, tiene que ver con la forma particular de interpretar la realidad, surge de la interacción y vinculación con las personas cuidadoras. Si las personas cuidadoras no son capaces de acompañar el proceso fantasmático, el niño se siente solo ante una realidad que no comprende, aparece según Winnicott un proceso paralelo que llamará fantaseo, algo fútil, desconectado. En extremo es la construcción de una realidad paralela que llevaría al delirio o a la alucinación psicótica.

La huida hacia una fantasía desconectada de la experiencia, es la base de una defensa psicótica. Aunque Winnicott nos alerta de otra huida posible: la huida hacia la realidad.

Sería preciso afirmar que existen otros (sujetos) arraigados con tanta firmeza en la realidad percibida de manera objetiva, que son enfermos en el sentido contrario,es

decir, en el de no tener contacto con el mundo subjetivo y con el enfoque creador de la realidad” (Winnicott, 1971a, p. 95.)

Las figuras adultas cuidadoras saben que una criatura humana no puede asimilar la complejidad de la realidad externa si no se produce una aproximación progresiva a ella. La dependencia de un ser humano es absoluta y va evolucionando a una dependencia relativa

Las experiencias transicionales son el paradigma de la subjetividad. El espacio transicional se encuentra a medio camino de la subjetividad de los dos participantes, ambos son coautores. Uno puede crear porque existe alguien que aproxima lo creado. A la vez la identidad del uno depende en gran parte de la identidad del otro.

Las experiencias transicionales representan por tanto la intersubjetividad y sugiero que el espacio transicional es en realidad un espacio intersubjetivo. Como hemos dicho anteriormente, el sujeto niño no es solo un receptor de lo que el sujeto cuidador pone en él, sino que es emisor al mismo tiempo. Por lo tanto el uno depende de la empatía del otro. “El hecho de que disfrutemos de la respuesta confirmatoria del otro nos lleva a su vez a reconocerle” (Benjamin, 1999, p.102 de la versión española). Para Benjamin, Winnicott entendió que la figura materna depende de que su hijo la reconozca.

Una menor respuesta del bebé a su madre significa que la reconoce menos, y la madre (puede) reaccionar a un bebé apático y quejoso con sobre-estimulación o retirándose y ésta ser una manera desesperada de buscar reconocimiento. (Benjamin, p. 103).

Cuando el cuidador trata de imponer la objetividad pura a la relación con su pequeño, interviene la lógica y no es capaz de llevar a cabo una función empática, obliga a éste a defenderse con un pensamiento desconectado y concreto. Podemos afirmar que las bases

que hacen posible la mentalización y la función reflexiva imprescindible para el trabajo terapéutico, las encontramos en las experiencias transicionales. Solo un adulto consciente de que su capacidad para pensar y sentir son subjetivas, puede reconocer y respetar la subjetividad del otro, ahora de su pequeño. Trataremos de argumentar la relación entre mentalización y experiencias transicionales más adelante.

El estudio de los fenómenos transicionales llevó a Winnicott a redefinir el concepto de juego y posteriormente el de experiencia cultural.

#### **4.8. El importante papel del juego, como exponente de las experiencias transicionales.**

*“El niño que no juega no es niño, pero el hombre que no juega perdió para siempre al niño que vivía en él y que le hará mucha falta”* Pablo Neruda

El juego se sitúa en el espacio potencial (también llamado transicional) entre el bebé y la figura cuidadora. En el juego que describe Winnicott no hay reglas prefijadas (corresponde en inglés a Play, playing), si las hubiera hablaríamos de otro tipo de juego (en inglés, game).

Evolución de la capacidad compartida de jugar en Winnicott.

Para Winnicott, la figura adulta cuidadora se orienta a hacer real lo que el niño está dispuesto a encontrar. Debe estar dispuesta a participar y devolver lo que el niño ofrece, por un lado ser lo que el niño busca y a la vez ser ella misma real. El pequeño puede ir experimentando poco a poco la sensación de jugar “solo” en presencia de alguien, adquiriendo uno de las funciones más importantes de la evolución personal, ser capaz de estar solo pero sintiéndose acompañado, sentir la presencia en la ausencia. Para que esto pueda producirse, hace falta un adulto capaz de permitir la soledad del niño con su juego sin dejarle solo en realidad. Este aspecto forma parte de las paradojas que Winnicott nos

aporta en la crianza de los niños.

Un niño obligado a convertirse en un adulto antes de tiempo, arrancado de su dependencia necesario, impelido a ser autónomo, es un niño que va a tener un déficit importante en la instauración de su self, ya que en realidad no podrá separarse nunca o lo hará de una forma excesiva, en ambos casos predominará la psicopatología sobre la salud.

Cuando el cuidador y el niño juegan juntos y se ha llegado a un nivel madurativo suficiente, ambos pueden ser protagonistas y aportar al otro nuevas experiencias, a la vez que se permiten sentir que están construyendo una realidad intersubjetiva. Es decir con otra persona y en otro momento, el resultado sería diferente al actual.

### **Juego y psicoterapia:**

Llevar al paciente a un terreno de juego es proponerle el camino de la mentalización y de la función reflexiva:

Ahora puedo reformular lo que quiero transmitir. Deseo desviar la atención de la secuencia psicoanálisis, psicoterapia, material del juego, acción de jugar, y darla vuelta. En otras palabras, lo universal es el juego, y corresponde a la salud: facilita el crecimiento y por lo tanto esta última; conduce a relaciones de grupo; puede ser una forma de comunicación en psicoterapia y, por último, el psicoanálisis se ha convertido en una forma muy especializada de juego al servicio de la comunicación consigo mismo y con los demás. (Winnicott, 1971a, p. 65)

Sostenemos que el trabajo terapéutico tiene que ver con el juego entre paciente y psicoterapeuta y que es el camino para la mentalización y la función reflexiva que, si puede darse, será lo que permitirá al paciente evolucionar de una forma sana.

El terapeuta tendrá que tener en cuenta la apreciación que hace Winnicott “Cuando un paciente no puede jugar, el terapeuta debe esperar este importante síntoma antes de interpretar fragmentos de conducta”. (Winnicott, 1971a, p. 72).

Con estas aportaciones de Winnicott llegamos a uno de los puntos más importantes del Psicoanálisis Relacional actual. Para Winnicott, la interpretación no va a tener a penas cabida en el trabajo terapéutico, en todo caso queda relegada a un segundo plano. Lo que tiene importancia es la experiencia emocional entre paciente y terapeuta y lo que estamos formulando en estos momentos es el hecho de que se pueda establecer un trabajo clínico basado en el juego intersubjetivo que se puede dar entre ambos. En palabras de Winnicott:

La interpretación fuera de la madurez del material es adoctrinamiento, y produce acatamiento (Winnicott, 1960a). Un corolario es el de que la resistencia surge de la interpretación ofrecida fuera de la zona de superposición entre el paciente y el analista que juegan juntos. Cuando aquel carece de capacidad para jugar, la interpretación es inútil o provoca confusión. Cuando hay juego mutuo, la interpretación, realizada según principios psicoanalíticos aceptados, puede llevar adelante la labor terapéutica. Ese juego tiene que ser espontáneo, no de acatamiento o aquiescencia, si se desea avanzar en la psicoterapia. (Winnicott, 1971a, p. 76).

Aunque Winnicott habla todavía de interpretación psicoanalítica, la sitúa como posible siempre y cuando el paciente y el terapeuta juegan juntos y, especialmente, pone el énfasis en que el terapeuta sea capaz de jugar.

En esta otra cita queda clara la posición de Winnicott.

La psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas. El corolario de ello es que cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta se orienta a llevar al paciente, de un estado en que no puede jugar a uno en que le es posible hacerlo. (1971a, p. 61).

#### **4.9. La concepción de Winnicott de los procesos de maduración. Base del pensamiento relacional**

Uno de los trabajos más significativos de Winnicott es el titulado “Desarrollo emocional primitivo” (1945), presentado en la Sociedad Británica de Psicoanálisis. En él apuntala su concepción teórica del sobre el mundo mental del niño y su posterior desarrollo. Relaciona el potencial biológico con las experiencias de los cuidados infantiles, como la base de la estructura mental. Además va a ser muy claro en la importancia que el analista como persona real tiene en el proceso terapéutico con el paciente.

La evolución infantil, es el devenir entre un estado de No integración, en el que se encuentra el recién nacido hacia otro de Integración. El recorrido entre uno y otro solo es posible en función de los cuidados que provienen de las personas del entorno que se hacen cargo del pequeño.

La tendencia a integrarse se ve asistida por dos series de experiencias: la técnica de los cuidados infantiles en virtud de los cuales el niño es protegido del frío, bañado, acunado, nombrado y, además, las agudas experiencias instintivas que tienden a reunir la personalidad en un todo partiendo desde dentro (Winnicott 1945, p. 206).

Cuando el niño es asistido y cuidado por el entorno, el estado de no integración no reviste sufrimiento excesivo, al contrario, es necesario que suceda. Para que los

fragmentos del self se vayan reuniendo e integrando, primero es necesario que estén disociados. Esta disociación inicial no es un estado ni defensivo ni enfermizo.

En la vida del niño normal hay largos períodos de tiempo en los cuales al niño no le importa ser una serie de numerosos fragmentos o un ser global, o no le importa si vive en el rostro de su madre o en su propio cuerpo, siempre y cuándo alguna que otra vez se reúnan los fragmentos y sienta que es algo (Winnicott, 1945, p. 206)

Cuando el bebé empieza a tener experiencias de diferenciación, según Winnicott hacia los cinco meses de vida, es cuando va comprendiendo que posee un interior y que las cosas proceden del exterior, es entonces cuando puede empezar a pensar que su madre también posee su interior que puede ser rico o pobre, bueno o malo, ordenado o confuso. Así pues, el pequeño empieza a preocuparse por la madre y su cordura y sus estados de ánimo.

Esta afirmación de Winnicott a la que también llegó Fairbairn, nos lleva a la idea de que en la primera infancia, están pasando eventos relacionales e interactivos mucho más sofisticados de lo que podría parecer a simple vista. La diferencia de esta concepción Winnicottiana con la kleiniana reside en que lo que sucede en el mundo mental o interno del niño, para Winnicott, está totalmente vinculado con lo que sucede en el mundo mental, interno de la figura cuidadora. Lo uno depende de lo otro, no de las pulsiones. El mundo externo es entonces una experiencia compartida y co-creada entre ambos.

Lo subjetivo necesita del soporte objetivo para desarrollarse de forma adecuada. La realidad externa es generadora de frustración, pero a la vez asienta la fantasía en una realidad. Para desarrollar una subjetividad integradora, hace falta que tenga visos de objetividad.



El niño debe sentir la ilusión de la creación de su propio mundo, siempre que alguien le traiga el mundo a su alcance y de forma dosificada. Esta es la idea fundamental del pensamiento de Winnicott respecto a la crianza.

Con el “cuidado que el niño recibe de su madre”, cada infante está en condiciones de tener una existencia personal, y así empezar a establecer lo que podría denominarse una continuidad de ser. Sobre la base de esta continuidad del ser se desarrolla gradualmente el potencial heredado, hasta constituir al infante individual. Si el cuidado materno no es lo suficientemente bueno, en infante en realidad no llega a entrar en la existencia, puesto que no hay continuidad de ser, en lugar de ello, la personalidad se establece sobre la base de reacciones a la intrusión ambiental. (Winnicott, 1960b).

La interdependencia del niño con su madre o figura/s cuidadora es la que da lugar a la intersubjetividad entre ambos. Estos dos conceptos son la base del pensamiento del Psicoanálisis Relacional actual.

Si comprendemos la necesidad que los padres tienen de sus hijos, de que estos incluso puedan satisfacer aspectos importantes de su vida, comprendemos porque es necesario que los progenitores o cuidadores adultos, deben tener una salud mental suficientemente buena. Todo el trabajo asistencial sobre la salud mental de los niños, precisa un estudio a fondo de los adultos responsables y de la interacción entre ambos. Los equipos que se ocupan de estudiar la viabilidad de que los niños tengan unos adultos que puedan ejercer su función de cuidadores sin poner en peligro la salud mental de sus niños, saben que deben estudiar las características de estos adultos y la interacción-vinculación con los niños.

Estamos defendiendo que la concepción de Winnicott sobre la crianza de los niños se asienta en el hecho de que el niño tiene unos potenciales heredados pero que el devenir de su personalidad y de su salud mental dependerá de ellos y de la interacción que éstos tendrán con las experiencias relacionales y vinculares con las personas que se ocupan de su cuidado.

Las neurociencias actuales nos enseñan que la formación del cerebro depende de la biología, pero se configura con la psicología y ésta depende en gran medida de la relación humana.

Winnicott se desmarcó del psicoanálisis imperante especialmente representado por Melanie Klein cuando desestimó los grandes pilares del mismo. Las pulsiones no son relevantes para Winnicott, aisladas de las experiencias. La única pulsión es la necesidad de relación y de afecto; el Edipo no tiene la más mínima significación si no se estudia a las personas adultas de las que depende el niño. Como consecuencia, el trabajo asistencial, no tiene que ver con la unidireccionalidad del paciente hacia el terapeuta sino de la interacción real entre ambos.

La realidad externa es generadora de dolor y frustración, pero traída adecuadamente por las personas cuidadoras, es un elemento fundamental para la integración biopsicosocial del pequeño.

Vamos a asentar estas afirmaciones en palabras del propio Winnicott

He tratado de desarrollar el tema de que lo que tanto Freud como Klein eludían de ese modo era el de las consecuencias de la dependencia, y por lo tanto del factor ambiental (Winnicott, 1960b). Si en verdad la dependencia significa eso, dependencia, la historia de un bebé no se puede escribir en términos de él solamente. Hay que escribirla además en términos del ofrecimiento de un ambiente que satisface las

necesidades de dependencia o no logra satisfacerlas. Es de esperar que los psicoanalistas puedan usar la teoría de los fenómenos transicionales para describir la manera en que la formación de un ambiente lo bastante bueno en las primeras etapas permite que el individuo haga frente al inmenso golpe de la pérdida de la omnipotencia. Lo que denominé "objeto subjetivo" se relaciona poco a poco con objetos que se perciben de manera objetiva, pero ello solo ocurre cuando la formación de un ambiente lo bastante bueno, o "ambiente promedio exigible), permite que el bebé se enfurezca en la forma particular que se acepta en los bebés. Esa furia solo se convierte en verdadera locura si aparece en un momento posterior de la vida. En la etapa de la infancia, es el mismo tema al que me referí cuando hablé de la aceptación de la paradoja, como cuando un bebé crea un objeto pero este no habría sido creado como tal si no hubiese existido ya. Advertimos, o bien que los individuos viven en forma creadora y sienten que la vida es digna de ser vivida, o que no pueden hacerlo y dudan del valor de vivir. Esta variable de los seres humanos tiene vinculación directa con la calidad y cantidad de la formación de un ambiente al comienzo o en las primeras etapas de la experiencia vital de cada bebé. Así como los analistas hacen todos los esfuerzos posibles para describir la psicología del individuo y los procesos dinámicos del desarrollo y de la organización de defensa, y para incluir los impulsos en términos del individuo, así, en este punto en que nace o deja de nacer la creatividad (o se pierde), el teórico debe tener en cuenta el ambiente, y exposición alguna que tome al individuo aislado puede llegar a ese problema central de la fuente de la creatividad. Winnicott, 1971a, p.p. 100-101)

Winnicott trata de evidenciar ante la comunidad psicoanalítica de su época, la importancia que tiene no estudiar al sujeto de una forma aislada. Para la construcción de la

identidad personal es necesaria la provisión ambiental, la capacidad del entorno para promover las experiencias transicionales que incluyen el respeto a la espontaneidad del pequeño. El entorno debe permitir que surja la idiosincrasia natural y su función es la de sostener y salir al encuentro. Se debe aceptar la individualidad del pequeño, permitirle su soledad, pero no dejarle solo con su sufrimiento; darle espacio, pero estar suficientemente cerca para atenderle cuando lo necesita.

La idea de individuo y de mente aislada ha sido rebatida por una de las corrientes más importantes del psicoanálisis actual y que ejerce de base del Psicoanálisis relacional, se trata del enfoque intersubjetivo iniciado en norte américa por Stolorov, Atwood (1992); Orange (1997) y desarrollado por otros muchos autores de diferentes latitudes.

#### **4.10. El niño mira dentro de un espejo que representa el rostro de la madre y de las figuras cuidadoras. La función del espejo como pilar del Psicoanálisis Relacional.**

Tal como señala Winnicott (1971), el espejo que representa el rostro de la madre en el que el niño puede mirar y verse a sí mismo. No se trata de un espejo bidimensional, plano, sino un lugar dentro del cual se puede mirar. Cómo ve la figura materna a su bebé, cómo lo mira, depende de su capacidad para saber leer la emocionalidad del pequeño, su mirada flexible y atenta, dará la opción a la criatura de aprender a mirarse a sí mismo y de comprender su propio mundo interior.

En el trabajo sobre el papel del espejo en el rostro de la madre y de la familia, Winnicott (1971) estudia la idea de que el bebé se refleja en el rostro de la madre. Cuando mira en él se ve a sí mismo, pero para que las cosas funcionen bien, la madre debe ser capaz de empatizar con la emocionalidad de su hijo. El niño mira y se encuentra que es mirado y reconocido. La madre no le impone su propio estado de ánimo, más bien se deja moldear por la mirada del niño. Éste recibe entonces lo que él mismo ha dado y se le devuelve para que lo pueda verificar.

La sintonía que ambos tienen cuando se da esta experiencia, está en la base de la conexión emocional (Riera, 2011). Para ello la figura cuidadora procura no imponer su estado de ánimo, sino que sale al encuentro del niño que busca un espejo dentro del cual mirar y verse a sí mismo tal como es. En la experiencia clínica nos encontramos pacientes que le dicen a su médico “¿pero cómo me ve?”, después de que éste ha estado explicando de la forma más precisa posible su diagnóstico y su propuesta terapéutica. Igual nos pasa a los psicoanalistas: el paciente necesita de nuestra percepción. A veces hemos hecho interpretaciones muy correctas y “completas” que no han tenido un efecto benéfico para el paciente. Si el paciente no se siente comprendido en su dolor emocional, la interpretación puede parecer adecuada, pero no es oportuna. Legitimar y validar los sentimientos del paciente es más importante que descubrir un material oculto y revelar el inconsciente. Lo segundo puede ser posible, pero antes ha de suceder lo primero.

Volvamos a la función de la madre en tanto que espejo. Ya Lacan conceptualizó el “stade du miroir” (1949). Winnicott expresa la necesidad que tiene el niño de recibir de vuelta lo que él da. La búsqueda del bebé de unos ojos que le miren, le permite hallarse a sí mismo. Si la criatura no recibe de vuelta lo que da y la figura adulta devuelve sus propias proyecciones y distorsiones, el niño atrofia su capacidad creativa y sigue buscando a alguien que le devuelva alguna cosa que confirme su existencia. Por eso, muchos niños “prefieren” que les traten mal antes que ser abandonados y que nadie les haga ningún caso. Incluso ellos portarse mal para ser reprendidos por alguien. Es una experiencia terrorífica no existir para nadie. La otra consecuencia de no recibir de vuelta lo que dan, es decir que alguien no salga a su encuentro, es que la función de espejo se estropea y la percepción ocupa el lugar de la apercepción (Winnicott, 1971a). La percepción es pura sensorialidad, información recibida a través de los sentidos. La apercepción implica sensorialidad, sensaciones percibidas pero unidas a los afectos y las emociones correspondientes.

Apercibir es mucho más complejo porque incluye la emocionalidad, la mamá mira a su bebé, devolviéndole su comprensión y a la vez aportándole su afectividad. “Tener miramiento” viene de la idea de mirar y ser mirado con cariño y con amor. La capacidad de vivir los acontecimientos acompañados de sus representaciones mentales, simbólicas y emocionales, es la base para la construcción de una personalidad integrada.

En palabras de Winnicott:

En cierto momento el bebé echa una mirada en derredor. Es posible que cuando se encuentre ante el pecho no lo mire. Lo más probable es que un rasgo característico sea el de mirar la cara (Gough, 1962). ¿Qué ve en ella?. Para llegar a la respuesta debemos basarnos en nuestra experiencia con pacientes psicoanalíticos que pueden recordar los primeros fenómenos y verbalizar (cuando sienten que es posible hacerlo) sin ofender la delicadeza de lo que es preverbal, no verbalizado y no verbalizable, salvo, quizás, en poesía (Winnicott, 1971a, p. 148).

¿Qué ve el bebé cuando mira el rostro de su madre?. Yo sugiero que por lo general se ve a sí mismo. En otras palabras, la madre los mira y lo ella parece se relaciona con lo que ve en él. Todo esto se da por sentado con demasiada facilidad. Yo pido que no se dé por supuesto lo que las madres que cuidan a sus bebés hacen bien con naturalidad. (Winnicott, 1971a, p. 148).

La identidad se construye a través de la mirada del otro, no es un proceso pasivo, la mirada permite articular fenómenos muy complejos, mirar para ser visto y ser reconocido. Mirar dentro del otro permite explorar las emociones del otro y por lo tanto las propias.

El drama se produce cuando la mirada del otro muestra la propia patología, introduciendo así indiferencia o malestar.

Muchos bebés tienen una larga experiencia de no recibir de vuelta lo que dan. Miran y no se ven a sí mismos. Surgen consecuencias. Primero empieza a atrofiarse su capacidad creadora, y de una u otra manera buscan en derredor otras formas de conseguir que el ambiente les devuelva algo de sí. Es posible que lo logren con otros métodos. (1971a, p. 148-149).

Entonces el bebé se ve obligado a dirigirse hacia la patología

...obliga al bebé a esforzarse hasta el límite de su capacidad de previsión de acontecimientos. Ello provoca una amenaza de caos, y el niño organiza su retirada, o no mira, salvo para percibir, a manera de defensa. El que es así tratado crecerá con desconcierto en lo que respecta a los espejos y a lo que éstos pueden ofrecer. Si el rostro de la madre no responde, un espejo será entonces algo que se mira, no algo dentro de lo cual se mira (1971a,149)

Las defensas pueden ser de diferentes formas, pero hay dos prototipos especialmente relevantes: El funcionamiento esquizoide y el funcionamiento narcisista.

Funcionamiento esquizoide: Si uno dejara de necesitar el hecho de ser visto ya no buscaría unos ojos que le miraran, podría refugiarse en una defensa de tipo autístico o esquizoide, acorazado en ella, podría dejar a un lado la necesidad de ser reconocido por el otro.

Funcionamiento narcisista: La personalidad narcisista busca ser visto en el otro de una forma grandiosa. La mirada del otro ha de ser de admiración, puede llegar a ser su forma de existir y la base de su identidad, aunque sea una base inconsistente.

La mirada de la madre y de los cuidadores del niño miran con admiración natural, haciéndole sentir importante y lleno de belleza. El amor incondicional es el que lleva a hacer sentir al niño bello, poderoso e importante. El narcisismo natural irá dando paso a la autoestima.

### **Análisis de un caso clínico de Winnicott:**

Una paciente tratada por Winnicott le pidió, unos años después de la finalización de su terapia, una foto suya. Había visto esta foto en la contraportada de un libro escrito por su analista y le preguntó si le podía proporcionar la foto ampliada y más nítida. Esta paciente había tenido una madre muy rígida y fría que le proporcionó una nodriza también rígida y poco empática (Winnicott cree que fue para evitar que la substituyera “una madre” mejor que ella).

La paciente tenía poco miramiento por sí misma, que se traducía en una escasa autoestima y en una cierta tristeza cronificada. La paciente había enseñado a Winnicott algunas fotos de su madre y de su nodriza y ahora le pediría una de él, vista en un libro suyo. La petición de la paciente era que quería ver ampliadas esas líneas y todos los rasgos de “ese viejo paisaje”, es decir del rostro de su analista (un hombre ya mayor por aquel entonces).

Winnicott le envió la foto y le ofreció una interpretación: *“La paciente creía que no hacía más que adquirir el retrato de ese hombre que tanto había hecho por ella (y así es). Pero necesitaba que se le dijera que mi rostro surcado de arrugas tenía ciertos rasgos que para ella se vinculan con la rigidez de los de su madre y su nodriza”*. (1971a, p 153)

Encontrar la rigidez de su madre y de su nodriza en el analista que tanto había hecho



por ella. Encontrar las fallas de su entorno infantil en el presente. El analista entiende que la rigidez de su rostro no es fruto de la distorsión transferencial de la paciente, sino que la paciente puede ser capaz de encontrar en el analista rasgos de rigidez que le remiten a su experiencia infantil. El aspecto corrector de la experiencia transferencial es que ahora la paciente puede sentirlo y pensarlo junto con el analista. Los niños tienden a creer que ellos han construido la rigidez de sus padres o han generado las fallas ambientales. Ahora, el analista, representa el adulto capaz de asumir su propia responsabilidad y es entonces cuando el paciente puede hacerse cargo de la suya. (Sáinz, Cabré, 2012)

Retomaremos el concepto de las fallas del analista en la transferencia más adelante.

#### **4.11. Ser, hacer, estar a solas y el origen de la creatividad**

El libro de Winnicott, “Playing and Reality” (1971) traducido por “Realidad y Juego”, fue publicado en 1971 coincidiendo con la fecha de su muerte. Representa el desarrollo principal de su tesis dedicada al estudio de los fenómenos transicionales. Dedicó una gran parte al juego, “playing”, a la ubicación de la experiencia cultural y a la creatividad. Destacan especialmente sus ideas sobre el papel del espejo en el rostro de la madre y de la familia y el excelente trabajo sobre el “uso del objeto”. Winnicott está considerado como el psicoanalista que sentó las bases para la comprensión de la creatividad, la acercó a la cualidad de sentirse vivo y la distanció del arte como oficio. Se puede ser creativo y no ser capaz de dibujar bien o escribir un buen poema.

Queremos destacar algunos aspectos recogidos en el capítulo 5, “la creatividad y sus orígenes” en los que introduce la idea de lo femenino y lo masculino; el ser y el hacer como dos formas complementarias que forman parte de la identidad personal.

Lo que hace que el individuo sienta que la vida vale la pena de vivirse es, más que ninguna otra cosa, la aperccepción creadora. Frente a esto existe una relación con la

realidad exterior que es relación de acatamiento; se reconoce el mundo y sus detalles pero solo como algo en que es preciso encajar o que exige adaptación. El acatamiento implica un sentimiento de inutilidad en el individuo, y se vincula con la idea de que nada importa y que la vida no es digna de ser vivida. (1971a, p.93)

Para Winnicott el acatamiento es una expresión del falso self. La persona no puede ser ella misma y se protege sometiéndose a otro ser. La creatividad en el sentido que le da Winnicott, se encuentra en el polo opuesto del sometimiento.

La creatividad siempre es personal y por lo tanto se nutre de la subjetividad, para Winnicott la objetividad nunca puede ser absoluta en cuanto se refiere a los fenómenos personales. “En cierta medida, objetividad es un vocablo relativo, pues, por definición, lo que se percibe de modo objetivo es concebido, en cierta proporción, en forma subjetiva”. (1971a, p.94).

En cuanto a la dialéctica entre realidad, subjetividad y creatividad, Winnicott nos sorprende cuando nos habla de la dificultad que puede tener una determinada persona en conectar con el mundo de la subjetividad, el impedimento para fantasear es considerado como una forma de huida hacia la realidad. Estamos más acostumbrados a la idea de la huida hacia la fantasía, o la desconexión de la realidad a través de las fantasías psicóticas. No poder fantasear, nos aleja de la capacidad para la simbolización y nos lleva hacia el funcionamiento operatorio o concreto; tal como hemos apuntado anteriormente, nos dificulta o nos impide la capacidad para mentalizar las experiencias.

Winnicott introduce el concepto de fantaseo y lo diferencia del de fantasía. El fantaseo es una actividad mental disociada que deriva del falso self, es una actividad inútil, asimbólica, podríamos decir concreta; la fantasía surge de la experiencia con la realidad, pero puede transformar a ésta al servicio de la salud mental. La fantasía alimenta la

capacidad de soñar, forma parte de los procesos de integración. Las capacidades para simbolizar y fantasear nos permiten estar en la vida y hacer frente a lo incomprensible, la dureza del vivir puede ser mitigada y canalizada gracias a la capacidad para imaginar y fantasear. La creatividad permite al individuo sentirse real en un mundo complejo y a veces extraño.

Es interesante pensar que la fantasía nos ayuda a vivir en la realidad, pero si la realidad es insoportable, la fantasía se vuelve contra la propia persona, la empobrece y la hace sufrir. De acuerdo con Hernández (2008), el psicótico si tiene capacidad para simbolizar, pero se desconecta de la realidad. Entendemos que la capacidad para fantasear es saludable cuando está en contacto con la realidad, pero la realidad no es más importante que la fantasía, más bien al contrario, la realidad puede ser muy dañina, si no actúa la capacidad para simbolizar.

Por otro lado, Winnicott nos habla de “lo informe” como aquello que se encuentra en un estado de no integración, pero que será la base de donde puede surgir el gesto espontáneo. De alguna manera, la creatividad no puede surgir de orden estructurado, sino de la capacidad de permitirse el desorden o dicho de otra manera, el no-orden.

Observamos que esta apreciación del no-orden se acerca a la intuición freudiana cuando plantea a sus pacientes, la llamada regla fundamental, la asociación libre. Es tanto como decirle al paciente: “Permítase la disociación, no trate de dar un sentido lógico, ordenado y secuencial a su discurso, déjese llevar”. En las terapias artísticas como la “arte-terapia” o la “danza-movimiento-terapia” se le ofrece al paciente que se “suelte” que deje que sus manos, sus ojos, su cuerpo se expresen de la manera más libre posible, sin forzar, acompañándoles en su viveza; después ya se hablará de lo ocurrido, de aquello que se ha sentido.

En el trabajo de Winnicott sobre la creatividad y sus orígenes (1971a) reflexiona sobre

aquellas personas que han vivido secuestradas en los llamados campos de concentración, piensa que solo algunas pocas personas pueden en estas circunstancias extremas de pérdida absoluta de libertad, seguir manteniendo su espíritu creador. Esto puede salvarlas de la aniquilación, pero de alguna manera siguen en contacto con el sufrimiento. Los que no pueden mantener esa capacidad creativa, que Winnicott define como la capacidad de sentirse vivo, abandonan su propio self, se dejan llevar, ya no viven, entonces nada puede hacerles daño. “Al principio parece que todos los demás que existen (no viven) en esas comunidades patológicas han abandonado ya, hasta tal punto, sus esperanzas, que no sufren, y han perdido las características que los hacen humanos” (1971a, p. 97)

y citando a Bettelheim (1960), añade: “Estas circunstancias se refieren a lo negativo de la civilización. Es como contemplar la destrucción de la creatividad en los individuos por factores ambientales que actúan en un periodo avanzado del crecimiento personal” (Winnicott, 1971a, p. 97).

Todo ello lleva a Winnicott a reafirmarse en la idea de que el lo profundo del self, se halla la esencia de lo creativo, lo espontáneo, lo verdadero y a la vez lo más frágil. Si la persona en circunstancias de sufrimiento real extremo, puede ocultar y proteger este núcleo central del self verdadero, puede mantener una cierta capacidad creativa que protegerá su salud mental. Podríamos decir que le pueden quitar a un ser humano su identidad exterior, su ropa, su pelo, hacer daño a su cuerpo, pero si en algún lugar oculto se halla su self, protegido y custodiado, nadie podrá arrebatarlo.

En el estudio que hace Winnicott sobre la creatividad, encontramos la afirmación que fundamenta al Psicoanálisis Relacional:

Así como los analistas hacen todos los esfuerzos posibles para describir la psicología del individuo y los procesos dinámicos del desarrollo y de la organización de defensa,

y para incluir los impulsos en términos del individuo, así, en este punto en que nace o deja de nacer la creatividad (o se pierde), el teórico debe tener en cuenta el ambiente, y exposición alguna que tome al individuo aislado puede llegar a ese problema central de la fuente de la creatividad. (1971a, pp. 100-101)

Winnicott cree, como no podía ser de otra forma, que la creatividad es un elemento común que se da entre hombres y mujeres. Se permitió la idea de estudiar aquello que hay de masculino y de femenino en las mujeres y en los hombres. Incluidas las connotaciones sociales, la construcción de los géneros y sus roles tienen un alto componente socio-cultural, aunque, como es lógico, intervengan las dotaciones biológicas respectivas.

Lo femenino es para Winnicott lo que tiene que ver con el ser, el ser es lo fundamental, la esencia de lo afectivo, lo que se configura en la relación con los cuidados infantiles, con las personas que ofrecen la posibilidad de un vínculo afectivo.

Debe cuidarse el “ser”, porque de él surgirá la posibilidad del “hacer”. El hacer está relacionado con lo masculino, la capacidad para llevar a cabo acciones. Un hacer, sin un ser que ha sido suficientemente cuidado se convierte en un “como si”, tal como señalamos en un trabajo anterior (Sáinz, 2008).

De alguna manera, Winnicott sostiene la idea de que tanto los hombres como las mujeres tienen una predisposición a la bisexualidad.

Para nosotros lo más relevante del tema reside en la idea de que la actividad, la fuerza, el rendimiento, pierde el sentido sino está sostenido por un sólido ser en contacto con lo afectivo.

Por ese motivo, el psicoanálisis actual defiende la idea de que la sociedad tenga en cuenta los vínculos, trate de cuidar a los niños, sosteniéndoles y ofreciéndoles una base segura, el hacer se irá intercalando con el ser y, si permanecen en contacto, el sujeto podrá tener una

buena salud mental.

Por supuesto entendemos que en ciertos ámbitos de nuestra sociedad, lo que predomina es el hacer y es por ese motivo que debemos compensar esa tendencia, del a misma manera que hizo Fromm (1976) cuando introduce la dialéctica entre el ser y el tener. Nos avalan la experiencia clínica y la reflexión compartida desde hace décadas. Nuestra sociedad corre el riesgo de “producir” sujetos intelectuales, independientes con capacidad para hacer y deshacer que han perdido o nunca tuvieron la conexión con los cuidados afectivos, con la emocionalidad que surge de las relaciones humanas.

La autenticidad y que el sujeto pueda sentirse real está en la base de la creatividad y por lo tanto en el objetivo psicoterapéutico.

Para Anfusso (2009), el ser equivale a tener una esencia o naturaleza, a existir y tiene un sentido centrípeto, ya que designa una cualidad inherente al sujeto, vaya donde vaya. También tiene el sentido de mismidad, ser uno mismo en cualquier lugar. Esta autora atribuye al hacer un sentido centrífugo, el hacer se dispara hacia fuera del sujeto, por lo que para Anfusso, sirve para referirnos a la otredad, podemos decir que el hacer está enfocado hacia el exterior del sujeto. Lo importante para el buen funcionamiento es que haya una complementariedad entre el ser y el hacer, entre lo femenino y lo masculino.

En India el “lingam”, era un ser doble, con los dos sexos ligados en una sola personalidad que simbolizaba la fuerza, la luz de la que emana la vida”. (Anfuso, 2009, p. 128).

También nos lleva pensar en términos de “yin y yang” presente en el taoísmo. Ambos se necesitan para funcionar de una manera saludable.

Es habitual en Winnicott, como sucede en muchos profesionales clínicos, que el contacto directo con los pacientes sea fuente de reflexión sobre diferentes aspectos humanos. Un paciente suyo con dilatada experiencia de análisis personal con diversos analistas, se halla estirado en el diván. Por razonamientos diversos, Winnicott cree que está viendo a un

hombre pero escucha a una mujer y piensa la manera de hacerle llegar tal observación. Entendemos que la pretensión de Winnicott es ayudarle a conectar dos funciones de la personalidad que se hallan disociadas. Le dice lo siguiente:

“Sé muy bien que usted es un hombre, pero yo escucho a una mujer, y hablo con ella”

(1971a, p.102)

Parece ser que, según su autor, hubo una reacción de alivio y a la vez de inquietud por parte del paciente, que verbalizó así:

“Si le hablase a alguien sobre esa mujer, me dirían que estoy loco” (1971a, p.102).

Winnicott: “No se trata de que usted le haya dicho eso a nadie; soy yo quien ve a la mujer y oye hablar a una mujer, cuando lo cierto es que en mi sofá hay un hombre. El loco soy yo mismo”. (1971a, p.102)

El paciente contestó:

“Nunca pude decir (sabiendo que soy un hombre): 'Soy una mujer.' Mi locura no es esa.

Pero usted lo dijo, y habló a mis dos partes.” (1971a, p. 103)

Lo verdaderamente relevante reside en que el paciente puede reconocer diferentes áreas de sí mismo y dialogar con ellas.

Parece ser que había sido un niño con una madre que deseaba una niña y así percibía a su hijo. Satisfacer a la madre tenía que ver con que él mantuviera la fantasía de ser una niña que desea ser un niño pero le está prohibido.

En cualquier caso más allá de esto, lo que nos parece de una importancia trascendental es el hecho de que Winnicott diga: “El loco soy yo mismo”, Asumiendo la distorsión en el mismo, como una forma de construir una posibilidad relacional nueva, la madre debiera ver su sesgo en la mirada hacia su hijo, ahora es el terapeuta que ve lo que no es. El paciente entonces puede desarrollar su propia mirada, la distorsión reconocida por

Winnicott, le permite a él reconocer las dos partes escindidas.

La creatividad se da porque la persona puede hacer, dejándose ir, sin miedo a caer en un estado de no integración, porque hay algo, alguien que la sostiene.

Pero para cultivar el ser hay que dejar hacer sin invadir a la persona. Así se desarrolla la capacidad para estar (y hacer) en soledad.

Winnicott nos plantea en su trabajo “la capacidad para estar a solas” (1958b), una de las paradojas propias de su pensamiento. Dos personas pueden estar solas acompañándose en sus soledades respectivas. El sujeto experimenta su propia soledad en presencia de alguien que está presente sin interferir. Es una forma de recrear el “ser”, y de permitirse el estar sin actividad específica. Aspecto que tiene una gran relevancia en el momento actual, la búsqueda de instrumentos para estimular al bebé y hacerle más competente no parece negativo en sí mismo, pero si va en detrimento de los cuidados estables y especialmente, siguiendo las propuestas de Winnicott, dando relevancia a acompañarle, facilitarle y proveerle de aquello que necesita, dejándole a la vez respirar y ser auténtico. La figura adulta estable acompaña al niño, permanece accesible para él. Lo interesante es que además esta figura adulta puede sentir a su vez su propia soledad, acompañada por el niño al que cuida. Este fenómeno es lo que tienen en mente los autores intersubjetivos actuales y el propio Kohut. Los integrantes de una diada relacional se sostienen entre sí, aunque es necesario que el niño sea sostenido especialmente y de una manera distinta por el adulto. De igual manera que en la psicoterapia hablamos de mutualidad pero a la vez de asimetría en la relación paciente-terapeuta. (Aron, 1996, Ávila, 2009 )

La soledad es en muchos casos generadora de sufrimiento, se huye entonces de ella. Puede ser un refugio defensivo para no enfrentar el dolor o la ansiedad de la vida emocional, así lo entiende Winnicott, pero para él es también una capacidad personal.

Si la persona puede sentir la soledad como un tesoro que le permite estar bien consigo



mismo, es que está capacitada para jugar y por lo tanto puede conectarse con las experiencias transicionales. De nuevo la paradoja es: que puede estar bien consigo mismo porque se ha sentido acompañado por alguien confiable; a la vez esa relación consigo mismo predispone a la buena relación con los demás. Winnicott (1958b) lo denomina “*la relacionalidad del yo*”, que lejos de ser una relación intrapsíquica aislada, representa la relación con uno mismo en la que siempre está presente el otro, aunque sea en la ausencia. La aplicación psicoterapéutica que se deriva de ello es que cuando trabajamos con el paciente sobre lo que siente por dentro o con las emociones emergentes de la relación con el otro, en el fondo nos estamos refiriendo al mismo tipo de proceso, ya que ambas relaciones son interdependientes e indisolubles. Como dijimos anteriormente, la dinámica entre el “ello, yo y super yo” y la realidad externa, siempre está referida a la relación entre personas y siempre tiene un sentido multidireccional. La creatividad es una capacidad que se forja en la soledad y en la soledad siempre está implícita la relacionalidad.

## **5. APORTACIONES DE WINNICOTT A LA PSICOTERAPIA.**

### **5.1. El sostén (“*holding*”), el valor relativo de la interpretación y la experiencia terapéutica con un analista suficiente e insuficientemente bueno**

El sostén (“*holding*”) como una función maternal primordial, no sólo tiene el sentido de sostener físicamente al niño, tomarle en brazos, acunarlo; tiene también el sentido de mirarlo, hablarle, acariciarlo y de alguna forma, mimarlo. Por lo que el significado es de sostén corporal y a la vez emocional y afectivo. La función de sostén permite que el cuerpo pueda expresarse con libertad y espontaneidad y se añade a esta experiencia una mente que irá desarrollando el pensamiento. No se trata de sostener mucho o poco sino de que la persona que realiza la función tenga la empatía suficiente para irse adaptando a las necesidades de su bebé, lo que dijimos que Winnicott llama, la figura suficientemente

buena o la mamá de devoción corriente. La falla en el sostén, favorece que la criatura experimente lo que Winnicott llama las agonías impensables o la amenaza de aniquilamiento, concepto parecido al de ansiedades catastróficas propia de la terminología kleiniana. La diferencia reside en que si el niño vive este tipo de ansiedades lo primero que nos preguntamos es que está sucediendo en las personas que le cuidan en cuanto a la función de sostén. Claro que el sufrimiento es vivido en primera persona y en el mundo interno, pero para Winnicott éste siempre se encuentra en relación con el entorno cuidador. De la misma manera que un psicoanalista relacional e intersubjetivo actual, si ve a su paciente en un estado de ansiedad o de reacción negativa, se pregunta: “Qué es lo que le sucede y que me sucede a mí, en que he fallado”, sin que esto signifique que el analista se sienta único responsable del estado del paciente, si fuera así sería una omnipotencia por su parte.

“La forma en que la madre toma en sus brazos al bebé está muy relacionada con su capacidad para identificarse con él. El hecho de sostenerlo de manera apropiada constituye un factor básico de cuidado” (Winnicott, 1965, p.. 23).

Es evidente que es la forma que tiene el entorno de generar en el niño confianza en los demás y en sí mismo, representa la función básica para la integración de la identidad y es el punto donde se alza la creatividad. Si las experiencias son suficientemente satisfactorias el sostén se incorpora como una función propia del niño, no hay conciencia de él pero está formando parte del mundo experiencial y es la base en la que se asienta el conocimiento relacional implícito. Si las experiencias son primordialmente malas, pueden recordarse o no; si se recuerdan se puede trabajar con ellas directamente, si no es posible hacerlo, el paciente las vivirá en sus relaciones humanas, incluida la relación terapéutica.

En cuanto al papel de la interpretación en el proceso terapéutico, Winnicott sostiene a lo largo de su obra que éste no debe basarse en la interpretación del inconsciente, rompiendo

así con la tradición psicoanalítica imperante. Por lo que ni las llamadas interpretaciones del mundo interno del paciente, ni las transferenciales son el elemento esencial de la cura psicoanalítica. Para Winnicott el elemento fundamental es la relación misma entre paciente y terapeuta, dos sujetos que estableciendo un vínculo confiable investigan juntos sobre las vivencias del paciente incluidas las que se derivan de la relación entre ambos.

La importancia del analista como sujeto real la encontramos en un trabajo clave en Winnicott, el ya comentado “Desarrollo emocional primitivo”. Aquí vemos como Winnicott se plantea que no se trata de interpretar sino de jugar el papel que el paciente necesita para abordar su problemática personal y su subjetividad que siempre es relacional e intersubjetiva.

Quiero decir con esto que un paciente que necesite el análisis de la ambivalencia en las relaciones externas tiene una fantasía de su analista y de la labor de éste que difiere de la fantasía del paciente deprimido. En el primer caso, el trabajo del analista es considerado como hecho por amor al paciente, mientras el odio es desviado hacia cosas odiosas. El paciente deprimido necesita que su analista comprenda que su labor constituye en cierta medida su esfuerzo para afrontar su propia depresión (la del analista), o acaso deba decir la culpabilidad y la aflicción resultantes de los elementos destructivos de su propio amor (del analista). Siguiendo en esta tónica, el paciente que recaba ayuda con respecto a su relación primitiva y pre-depresiva con los objetos, necesita que su analista sea capaz de ver el amor y el odio no desplazados y coincidentes que el analista siente por él. En tales casos, el final de la sesión, el final del análisis, las reglas y normas, todo esto se presenta como importantes expresiones del odio, del mismo modo que las buenas interpretaciones constituyen expresiones del amor y símbolos de la buena comida y de los cuidados. Sería posible desarrollar este

tema extensa y provechosamente” (Winnicott, 1945, p. 201).

La importancia del psicoanalista como sujeto real es fundamental en el Psicoanálisis Relacional actual. Vemos que Winnicott en 1945 empieza a trabajar lo que más adelante dirá como la importancia de las fallas del analista en los procesos de elaboración del paciente, por lo que cambiará substancialmente la utilización de la transferencia y contratransferencia.

Se advertirá que hablo de la elaboración de interpretaciones, y no de estas como tales. Me aterra pensar cuántos profundos cambios impedí o demoré en pacientes de cierta categoría de clasificación debido a mi necesidad personal de interpretar. Si sabemos esperar, el paciente llega a una comprensión en forma creadora y con inmenso júbilo, y ahora disfruto de ese alborozo más de lo que solía gozar con el sentimiento de haber sido penetrante. Creo que en lo fundamental interpreto para que el paciente conozca los límites de mi comprensión. El principio es el de que él y solo él conoce las respuestas. Podemos hacer que abarque lo que se sabe o adquiriera conciencia de ello con aceptación, o podemos no hacerlo. (Winnicott 1971a, p. 118)

Esta es la aportación más singular sobre el tema, si se interpreta para que el paciente vea los límites de la comprensión del analista, significa que el analista se ofrece como sujeto con limitaciones que transmite al paciente algo así como: “Podemos tratar de comprender el porqué de lo que a usted le sucede, pero no llegaremos a comprenderlo todo. Nuestro objetivo no es la comprensión absoluta ya que es imposible. El paciente podrá aprender que él también tiene sus límites en su comprensión, a pesar de lo cual, es conveniente intentarlo.

La interpretación fuera de la madurez del material es adoctrinamiento, y produce acatamiento (Winnicott, 1960a). Un corolario es el de que la resistencia surge de la interpretación ofrecida fuera de la zona de superposición entre el paciente y el analista que juegan juntos. Cuando aquel carece de capacidad para jugar, la interpretación es inútil o provoca confusión. Cuando hay juego mutuo, la interpretación, realizada según principios psicoanalíticos aceptados, puede llevar adelante la labor terapéutica. Ese juego tiene que ser espontáneo, no de acatamiento o aquiescencia, si se desea avanzar en la psicoterapia. (1971a, p.76)

Winnicott nos muestra su preocupación por el adoctrinamiento, consciente de que el analista tiene con el paciente una relación de poder, por lo que debe tener cuidado en no dirigirle. Destaca, al mismo tiempo, la importancia de mutualidad y de juego compartido. Si esto no es posible, la psicoterapia no lleva a cabo su función terapéutica.

...Los analistas deben cuidar de no crear un sentimiento de confianza y una zona intermedia en la cual puedan desarrollarse juegos y luego inyectar en esa zona, o llenarla de interpretaciones que en rigor provienen de su propia imaginación creadora. (1971a, pp.137)

El crear un encuadre que ofrezca la función de sostenimiento es fundamental para llevar a cabo proceso terapéutico. Las interpretaciones son posibles si se da este requisito previo. Sin embargo, Winnicott nos advierte de que construir un espacio de confianza no debe ir precedido de interpretaciones que puedan dañar al paciente.

La psicoterapia no consiste en hacer interpretaciones inteligentes y adecuadas; en general es un devolver al paciente, a largo plazo, lo que este trae. Es un derivado complejo del rostro que refleja lo que se puede ver en él. Me gusta pensar en mi trabajo de ese modo, y creo que si lo hago lo bastante bien el paciente encontrará su persona y podrá existir y

sentirse real. Sentirse real es más que existir; es encontrar una forma de existir como uno mismo, y de relacionarse con los objetos como uno mismo, y de tener una persona dentro de la cual poder retirarse para el relajamiento. (Winnicott, 1971a, p.154)

Por ello es posible que el analista en formación realice a veces un análisis mejor que los que hará al cabo de unos años, cuando sepa más. Después de haber tenido unos cuantos pacientes, empezará a resultarle tedioso avanzar con la lentitud de cada paciente, y empezará a formular interpretaciones no basadas en el material aportado por el paciente en esa sesión, sino en su propio conocimiento acumulado, o en su adhesión momentánea a cierto grupo de ideas. Esto es inútil para el paciente. El analista puede parecer muy inteligente y quizás el paciente exprese admiración, pero en última instancia la interpretación correcta es un trauma que el paciente tiene que rechazar, porque esa interpretación no es la suya. Se queja de que el analista intente hipnotizarlo, de que aliente una regresión severa a la dependencia, empujándolo de nuevo a una fusión, esa vez con el propio analista. (Winnicott, 1960b, p.66).

Es propio de Winnicott de avisar a los estudiantes de psicoterapia que es muy importante no exhibir ante el paciente una capacidad intelectual prominente. Lo más importante es que éste se sienta reconocido y comprendido siendo el mismo, en la medida de lo posible el que llegue a sus propias conclusiones. El terapeuta muestra lo que va aprendiendo del paciente, lo comparte con él, le acerca aquellos contenidos que considera útiles para que el los encuentre, o mejor dicho pueda descubrirlos por sí mismo.

Winnicott nos enseña lo siguiente

Hago interpretaciones por dos razones: (1) Si no interpreto, el paciente tiene la

impresión de que lo comprendo todo. En otras palabras, al interpretar logro conservar una cierta cualidad externa por no dar totalmente en el blanco, o incluso por equivocarme.

(2) La verbalización en el momento oportuno moviliza las fuerzas intelectuales. Movilizar los procesos intelectuales sólo es malo cuando ellos se han vuelto seriamente disociados del ser psicossomático” (1962, p. 218)

Queda claro que el trabajo terapéutico para Winnicott tiene que ver con la experiencia vinculativa y emocional que construyen paciente y terapeuta, El sostén permite que se dé la experiencia compartida donde es posible la transicionalidad, la “sabiduría” del terapeuta para formular interpretaciones del tipo que sea es poco relevante. Observamos que este elemento es substancial en el PRA (por ejemplo Aron, 1996).

La experiencia terapéutica requiere la función de sostén, de la empatía suficiente y de aceptar que el terapeuta puede ser un “buen objeto (sujeto)” para el paciente, con defectos y con capacidad para fallar; parecido en algunos casos a los objetos (sujetos) del pasado, pero suficientemente distintos para ofrecer una interacción suficientemente diferente a la original. El analista que se ofrece como un sujeto suficientemente bueno y como dicen Abelló y Liberman (2011) y suficientemente malo, podrá ayudar a sus pacientes. Todo lo contrario del analista omnisciente que se sitúa fuera de la relación terapéutica como si se tratara de un observador o de una pantalla sobre la que se proyectan las transferencias.

## **5.2. Comunicar y no comunicar. La búsqueda del self verdadero**

Winnicott cuestiona otro de los presupuestos propios del psicoanálisis. Pedirle al paciente que comunique aquello que tiene en su mente. “La regla fundamental” de Freud, la asociación libre. El paciente debe comunicar aquello que le viene a su mente, crea o no que tenga que ver con su problemática y sin someterlo a juicio o a censura. El analista puede

solicitarle asociaciones libres ante la explicación de un sueño o la narrativa de cualquier hecho manifestado. Si no lo hiciera, podría ser interpretado como una resistencia. Si el paciente prefiere demorar la explicación de un determinado contenido emocional, puede ser una resistencia, pero puede deberse a otras opciones. En cualquier caso, tiene derecho a no comunicar.

En la práctica, hay algo que debemos tener en cuenta en nuestro trabajo: el no comunicarse del paciente como contribución positiva. Debemos preguntarnos si nuestra técnica permite que el paciente comunique que no está comunicándose. Para advertirlo, nosotros, como analistas, tenemos que estar preparados para recibir la señal de "no estoy comunicándome", y distinguirla de la señal de desazón asociada con una falla de la comunicación. Esto se vincula con la idea de estar solo en presencia de alguien, al principio un hecho natural en la vida del niño, y más tarde una cuestión de adquisición de la capacidad para el repliegue sin pérdida de identificación con aquello respecto de lo cual el repliegue se produce. Esta capacidad aparece como la aptitud para concentrarse en una tarea. (1962, p. 246 )

Si aguardamos, pasaremos a ser percibidos objetivamente cuando corresponda según los tiempos del paciente. Pero si no nos comportamos de un modo que facilite su proceso analítico (que equivale al proceso madurativo del infante y el niño), de pronto nos convertimos en "no- yo" y entonces sabemos demasiado: somos peligrosos porque estamos en una comunicación demasiado estrecha con el punto central quieto y silencioso de la organización yoica del paciente. (1962, p. 246).

Winnicott abre la posibilidad de que el paciente no comunique como una forma de salvaguardar su verdadero self. Debemos esperar a que la comunicación sea posible, pero en algunos casos, debemos aceptar que habrá material del paciente que no llegaremos a



conocer.

En el centro de cada persona hay un elemento incomunicado, sagrado y merecedor en grado sumo de que se lo preserve. Ignorando por el momento las experiencias de fracaso de la madre-ambiente aún más tempranas y quebrantadoras, diría que las experiencias traumáticas que conducen a la organización de las defensas primitivas corresponden a la amenaza al núcleo aislado, a la amenaza de que sea descubierto, modificado, de que se comuniquen con él. (1962, p. 245)

Es evidente que para Winnicott lo verdaderamente relevante en el trabajo terapéutico, es la relación y la co-creación de experiencia entre los dos integrantes del proceso. La conversación franca y la autenticidad son elementos fundamentales. Winnicott propone un estilo de trabajo en el que el terapeuta pueda informar al paciente de cómo llega a la comprensión de los fenómenos, predispone al terapeuta a mostrarle los límites de su propia comprensión con el propósito de que el paciente comprenda que no es posible comprender en la totalidad y así atreverse a vivir su propia incompreensión como un estímulo para seguir pensando.

La comunicación de ciertos aspectos transferenciales formará parte de esta franqueza comunicativa del terapeuta, siempre que no actúen como elementos intrusivos y distorsionadores para el paciente.

Especialmente en el trabajo de Winnicott encontramos la importancia que tiene para el proceso terapéutico el reconocimiento por parte del analista de reconocer las fallidas en su función terapéutica. Proponemos llamarlo: “El reconocimiento de las fallas del analista en la relación transferencial”, lo cual, a nuestro modo de ver, revolucionó los conceptos de transferencia y contratransferencia del psicoanálisis predominante y clásico y sentó las bases sobre estos conceptos que preconiza el Psicoanálisis Relacional actual.

### **5.3. Transferencia y contratransferencia en Winnicott.**

El trabajo de Winnicott con patologías graves, psicosis y trastornos límite, le llevan a replantearse el fenómeno transferencial y contratransferencial. Es en 1955 en el Simposio sobre Transferencia del XIX congreso Psicoanalítico Internacional donde expone por primera vez algunas de sus propuestas.

La transferencia tal como es descrita por Freud, se da en pacientes sanos o de la esfera neurótica, éstos desarrollan una relación con el terapeuta impregnada de forma simbólica por sus transferencias infantiles. Pero en los pacientes graves el paciente necesita vivir en la transferencia aquellas vivencias del pasado que no fueron recogidas por no tener capacidad para ello. No tiene que ver con el inconsciente reprimido, sino con lo que hoy llamamos memoria de procedimiento (Corderch, 2010, 2012, 1014). Freud había tomado conciencia de que la transferencia era por un lado una resistencia y por otro una forma particular de recordar. Pensamos que entender la transferencia como una resistencia es un error epistemológico. El paciente no se resiste, en todo caso repite algo que vivió sin saber que lo vivió. Winnicott parte, desde nuestro punto de vista, de Freud en cuanto a entender la transferencia como una forma particular de recordar del paciente, pero lo que es verdaderamente significativo y distinto en Winnicott es que el paciente necesita las condiciones creadas por el analista, el sostén (holding) para que se pueda propiciar la transferencia como algo nuevo. Pero el terapeuta no es un mero receptáculo de la transferencia, es generador de ella. Su actitud, su persona real, su forma de estar con el paciente, sus intervenciones, generan las condiciones para el despliegue transferencial, pero a la vez generan directamente reacciones emocionales de paciente. Lo más relevante en Winnicott es que considera que las fallas del analista en tanto sujeto, son las que disparan las situaciones transferenciales del paciente de aquello que vivió sin saber que había sido vivido.

Winnicott desarrolla esta idea especialmente en el “Miedo al derrumbe” diciendo:

La finalidad de este artículo es llamar la atención hacia la posibilidad de que el derrumbe ya haya sucedido, cerca de los inicios de la vida del individuo. Este necesita “recordarlo”, pero no es posible recordar algo que no ha sucedido aún, y esta cosa del pasado no ha sucedido porque el paciente no estaba allí para que sucediese. La única manera de “recordar”, en este caso es que el paciente experimenta por primera vez esta cosa del pasado en el presente, vale decir en la transferencia. (1963b, p. 117)

En el miedo al derrumbe lo que Winnicott nos muestra es que el paciente vivirá las fallas del analista como algo tan real que pondrá en marcha sus vivencias traumáticas, podrán sentir las e incluso expresarlas. Si las fallas no son excesivas, se podrán asimilar y paciente y terapeuta podrán pensar en lo sucedido, vivirlo y comprenderlo. Se observa que esto no tiene nada que ver con la interpretación transferencial ortodoxa, especialmente promulgada por el grupo kleiniano y post kleiniano. Para ellos, es la interpretación transferencial lo que permitirá el cambio psíquico. El terapeuta le dice al paciente, “vea como siente que yo le fallo, pero esto es una distorsión que su mente hace debido a lo que vivió en su pasado o creyó vivir, dado que incluso en el pasado podían ser proyecciones de su propio mundo interno. Ahora cree que yo soy alguien que le abandona, que no le entiende y le perturba”.

Consideramos que son dos formas claramente distintas de entender y de utilizar la transferencia.

Los autores actuales ubicados dentro del Psicoanálisis Relacional entienden la transferencia como una construcción nueva que se da entre los dos integrantes del proceso. Winnicott lo conceptualizó de esta forma bidireccional en su experiencia con pacientes

con patologías severas. Nosotros pensamos que la transferencia es un fenómeno que surge de las vivencias del paciente y de su pasado pero en la que también contribuye el analista en la situación terapéutica. En realidad, es un hecho que ocurre con todos los pacientes y conviene estar atentos.

En cuanto a la contratransferencia, Winnicott (1947) en su obra como psicoanalista, desplegó el concepto de *odio en la contratransferencia*. Entonces también se inspiró en la casuística de pacientes graves, psicóticos y límites y especialmente en la temática delincinencial y en trastornos de la personalidad antisocial.

El odio de la madre hacia su bebe es una emoción y un sentimientos que se dan de una forma natural en toda crianza. Aunque sorprenda por las connotaciones negativas que conlleva la palabra odio, Winnicott cree que es natural que la madre pueda sentir hostilidad con su niño, la pueda pensar y comprender. El peligro es cuando el odio se da sin ningún tipo de reconocimiento por parte del adulto. Probablemente dedicado a la su supervisora Melanie Klein, Winnicott cree que la madre odia a su hijo antes que éste pueda odiarla a ella.(1947, p. 271).

Insta a los adultos a reconocer sentimientos hostiles de éstos hacia las personas que dependen de ellos. Creemos que la persona que puede sentir su odio y expresarlo es la que puede amar sin miedo a su propio amor.

En 1947 introduce la idea de que el terapeuta puede sentir odio hacia el paciente y que incluso puede verbalizárselo. El interés es poder mostrar una franqueza contratransferencial que movilice al paciente. Al trabajar con chicos carenciados con tendencias antisociales, Winnicott, supo en primera persona lo que se sentía cuando trataba de darles sostén y cariño con el fin de que pudieran tener una experiencia

relacional válida. En muchas ocasiones estos chicos respondían con desprecio, robos e insolencias. Tenía motivos Winnicott para desesperarse y sentir el odio, la rabia; la ingratitud de estos jóvenes movilizaba en Winnicott sus aspectos menos educados y por otro lado más espontáneos. Una persona proclive a la autenticidad, como Winnicott, no podía substraerse a la necesidad de comunicar a estos chicos los sentimientos que le despertaban. Las reacciones fueron muy auténticas también. Enfadarse con razón y comunicárselo a quien provoca el enfado, da sentido a la relación. Muchos de estos chicos habían sido maltratados y carenciados, es decir dañados y agredidos sin motivo ninguno, que alguien pudiera manifestar su agresividad hacia ellos, daba sentido a los sentimientos. Si se puede odiar, también se puede amar y reparar el mal causado.

Para Winnicott, el sentimiento de reparación, no sale únicamente del mundo interno, como postula Klein, sino que emerge de las experiencias reparatorias que han tenido lugar, es decir cómo han reparado los sujetos significativos cuando han hecho daño al niño. Reparar lleva implícito siempre el reconocimiento del daño causado y la responsabilidad de la culpa. Winnicott sostendrá que es muy difícil causado los suyos.

Sentir la contratransferencia, pensarla y compartirla, de alguna manera, con el paciente, fue una valentía de Winnicott que encontramos en esencia en el propio Ferenczi y que hoy los autores del Psicoanálisis Relacional han puesto en boga (véase, Mitchell, Aron, Coderch etc).

#### **5.4. Experiencias transicionales y mentalización**

Entendemos por mentalización: “La capacidad de los seres humanos de interpretar y comprender las propias conductas y las de otros, es una función cognitiva esencial para la convivencia e interacciones en un mundo social” (Martínez, C, 2011).

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100010&script=sci_arttext)

Según el autor citado, el concepto de *mentalización* fue introducido en la literatura

psicoanalítica algo tardíamente en el contexto de estudios sobre el desarrollo mental infantil, y de allí ha sido exportado al ámbito de la psicoterapia.

Fonagy y Bateman (2006), consideran que la mentalización se relaciona directamente con la creación de un área transicional de relaciones en la que podrán desplegarse emociones y sentimientos.

La transicionalidad para estos autores tiene el sentido de conectar las primeras experiencias mama-bebé con la adquisición de la capacidad simbólica. Consideran que la psicoterapia debe estimular en el paciente el proceso de mentalización, y entienden que el fenómeno transferencial no solo es la repetición del pasado o un desplazamiento. Tal como ya había señalado Winnicott la transferencia será una experiencia nueva entre paciente y terapeuta.

Piensen que los pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), viven la figura del terapeuta como algo real y actual, ya que tienen dificultad de acceder a la capacidad simbólica. Nosotros añadimos, siguiendo a Winnicott, que las características reales y actuales del terapeuta participan del proceso terapéutico con cualquier paciente. Lo que recomiendan Fonagy y Bateman es que el terapeuta debe aceptar ser real para el paciente con los pacientes TLP, nosotros consideramos que debe ser así especialmente con este tipo de pacientes, pero que es necesario tenerlo en cuenta con todos los pacientes que siguen un proceso psicoterapéutico.

Es especialmente importante la distinción que se hace de mentalización explícita e implícita.

...la mentalización implícita en la forma de comunicación no verbal y, lo más importante, no consciente para el terapeuta. En general, cualquiera sea el contenido del diálogo, gran parte de la mentalización implícita es no verbal. Las expresiones

faciales, la prosodia del lenguaje, los gestos y posturas, son todas expresiones de lo que Allen & Fonagy (2002) llaman "responsividad sensible" en un contexto de apego y sintonía o empatía en un contexto terapéutico. (Martínez, C, 2011)

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100010&script=sci_arttext)

Para estos autores, y en general para una buena parte de la literatura en esta línea, la relación entre lo implícito y explícito en la psicoterapia es una relación jerárquica, donde la mentalización implícita es una especie de telón de fondo donde se desplegará la mentalización explícita. Eventualmente la explicación terapéutica servirá para iluminar lo implícito del proceso terapéutico.

El proceso terapéutico debe dar cabida a lo implícito y lo explícito e integrarlo para que el paciente puede realizar una redescipción representacional, es decir que pueda tomar conciencia de los afectos y las contradicciones emocionales. (Linehan, 1993; Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991). El conocimiento inarticulado de la experiencia vivida nos permite darle sentido a las ideas y teorías, el conocimiento pre-verbal e implícito sería la raíz del conocimiento y de la razón explícita (Toulmin, 2001, citado en Allen & Fonagy, 2002).

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100010&script=sci_arttext)

Para Allen & Fonagy, (2002), la meta de la psicoterapia, orientada psicoanalíticamente no es alcanzar "insights", es decir ampliar el conocimiento de uno mismo, sino fortalecer la capacidad para llevarlos a cabo.

¿Pero, cómo un terapeuta hace esto? ¿Cómo se integran, en medio del proceso y en un momento cualquiera de la psicoterapia, lo explícito e implícito de la mentalización, sea ésta del paciente o del terapeuta? , se pregunta Martínez (2011).

La capacidad de pensar en los propios procesos emocionales y mentales ha sido unos de los objetivos principales del psicoanálisis desde Freud. El apotegma que figura en el

frontispicio del templo de Apolo “Conócete a ti mismo”, fue la brújula que marcó el rumbo del creador del psicoanálisis. No se trataba tan solo de eliminar estados mentales perturbadores, o hacer desaparecer síntomas inadecuados, se trataba de entrar en un proceso de comprensión y de significación, hacerse preguntas para ir adentrándose en las respuestas. En el mejor estilo de la mayéutica de Sócrates, las preguntas eran más importantes que las respuestas. El objetivo era el conocimiento sobre la propia persona y conocer a la persona era indagar en su mente y en su contexto, como nos enseñó Ortega (1914)

En general los humanos solemos tener el deseo de conocer la mente propia y la ajena, y probablemente el orden de búsqueda sea primero conocer al otro, con el que estoy y de quien dependo, para saber que manos son las que me sostienen y posteriormente tendré el trabajo de irme aclarando conmigo mismo. La necesidad de conocimiento del otro en tanto ser vivo, emocional e intencional, me conduce a darme cuenta de que yo también tengo un interior mental, emocional e intencional.

El psicoanálisis desde su inicio nos habla de “insight” para referirse a la capacidad de introspección, el buscar dentro de uno mismo, para comprender y comprendernos. El “insight” necesita de las funciones cognitivas, pero debe estar intrincado con la emocionalidad; precisa de la capacidad para sentir, pensar y comprender dentro de lo posible.

Se lo liga al preconscious porque tiene que ver con captar algo que no es accesible directamente a la consciencia. La psicología atrae a una gran parte de la población debido a la necesidad de indagar, de buscar, de conocer para poder después comprender, se trata de un fenómeno inherente a la mayoría de nosotros. (Sáinz, Cabré, 2012).



Winnicott entiende el proceso de maduración del niño, desde su desarrollo emocional primitivo como la continua interacción entre dos o más personas que tienen una mente propia que a la vez no está aislada sino en conexión con otras mentes.

Veamos que dice Winnicott de estas fases primitivas del desarrollo:

Podemos decir que en esta fase un bebé, en sus juegos, adquiere la capacidad para demostrar que comprende que tiene un interior y que las cosas proceden del exterior. Demuestra que sabe que se ve enriquecido por lo que incorpora (física y psíquicamente). Más aún, demuestra que sabe que puede librarse de algo cuando ha obtenido de este algo lo que de él desea. Todo esto representa un tremendo avance. Al principio solamente se alcanza de vez en cuando y cada uno de los detalles de este avance puede perderse en forma de recesión debida a la angustia. El corolario de esto es que ahora el pequeño da por sentado que su madre también posee su interior, que puede ser rico o pobre, bueno o malo, ordenado o confuso. Así, pues, el pequeño empieza a preocuparse por la madre y su cordura y sus estados de ánimo. En el caso de muchos niños, a los seis meses existe una relación como la que hay entre las personas normales. Ahora bien, cuando un ser humano siente que es una persona relacionada con los demás, entonces es que ya ha viajado mucho desde su primitivo desarrollo. (1945, p. 203)

En “La capacidad de estar solos” (Winnicott, 1958), nos sumerge en lo que Freud y otros autores como Melanie Klein llaman el mundo interno. Para Winnicott la soledad está siempre referida a la interacción-vinculación con el otro, por lo que la soledad y los sentimientos que se desprenden, dependen siempre de la relación con alguien. Es cierto que en la concepción psicoanalítica clásica, hablamos del interjuego de proyecciones e introyecciones y por lo tanto que la construcción del mundo de los llamados objetos

internos, surge de la relación mantenida con el objeto externo. Para el psicoanálisis clásico, la mente surge de la dialéctica entre lo pulsional y lo relacional y desde el punto de vista teórico estamos completamente de acuerdo. La diferencia reside en que nosotros pensamos, siguiendo a Winnicott, que la relación del niño con las personas reales no solo sirve para contener los impulsos sino que es la respuesta y las características de los cuidadores la que organiza la experiencia emocional propia. Podríamos incluso afirmar que la experiencia con el exterior se instala en el interior como una pulsión biológica predeterminante, no al revés. En realidad para Winnicott las pulsiones derivadas del ello no tienen ningún sentido hasta que existe un yo capaz de contenerlas y de pensarlas y el yo empieza a existir cuando el entorno actúa como auxiliar de éste ofreciéndole su capacidad para sentir y para pensar.

La capacidad para estar a solas tiene surge de la vivencia repetida de estar con alguien que te protege y a la vez te permite tu propio ensimismamiento. Estar solo en presencia de alguien que te contiene, permite desarrollar la relación con uno mismo.

En el magistral trabajo ya nombrado, Winnicott (1949a) nos habla de las diferencias entre la mente y el psique-soma. La mente tan necesaria para pensar y comprender los sentimientos, puede convertirse en un problema para las emociones, los sentimientos y la espontaneidad.

El concepto de mentalización surge de la escuela francesa de psicósomática (Marty, 1995) relacionado con la alexitimia, la incapacidad de expresar emociones a través de las palabras. Sin embargo lo verdaderamente significativo no es la imposibilidad de expresar, sino la incapacidad para realizar nexos entre los acontecimientos y las emociones, es decir en todo lo que tiene que ver con los sentimientos. Para la escuela francesa, el pensamiento operatorio o concreto está relacionado con la inactividad del preconscious. Es decir algo se mantiene en el inconsciente y algo se registra en el consciente, pero no hay nexos entre

ellos. La persona vive “ignorante” de la repercusión que tienen los acontecimientos en su mundo emocional. El “insight” no puede activarse, faltan los puentes necesarios que nos permiten sentir para luego poder pensar.

Para Winnicott (1963) la persona tiene miedo de vivir algo que en realidad ya sucedió pero que no estaba allí para registrarlo en su conciencia. Esta paradoja, muy propia de Winnicott (Clancier et Kalmanovitz, 1984) nos trasporta a la idea de poder recordar algo que en realidad no sucedió. Se tiene conciencia de los traumas que tuvieron lugar, cuando la persona los pudo recordar conscientemente. Duelos, malos tratos, abusos de cualquier índole; pero nadie puede registrar alguna cosa que debiera haber pasado y no pasó, por ejemplo todo lo que tiene que ver con la resonancia emocional del entorno.

“El trauma de lo que no sucedió” (Winnicott, 1963d). Cuando se puede tomar conciencia de ello, la persona puede decir: “Ahora veo que mi madre nunca me trató con cariño, es como si yo no significara nada para ella. Es posible que ella no pudiera sentir sus propias emociones. Creía que me quería, pero yo nunca había experimentado esa sensación de ser amada por ella. Ahora comprendo que es eso de amar a los hijos, por mi propia experiencia como madre” (narrativa de una paciente en el tercer año de psicoterapia). Winnicott piensa que hay que ayudar al paciente a que entienda que el miedo que tiene a experimentar determinadas emociones, procede del pasado. Lo que teme que suceda en realidad ya tuvo lugar. Volver a un estado de no integración cuando la vivencia es la de no ser sostenido, es algo muy difícil de soportar. Para Winnicott el paciente se defenderá de este miedo a través de la desintegración. Otra paradoja, la desintegración es una defensa para no vivir (de nuevo) una experiencia impensable. Si se le ofrece al paciente un encuadre adecuado que le proporcione la experiencia de ser sostenido y comprendido, éste podrá dejarse llevar y podrá sentir las emociones que luego podrán ser pensadas y llevadas a la conciencia. En casos graves no conviene dejarse llevar

por la idealización de nuestras capacidades como terapeutas, ya que nuestro trabajo proporciona bases para la contención y la reparación de experiencias infantiles, pero hay daños que una vez han sido causados y se han instalado en las entrañas del sujeto, no se pueden modificar por una nueva experiencia, por adecuada que esta sea. En el trabajo sobre el miedo al derrumbe, publicado póstumamente, Winnicott argumenta que el paciente tiene miedo a vivir un derrumbe ya vivido, pero no vivenciado. Se le ofrece por tanto la posibilidad de atreverse a derrumbarse con la esperanza de que esta vez será sostenido y sobretodo reconocido. El paciente ahora puede sentir que se encuentra con un analista suficiente e insuficientemente bueno. Capaz de ayudarlo y a la vez de reconocerle sus propias fallas. Si el analista reconoce su implicación en el bienestar y también en el malestar del paciente, le da un margen a éste para sentir su propia implicación emocional. Muy diferente al enfoque clásico en el que el analista muestra al paciente sus proyecciones para que éste se haga cargo de su funcionamiento con los demás. No es que creamos que está mal, sino que es insuficiente.

Para Fonagy (2005), la mentalización es la representación simbólica de los estados mentales y la relaciona directamente con la cualidad de los vínculos afectivos. Lógicamente, la capacidad para sentir y comprender el mundo emocional, proviene de las experiencias con personas capaces de sentir y comprender el suyo propio. La empatía es la forma más primaria de identificación con el otro, y para Freud (1921) era el primer lazo de amor.

Para Fonagy, los traumas vividos, por ejemplo todo lo que tiene que ver con el maltrato, dificulta la capacidad para la mentalización. Para Winnicott cuando el niño se siente en peligro de no ser sostenido por sus adultos, desarrolla un falso self que en algunas ocasiones se convierte en una mente separa del psique-soma (1949). La actividad hipertrofiada de la mente le sirve al sujeto para protegerse, pero le impide mentalizar y

simbolizar su sufrimiento.

Cuando existe un entorno de confianza, lo que Bowlby llama un vínculo y una base segura (1969), la criatura puede dejarse ir sin miedo. Ghent (1990) sugiere que lo contrario del amor es el miedo, inspirado en Winnicott cuando afirma que el niño se permite su gesto espontáneo cuando la madre sale al encuentro, no imponiendo sus propias dificultades (1960b). Cuando el niño ataca al objeto, éste debe sobrevivir, sin aniquilación ni venganza. La tendencia del niño puede ser agresiva o destructiva, pero lo importante es que el objeto tenga la capacidad de sobrevivir (Winnicott, 1968). Es más importante la cualidad del objeto (sujeto) de ser capaz de sobrevivir, que la tendencia destructiva del niño.

Los niños mal cuidados y maltratados, no son reconocidos en sus necesidades afectivas por lo que tampoco están legitimados para sentir sus propias emociones. En esos casos el niño no puede discernir si las dificultades de su entorno y de los adultos que lo componen, han sido causadas por él o por el contrario forman parte de las características naturales de éste. No saber si ha sido el propio niño el que ha causado la depresión de su madre o el maltrato al que es expuesto, o poder comprender que es la madre deprimida la que no puede-no sabe-no quiere tratar adecuadamente a su hijo cambia de la noche al día la percepción que uno tiene de sí mismo y de los demás.

Las interpretaciones psicoanalíticas, si se dan, deben ser cuidadosas y sobretodo contribuir al establecimiento y mantenimiento de un encuadre óptimo, como señalaron Armengol y Hernández hace algunos años (1991). Si estropean lo que tiene que ver con la confiabilidad, dañan el proceso de restauración del self, por utilizar una expresión de Kohut (1980).

Sostenemos que la capacidad para la mentalización de los procesos emocionales, mentales y relacionales, se construye a partir de los vínculos afectivos y especialmente si

éstos han hecho posible las vivencias que se desprenden de las experiencias transicionales.

La inmensa riqueza de las experiencias transicionales reside en que no hay una imposición, un protocolo que seguir. La figura adulta cuidadora se sumerge en una relación con su pequeño, sin miedo a la fusión ni a la confusión. Dispuesta a aprender del niño, escuchándole y escuchándose a sí misma. Es preciso contar con la flexibilidad suficiente para poder rectificar y ser capaz de aceptar no ser una figura perfecta, sino suficientemente buena que incluye al mismo tiempo la insuficiencia (Sáinz, Cabré, 2012).

La figura adulta cuidadora puede entender que su niño está en un estado de máxima dependencia, que necesita de un amor incondicional, amor primario (Balint, 1968) y que es preciso sostener al bebé para que viva la experiencia transicional de que él crea el mundo con el que se relaciona. La figura adulta cuidadora (FAC) sabe que no puede dejarle solo más tiempo del que el pequeño pueda resistir y perder dentro de él la relación con el cuidador (objeto externo). Deberá prestarle su mente o su capacidad para pensar y sentir, incluso para defenderse, para que él pueda ir desarrollando su forma particular de sentir, pensar y defenderse. Si la mente del niño no ocupa demasiado lugar, es porque la confianza se ha ido instalando, es entonces cuando la criatura está preparada para las vicisitudes que la vida le va a deparar; podrá entonces vivir la desilusión de la omnipotencia y enfrentarse a las frustraciones, reconociendo la dependencia. Cuando la dependencia es absoluta, no puede haber reconocimiento de ella, cuando empieza el reconocimiento de la existencia del otro como facilitador y proveedor de las experiencias emocionales, es cuando se puede reconocer una cierta dependencia del otro, y el proceso avanza hacia la integración del self.

Para Winnicott (1949). Lo emocional, que él llama psique, está ligado a lo corporal. Los cuidados corporales incluyen las funciones alimenticias, de aseo, caricias, besos... acompañadas de un sostén emocional, de cariño. La FAC, trata de entender los estados

emocionales del pequeño a través de las señales que éste envía. Si todo va bien, como ya hemos dicho, la mente del niño se vincula con la unidad psicosomática. Las sensaciones, las emociones son algo que se pueden sentir y pensar por una mente que está vinculada a ellas. La mentalización representa la capacidad para vincular estos aspectos entre sí, es cuando los sentimientos se van organizando vinculados a las experiencias y a las representaciones mentales que se tiene de ellas.

La mentalización implícita tiene lugar porque se rememoran estas experiencias sutiles que tienen que ver con los cuidados más que con las palabras, aunque se necesitan ambos elementos. El tono y timbre y la prosodia de la voz, la textura de las manos, los olores, la mirada de reconocimiento del pequeño, el intento de entender la comunicación preverbal, es lo que Winnicott llama la unidad psique soma, la palabra da sentido a la experiencia, como si fuera una especie de colágeno y la mente lo puede procesar. Todo ello predispone la capacidad para mentalizar.

#### **5.4.1. El papel de las carencias afectivas en los procesos de mentalización y en la psicopatología**

Las malas experiencias vividas en la infancia siempre son relacionales y tienen una alta repercusión en la salud mental y en la configuración del cerebro. Los malos tratos físicos y psíquicos, el abuso sexual en familia o cercano a la familia actúa como una agresión y un maltrato de suma relevancia. Existe otra forma de maltrato no reconocida visiblemente, el que proporcionan familias en las que los afectos y las emociones no están reconocidas ni bien llevadas con las repercusiones que esto conlleva. La muerte de un progenitor que no ha sido substituida por alguien adecuado, el suicidio de algún miembro de la familia que no ha podido ubicarse y reconocerse de una forma clara, son formas de generar un malestar difícil de procesar.

Estas experiencias traumáticas en las que el entorno no sale al encuentro con

naturalidad, van a interrumpir y dificultar seriamente las capacidades mentalizadoras, tal como Fonagy y colaboradores han demostrado en sus investigaciones.

Las malas experiencias que dan pie a situaciones traumáticas, actúan en la vida mental como auténticas carencias, en lugar de protección y facilitación del crecimiento, lo dificultan y entorpecen.

Las carencias afectivas excesivas en la infancia (Talarn, Sáinz, Rigat, 2013), estimulan el malestar y la psicopatología. No queremos decir que la psicopatología dependa exclusivamente del sufrimiento derivado de las carencias, pero sí que juegan un papel primordial en la construcción de la persona y de los colectivos. Una forma de hacer frente a las carencias es la de construir defensas, éstas son necesarias para no sucumbir al dolor, pero a la vez pueden llevarnos a un sufrimiento mayor.

Una forma defensiva y psicopatológica de hacer frente a la carencia lo representan las llamadas personalidades psicopáticas o antisociales. Son una reacción posible al daño recibido. Beben de las aguas de la frialdad de lo esquizoide y se nutren de la arrogancia de lo narcisista. La sociedad capitalista y mercantilista, que hemos denominado de perfil bajo, los auspicia y los protege. Las personalidades con tendencias psico y sociopáticas (también llamadas por DSM, antisociales), buscan el beneficio propio, no colectivo, carecen de empatía con las necesidades ajenas y son conscientes de lo que hacen, por qué lo hacen y de las repercusiones que tienen sus actos. Carecen del sentimiento de culpa, incluso el de vergüenza, lo que les lleva a tener un nivel bajo de ética; les predomina la falta de solidaridad con los demás y por lo tanto carecen del respeto necesario para la convivencia entre personas.

Para no sentir las carencias vividas, han desarrollado un sistema defensivo que ha cristalizado y se ha convertido en la estructura de su personalidad. En realidad es un “falso self” en el sentido de Winnicott (1960) el verdadero self o dicho de otro modo lo más



auténtico de la persona permanece oculto; aquello que tiene que ver con la fragilidad, con la capacidad de sentir pena con el reconocimiento de necesidad, permanece oculto y puede incluso llegar a desactivarse, ganando terreno el falso self y convertirse en el único self. El triunfador el lobo de las finanzas, el que no tiene escrúpulos, el que Tizón llamaba en 1982, el ejecutivo- agresivo-nunca-deprimido, producto de una sociedad mercantilista y descarnada de lo afectivo y de lo emocional de las relaciones humanas, puede ser un falso self que actúa como un único self.

Las capacidades elaborativas no pueden darse porque no se puede dar la capacidad reflexiva. Las experiencias transicionales no han sido posibles, la omnipotencia ha quedado instalada y disociada de las necesidades emocionales propias. La falta de empatía que el entorno probablemente ha tenido con el sujeto ha conducido a una falta de empatía con los demás y por lo tanto con uno mismo. Puede idolatrar, idealizar e idealizarse, pero no puede amar y ser amado. Los estados de dependencia son atacados y no reconocidos.

Otra salida defensiva y psicopatológica es todo lo que tiene que ver con trastornos de personalidad, especialmente. El trastorno límite de la personalidad, personalidades esquizoides, paranoides, dependientes entre otras.

Lo que observamos en las personalidades límite es una tendencia a la acción que substituye al pensamiento; una gran dificultad de tolerar la frustración. El TLP no se permite ni siquiera sentir la frustración y luego defenderse de ella, la defensa aparece antes de que actúe aquella realidad que pueda frustrarle, por lo que expulsa toda posibilidad de reflexión defendiéndose así de las ansiedades depresivas.

Nos preguntamos ¿qué tienen en común estas estructuras de personalidad?: Un funcionamiento escindido, desconectado, en términos de Winnicott, un funcionamiento no integrado. Los procesos de integración están perturbados. La constancia de los cuidados,

la continuidad existencial, la unidad psicósomática que incluye como hemos dicho, la conjunción de sensaciones, emociones y sentimientos, unida a la capacidad cognitiva y mental para procesarlos actúan de manera escindida. Todo ello nos lleva al funcionamiento descrito por Marty y colaboradores (1963) como pensamiento concreto u operatorio.

La principal característica del pensamiento concreto es la desconexión, la no integración de experiencias y la bidimensionalidad en la que se asienta, por lo que no tiene acceso a lo simbólico.

La psicoterapia debería proporcionar una experiencia que cree un espacio transicional donde sea posible el juego y las experiencias transicionales, que promuevan un vínculo afectivo basado en la confianza. Si esto es posible, el pensamiento concreto puede evolucionar hacia la función reflexiva y la mentalización

#### **5.4.2. Los ángulos ciegos de la personalidad**

Proponemos el concepto de *ángulo ciego de la personalidad* a aquella parte del funcionamiento mental propio que uno no puede visualizar como tal. En los trastornos de la personalidad, el ángulo ciego es estructural, es decir que se encuentra en el núcleo de la personalidad. Nos referimos a ángulos ciegos que se encuentran en cualquier personalidad por sana que sea. El sujeto no puede dialogar con esa parte, porque no reconoce su existencia, por lo que no puede reconocerla como propia. No depende de los contenidos mentales en sí mismos sino de que éstos se encuentran dentro del ángulo ciego de la personalidad. Las otras personas pueden verlo en el sujeto y darse cuenta de su funcionamiento mental y relacional, pero el sujeto no puede identificarlo como algo propio. Podríamos hablar de un mecanismo de negación, se niega el contenido porque se encuentra dentro del ángulo ciego. Sin embargo la negación puede no afectar a otras áreas o a otros contenidos.

Es difícil abordarlo a través de la función reflexiva y de la mentalización, incluso dentro de un trabajo terapéutico. Se puede contrastar y hacer notar cuando el paciente sin saberlo nos da datos de su existencia, lo implícito podemos volverlo explícito; sin embargo es posible que en el mejor de los casos el paciente lo entienda pero no puede identificarlo como algo de su propio self.

En personas con escaso nivel de psicopatología, observamos que presentan un buen funcionamiento en general, con ellos mismos y con los demás, incluso con capacidad para sentir empatía y con un adecuado nivel de “insight”, sin embargo cuando sucede algún evento que moviliza contenidos que están dentro del ángulo ciego de la personalidad, éstos son ignorados, como si no existieran.

Una persona que puede ser sensata, que puede ser incluso un excelente teórico de la mente humana o incluso un terapeuta experto, puede no darse cuenta de su rivalidad enfermiza con algunas personas. Puede experimentar sentimientos de envidia, celos, desprecio que no son vivenciados como tales. Se da el malestar pero no se puede hacer función reflexiva o mentalizar de donde procede, por lo que no se identifican como sentimientos concretos. La persona puede en otros momentos sentir tales sentimientos y reconocerlos, en este caso porque se han dado fuera del ángulo ciego, pueden entonces ser vistos y reconocidos. Es cuando esta amalgama de emociones y sentimientos están tan adheridos que no pueden ser ni observados ni vivenciados por el sujeto, sencillamente no existen. Puede, sin embargo reconocerlos en un sujeto externo. El psicoanálisis clásico lo define como una proyección en otro de lo que uno no puede ver en sí mismo. Lo que nosotros queremos decir es que provienen de una “ceguera” del sujeto por lo que puede verlo en un sujeto externo pero no en él mismo. Desde el punto de vista de la práctica psicoterapéutica cuando se trata de una proyección, el terapeuta puede mostrárselo al paciente y éste puede reflexionar y aumentar sus capacidades para la mentalización, pero

cuando se parte de dicha ceguera, el paciente podrá escucharlo, pero probablemente no le servirá para el progreso terapéutico.

Dejamos abierta la posibilidad de estudiar que puede que haya aspectos saludables que también pueden permanecer en el ángulo ciego. La persona no reconoce unas cualidades propias que sin embargo se dan en sus relaciones interpersonales.

Los ángulos ciegos de la personalidad no son elementos disociados, tampoco reprimidos, son elementos que se han forjado dentro de la misma personalidad, forman parte de ella, en gran parte, es por ello que no pueden ser observados. Queremos decir que son elementos ego-sintónicos, no son susceptibles de autocrítica. Puede haber una sensación ego distónica que causa malestar por algo que se repite o que suelen decir los demás de uno mismo, pero el sujeto no llega a tener conciencia real.

A una persona con alto nivel de narcisismo no se le puede hacer ver que es narcisista, de igual forma que a una persona con pensamiento concreto es muy difícil explicarle su funcionamiento concreto, porque no podrá entenderlo. Pensemos en cualquier universidad de las llamadas prestigiosas del mundo, un profesor puede enseñar psicopatología, explicar perfectamente los trastornos de personalidad, hablar del trastorno narcisista, tener él mismo todas las características de dicho trastorno y no tener ninguna conciencia de ello.

Podríamos hablar de aspectos infantiles, inmaduros pero que se han quedado solidificados en la mente, ya no evolucionan, salvo que en algún momento alguien pueda ayudar al sujeto a ponerse en contacto con ellos.

Todos los intentos terapéuticos de llevar al paciente a la mentalización de su sufrimiento, tiene que ver con la posibilidad de poner en contacto elementos escindidos de la personalidad, la forma de hacerlo es a través de la función reflexiva, es decir de la reflexión compartida y co-creada entre el paciente y el terapeuta. Los ángulos ciegos de la personalidad en tanto que forman parte de la memoria de procedimiento solo pueden ser

abordados por la mentalización implícita y ésta solo se puede llevar a cabo construyendo un vínculo terapéutico afectivo basado en la confianza mutua. La mentalización implícita como hemos dicho anteriormente, no depende de la interpretación, sino de las vivencias directas que se dan en el vínculo terapéutico entre paciente y terapeuta. Está más próxima de lo que Stern (1998) llama momentos de encuentro y de los “enactments” (puesta en escena) que estudia el Psicoanálisis Relacional actual.

Los ángulos ciegos de la personalidad esconden contenidos mentales a los que la persona no tiene acceso, tal como hemos señalado. Nos podríamos preguntar entonces, ¿qué sucede con estos contenidos?. Una respuesta posible sería que se proyectan en un objeto externo. Sin embargo, puede ser que se puedan observar en otras personas sin que por ello sea una proyección, sino una adecuada percepción del otro. Lo verdaderamente relevante es que el sujeto puede reconocerlo en otras personas por su agudeza y su capacidad de observación y no reconocerlo cuando se da en sí mismo. Nos estamos refiriendo a que si del sujeto que hablamos, fuera un psicoterapeuta en ejercicio, este podría estudiar determinados aspectos en sus pacientes, incluso comprenderlos de una forma adecuada. Es en su propia persona que no puede reconocerlos, no por el tipo de material en concreto sino porque se encuentran dentro de los ángulos ciegos de su personalidad.

La organización de estos ángulos ciegos se produce en las vivencias evolutivas y son de alguna manera biológicos. Nadie puede tener una visión analógica de 360 grados, ni siquiera la cabina de un avión o los retrovisores de un vehículo.

En los trastornos de la personalidad, en general hay una predominancia del pensamiento concreto operatorio. Es como si la mente no se hubiera estructurado en consonancia con la emocionalidad ligada a la experiencia somática. Tal como hemos señalado, Winnicott lo explica en su trabajo “La mente en relación con el psique-soma”.

Probablemente es la misma experiencia con la que se encontraron los autores de la escuela psicosomática de Paris, para ellos el paciente psicosomático auténtico, no poseía la cualidad del trabajo del preconscious, por lo que las vivencias se sentían en un plano somático, y las emociones eran vividas en el mismo nivel corpóreo. La mente no es capaz de unir los estados anímicos con las sensaciones corporales y las emociones. Pensamos que este tipo de funcionamientos no solo se dan en el paciente psicosomático que estudiaban los autores del instituto de psicosomática de Paris sino que se dan en muchos sujetos, incluso algunos que no presentan psicopatología específica. Sostenemos sin embargo que en las estructuras de personalidad patológica, la predominancia del pensamiento concreto u operatorio es un hecho clínicamente constatado y en gran parte es por ello que aumenta la dificultad de ayuda. Es muy difícil tomar conciencia de las propias dificultades de una forma integrada cuando hay predominancia del pensamiento operatorio, la función reflexiva y la mentalización se convierten en una labor difícil. Para comprender esta que afirmamos basta con estudiar a personalidades narcisistas, esquizoides, paranoides, límites, antisociales...

El ángulo ciego de las personalidades más sanas representa un área que tiene un funcionamiento autónomo no reconocido, cuando se da en personalidades más patológicas, creemos que es el self el que está comprometido de una forma global.

Podemos pensar que esta ceguera que está adherida a la estructura del propio self tiene lugar cuando el entorno no ha podido empatizar con algunos estados emocionales en la infancia. Aquello con lo que los cuidadores no han podido empatizar puede sencillamente no desarrollarse como una función propia, es probable que ésta sea la razón por la que se configuran los ángulos ciegos de la personalidad. Aquello que no ha tenido una traducción por parte del entorno, no se puede nombrar.

El ángulo ciego de una persona con la que te relacionas puedes captarlo cuando hay un

cierto vínculo y una asiduidad en la relación. Notas que hay algo de aquella que no se puede abordar, ni siquiera evidenciar, se siente a un nivel implícito, la persona en cuestión no lo expresa verbalmente. En la psicoterapia, el terapeuta capta los ángulos ciegos de su paciente, cuando tiene experiencia relacional con él, también puede suceder que queden desapercibidos. Winnicott decía que el analista podía estar tratando un falso self sin darse cuenta y creyendo que está haciendo un buen análisis. Lo que decimos en este momento es que el terapeuta no percibe el ángulo ciego del paciente porque éste no se manifiesta a través de la palabra y para darse cuenta de él se necesita una relación larga y vincular que a veces no es posible.

#### **5.5. El “Squiggle” paradigma gráfico de la intersubjetividad winnicottiana.**

El juego del garabato (squiggle game) es una variedad de juego espontáneo, creada por Winnicott en su trabajo clínico para favorecer el contacto y la comunicación terapéutica, preferentemente con niños y adolescentes. Una técnica gráfica sin reglas en la que el terapeuta y el paciente alternativamente realizan sus garabatos, que son transformados (intervenidos, completados, etc.) por el otro miembro del juego. El juego del garabato es un entredós donde los interlocutores gráficos se aplican en un proceso de juego creativo, cuya resultante es una creación transicional de autoría compartida. Su función es la de establecer contacto con el paciente, lograr que despliegue su capacidad de jugar –desde el área de ilusión (omnipotente) al espacio transicional (compartido)– asociado a su capacidad para usar al terapeuta. El objetivo terapéutico consiste en facilitar la comunicación con el paciente, esto es, tomar contacto con las fantasías y conflictos del paciente y, por ende, favorecer su integración psíquica. (Lacruz, 2010, p 492).

Esta definición tan precisa que realiza Lacruz sobre el “squiggle” traducido como

garabato, nos permite comprender la importancia que Winnicott otorga a la interacción y comunicación con el paciente. Más allá de las palabras, es preciso comunicarse de una manera bidireccional. No se trata de que el terapeuta entrevista a su paciente para obtener datos, impresiones, anamnesis, sino que el acento está puesto en que ambos, terapeuta y paciente, deben compartir y crear juntos desde el primer momento una experiencia intersubjetiva. Dicho de otro modo, en una primera entrevista ambos integrantes tratan de conocer al sujeto con el que se encuentran, uno para saber que puede hacer para ayudarle y el otro para saber si se va a dejar ayudar por ese ser, llamado terapeuta o psicoanalista. La idea de Winnicott es crucial y paradigmática de la intersubjetividad. Ofrece al paciente la posibilidad de dibujar trazos de forma espontánea, sin premeditación que serán continuados por el terapeuta según surja su propia espontaneidad. Paciente y terapeuta ponen de sí mismos conscientes de que existe una mutualidad, una bidireccionalidad entre ambos. A nuestro entender, el papel donde dibujan, los trazos que uno hace y el otro completa, dan lugar a la construcción de experiencias transicionales, es el juego entre ambos en estado puro y crea un campo intersubjetivo. La utilidad que tenga esta experiencia para el conocimiento por parte del terapeuta sobre su paciente, pasa a segundo plano. El primer plano está ocupado por el deseo de establecer una conexión franca y directa entre ambos protagonistas.

Winnicott escribe sobre el “squiggle” en su libro de 1971b *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*, traducido por “Clínica psicoanalítica infantil”. Winnicott introdujo esta forma de proceder en la consulta pediátrica del Hospital “Padignton Green Children’s de London en el que trabajó durante ms de 40 años. Winnicott dice:

Es siempre una satisfacción cuando un niño utiliza su propio garabato, de modo que



su dibujo es totalmente personal. El dibujo hecho por un niño y basado en su propio garabato es muy diferente de cualquier otro que pueda hacer como dibujo o cuadro” (Winnicott, 1971b, p. 129)

Lo fundamental es que el “squiggle” se ubica en el terreno de los fenómenos transicionales, pertenece al espacio potencial donde se desarrolla del juego y, por supuesto, no se refiere a un juego con reglas sino a la capacidad de jugar que se produce de forma espontánea. Winnicott dudó en divulgar el “squiggle” por el temor de que alguien lo estandarizara como un test proyectivo al uso y se perdiera el motivo por el cual fue ingeniado, conseguir la interacción con el paciente y construir un espacio de confianza mutua. No nos consta que nadie haya llevado a cabo la preocupación de Winnicott sobre el “squiggle”.

## **5.6. La regresión**

Es evidente que el término regresión ha sido motivo de interés. Laplanche y Pontalis (1968) lo definen como *“Dentro de un proceso psíquico que comporta una trayectoria o un desarrollo, se designa por regresión un retorno en el sentido inverso, a partir de un punto ya alcanzado, hasta otro situado anteriormente.”* (p.358). Para Freud (1900, 1914) la regresión es considerada un mecanismo de defensa y su utilización es considerada de forma patológica. Se “regresa” por no ser capaz de hacer frente a las ansiedades correspondientes. La regresión puede relacionarse con la otro concepto freudiano introducido en 1914, la compulsión a la repetición que unos años más tarde en “Más allá del principio del placer” (1920) y en “Inhibición síntoma y angustia”, lo convierte en un derivado de la pulsión de muerte y le da categoría de resistencia. La resistencia a avanzar y evolucionar lleva al individuo a la regresión, como una forma de no hacer frente al

crecimiento y a la repetición, volver a formas conocidas, aunque sean nocivas para la salud.

Desde nuestro punto de vista, podemos aceptar que existen tendencias regresivas como expresión psicopatológica, al igual que determinada persona puede estar encallado en un bucle repetitivo que perpetúa una forma enfermiza de estar en el mundo. De la misma manera que la elección de pareja puede estar dominada por la compulsión repetitiva o ciertos estados regresivos.

Nosotros pensamos en acorde al pensamiento winnicottiano y relacional, que estas tendencias regresivas son formas de protegerse de algún sufrimiento acontecido o que la persona cree que esta por acontecer. El estudio de estos fenómenos, una vez más, no se pueden separar del entorno donde se produjeron y se producen, los contextos que hemos aludido en otro apartado y de la resonancia emocional que han tenido las personas emocional y relacionalmente significativas para el sujeto.

Winnicott, de la misma manera que lo hizo Balint, le otorga a la regresión el carácter de “segunda oportunidad” (Balint, 1968) y una forma de volver a un estado de dependencia en el que el entorno pueda hacerse cargo de las angustias vividas.

En el excelente capítulo de Abello y Liberman (2011) dedicado a la regresión afirman:

Winnicott partirá del supuesto de que las problemáticas clínicas de falso self requieren para su tratamiento una regresión a la dependencia en el marco analítico, regresión que permite que se actualicen (o pongan en juego) las fallas ambientales tempranas que se encuentran en el origen de estas patologías, dando lugar a lo que él denominará una segunda oportunidad para el desarrollo (p.. 235)

En este párrafo están sintetizadas las ideas de Winnicott sobre la regresión. Por un lado se relaciona con el falso self. Encontrar el verdadero self es posible reconociendo que el falso ha sido construido para la protección del mismo, como hemos apuntado en el capítulo correspondiente. Para encontrar lo esencial del self es preciso regresar a un estado de dependencia (absoluta) que es tanto como volver a un estado de no-integración. Se dará una segunda oportunidad, si el sujeto siente que se encuentra en “buenas manos” y confía en el entorno y la persona o personas con las que se encuentra. Si nos referimos a la psicoterapia, hablamos de las condiciones del encuadre que incluye las variables externas y las que aporta el propio terapeuta como profesional y como persona subjetiva. El sujeto en regresión está buscando la forma de vivir de nuevo esas experiencias traumatizantes, ahora con plena conciencia, Abelló y Liberman destacan que las fallas ambientales estarán ahora activas, añadimos, presentes y reales, por lo que se les podrá hacer frente y, lo más importante, referirse a ellas.

Winnicott explicó con suma profundidad estas ideas en su trabajo fechado hacia 1963 y publicado años más tarde con el título de “el miedo al derrumbe”.

Según Abelló y Liberman (2011) Winnicott se interesó por el concepto de regresión en la década de los 40, culminando en un trabajo del año 1954 “Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico”. Para nuestro autor, la regresión es un camino de vuelta hacia el momento de la falla ambiental. El contenido emocional había quedado “congelado”, detenido o disociado, esperando la oportunidad de emerger de nuevo, como hemos dicho anteriormente. Podemos pensar que en toda psicoterapia, el paciente realiza un proceso regresivo. Pedir ayuda a otro ser humano para mejorar la propia vida emocional y relacional coloca a la persona en una situación de cierta indefensión. Cuando los profesionales de la salud mental solicitan hacer terapia personal por exigencias de la formación como psicoterapeutas o por motivos de auténtica

necesidad, pasan de ser los asistentes a ser los asistidos, lo cual es todo un ejercicio de humildad.

Para construir algo nuevo, a menudo es necesario deconstruir alguna situación anterior. La psicoterapia psicoanalítica procura no poner masilla o pintura en las paredes del paciente, sin antes saber cuáles son las grietas o los desperfectos que existen.

El estudio de la regresión lleva a Winnicott a plantearse dos tipos de registro de las experiencias vividas, acercándose a los estudios actuales sobre la memoria y dejando de lado, por un momento, lo inconsciente (Coderch, 2010, 2012, 2014). Las vivencias que pueden ser pensadas, con la subjetividad inevitable y aquellas que no (la memoria declarativa y la de procedimiento, o explícita e implícita). La criatura humana reacciona como puede ante las intrusiones del entorno. Entendemos como intrusiones, tanto las que son activas, como el maltrato físico o la agresión sexual, como las que son por abandono a falta de sincronía empática. Estas intrusiones “Impingement” pueden llevar a contenidos que no pueden ser pensados. Bollas (1987) lo denomina “lo sabido no pensado”, sabido porque de alguna manera está formando parte de la experiencia y de la vivencia, y no pensado porque no puede ser referido de una forma verbal.

Winnicott se interesa por la idea de que el análisis debe crear las condiciones necesarias para sostener una experiencia nueva, que es a la vez, antigua. Un “holding” de confiabilidad suficiente para poner en marcha el proceso curativo. Si se produce la regresión, el terapeuta debe garantizar el “holding” para poder sostener al paciente, una vez sostenido se puede sentir y pensar sobre lo ocurrido o, por lo menos, hablar de ello.

Lo fundamental es que la regresión lleva a la persona a un estado de dependencia, puede que de máxima dependencia, es decir a un estado de no-integración. Winnicott afirma que para poder crear uno debe dejarse ir a un estado de no-integración, salvo que éste sea vivido con un sufrimiento extremo. Si el terapeuta trabaja tranquilo, se podrá permitir el

dejarse ir a un estado pre-teórico, sin prejuicios excesivos. Cuestionaríamos de este modo la frase popular del saber no ocupa lugar, por lo contrario, a veces el saber ocupa tanto lugar que uno no puede permitirse el no saber cómo una forma de estar abiertos al conocimiento. Ambas cosas las encontramos en la tradición socrática y, en nuestro entorno de trabajo, en Bion (1962) que insiste en la importancia de tolerar el no saber; el mismo Freud tuvo la misma apreciación con la brillante idea de que el terapeuta trata de tener una atención flotante ante las asociaciones libres del paciente.

Desde nuestro punto de vista ofrecer al paciente una nueva oportunidad experiencial pasa por el reconocimiento de lo vivido, aunque sea de una forma implícita. Es justo reconocer a Freud, como recuerda Erickson, que el objetivo psicoterapéutico no es olvidar, sino ayudar a recordar. Ahora diríamos que el objetivo no es el recuerdo sino la posibilidad de que se pueda una nueva experiencia en la que la persona pueda sentirse real. Para Winnicott el sentirse real y el vivir la vida en primera persona constituyen los engranajes verdadero self.

Podemos decir que el objetivo de una vida saludable no es alcanzar el estado de independencia, entre otras cosas porque tal empresa es imposible en términos absolutos, sino más bien reconocer las dependencias en las que nos vemos sumidos y por encima de todo sentir el real que nos permite estar vivos. La capacidad de sentirnos vivos es, para Winnicott, la definición de vida creativa (1971).

#### **5.6.1. Balint, la regresión benigna, la ocnofilia y el filobatismo.**

Balint (1968) coincide con Winnicott en entender la regresión como un volver a empezar y por lo tanto como una progresión, denominará este proceso “regresión benigna” que, al igual que Winnicott la diferenciará de situaciones de estancamiento o de repliegue con características patológicas. Curiosamente Balint en el capítulo titulado: “la regresión terapéutica, el amor primario y la falta básica” inicia su planteamiento hablando del poder

curativo de la relación. Considera que para Freud, el psicoanálisis tiene como objetivo hacer consciente lo inconsciente y que para alcanzarlo el instrumento era la interpretación. Balint piensa que la relación como terapia es muy difusa para Freud y no se dedica a investigarla. Las interpretaciones para Balint son siempre verbales y permiten la introvisión:

La formación de una relación adecuada da como resultado un “sentimiento”; mientras la introvisión tiene correlación con el acto de ver, el sentimiento tiene correlación con el contacto, es decir, con una relación primaria u ocnofílica. (1968, p. 191)

En una línea similar a su analista Ferenczi, Balint cuestionará la regla de abstinencia de Freud. Está de acuerdo con que el analista no debe responder a los anhelos y peticiones del paciente, sin más, pero que un momento determinado debe ser capaz de responder a necesidades primarias, dentro de una relación primaria que no suele darse entre adultos. Destacamos que Balint, tal como harán los psicoanalistas relacionales e intersubjetivos unas cuantas décadas después, antepone la psicología unipersonal emparentada con la concepción instintivista y pulsional del psicoanálisis y la psicología bipersonal a la que se refiere cuando habla de la relación como instrumento curativo. Es plenamente consciente de que los analistas que mantienen la creencia de objetividad en el proceso terapéutico, no realizan adecuados diagnósticos diferenciales. Una vez más, Balint, como hiciera Ferenczi y también Winnicott, es partidario de adaptar la técnica a las necesidades y posibilidades que tiene el paciente y no al revés. Este aspecto puede parecer obvio e intrascendente, pero desde nuestro punto de vista, creemos que es de una importancia cardinal para la práctica clínica.

Los conceptos de ocnofilia y de filobatismo, aunque derivan de una terminología poco frecuente, representan una aportación de gran utilidad para la comprensión de las relaciones interpersonales. Los humanos nos sentimos seguros cuando podemos establecer una relación cercana con alguien (ocnofilia), es imprescindible para poder establecer vínculos afectivos consistentes. Sin embargo si solo pudiéramos establecer relaciones ocnofílicas, correríamos el riesgo de quedar atrapados. La ansiedad derivada de la relación cercana y ocnofílica es de características claustrofóbicas. Necesitamos poder expandir nuestro mundo relacional y estar abiertos a relaciones no comprometidas, filobáticas, donde puede haber interacción, pero no necesariamente vínculo afectivo. Balint cree que el filobatismo significa que las relaciones estrechas son vividas como peligrosas.

Nuestra manera de ver esta importante aportación de Balint, es la siguiente.

Las relaciones ocnofílicas y filobáticas son necesarias cuando se dan de una forma equilibrada. Sin relación vincular no puede haber crecimiento emocional sano, pero ha de poderse combinar con la necesidad de establecer interacciones no vinculares, que no estarán sometidas a vivir duelos difíciles. Si el sujeto solo puede establecer relaciones filobáticas viviría de una forma superficial, alimentado por la fantasía de que no hacen faltas las dependencias. Nuestra sociedad auspicia el filobatismo, como derivado del rechazo de los vínculos y de la dependencia necesaria para construirlos.

En dos trabajos anteriores (Sáinz 2007, 2014) propusimos la idea de la personalidad filobática, entendida como una modalidad “esquizoide”. El filobático no necesita establecer vínculos, sin embargo se relaciona con un alto nivel de sociabilidad; a diferencia de las personalidades esquizoides, el filobático puede ser sociable e incluso tener habilidades sociales de comunicación muy desarrolladas, sin embargo no es capaz de establecer vínculos afectivos seguros. Se relaciona pero no se vincula afectivamente. Si no

establece vínculos puede intercambiar a las personas sin hacer duelos. Si no hay vínculo, no hay duelo que elaborar.

Balint cree que el analista debe estar dispuesto a alternar con su paciente la ocnofilia y el filobatismo. Creemos que debe ser capaz de ayudar al paciente a vivir las dos experiencias en la relación terapéutica y también en el exterior, en sus relaciones ordinarias.

Balint entiende, de la misma forma que lo hace Winnicott, que el paciente puede necesitar volver a un estado de dependencia en el que la experiencia de ser uno con el analista es de vital importancia. Estar en compañía de alguien que no fuerza la relación con interpretaciones incisivas. La regresión se convierte en benigna porque es una nueva forma de comienzo. Se refiere a vivir la experiencia de “amor primario” en la que el bebe es un continuum con el ambiente. Tal como señala Daurella (2013), para Balint entre el ambiente y el individuo existe una penetración bidireccional, el uno dentro del otro de una forma armónica. De esta forma se substituye la idea de Freud de narcisismo primario que tiene un sentido unidireccional.

Para Balint:

El analista debe estar dispuesto a sostener o llevar al paciente, no de una manera activa, sino así como el agua sostiene al nadador o la tierra sostiene al caminante; el analista debe estar allí presente para su paciente, para ser usado por él sin resistirse demasiado a ser usado. (1968, p. 198)

El analista es como el agua que sostiene al nadador, tiene el sentido de que ambos forman parte de la misma substancia y los dos componentes están sumergidos el uno en el otro. Podemos observar, también, que Balint utiliza la expresión “uso” del terapeuta sin connotaciones peyorativas, tal como hará Winnicott por esa misma época.



El estudio sobre la regresión en su sentido progresivo les permitió a estos autores cuestionar el mito de la interpretación como instrumento principal, y a veces único del psicoanálisis. Ciertamente que tanto Winnicott como Balint, en la línea trazada por Ferenczi, se suelen referir al trabajo con pacientes graves, en general con carencias o “traumas” primitivos. Para nosotros el trabajo terapéutico con cualquier paciente no debe basarse en la interpretación sino en la conversación y el diálogo tranquilo y empático, con el afán de ser dos sujetos que investigan juntos a propósito de uno de ellos. Tal como anticipó Armengol (1994,2001), al cual consideramos un pionero en nuestro ámbito del que hoy llamamos psicoanálisis relacional e intersubjetivo. El paciente debe sentir que se encuentra con un semejante, no con una esfinge o un oráculo ajeno al proceso.

Balint realizó otra aportación de vital importancia clínica, tal como señala Daurella (2013), el concepto de falla básica que proviene de la geología y la cristalografía que suele traducirse por “falta”. Evidentemente la falla referida a alguna necesidad del niño que no fue correspondida o satisfecha adecuadamente por el entorno. Cuando esto es de esta forma con necesidades vitales o cuando de una forma reiterada la criatura no es bien atendida, se produce una carencia, una falta que adquiere las connotaciones de falla. Es decir que en el mundo experiencial del sujeto, hay algo que se ha construido mal, aunque el desarrollo haya continuado. La idea conceptual de Balint ha permitido entender el sufrimiento y la psicopatología cuando predomina la falla básica o cuando la persona está más avanzada y predomina el conflicto, tema que trataremos más adelante.

## **6. EL PSICOANÁLISIS RELACIONAL E INTERSUBJETIVO.**

### **6.1. Introducción**

La denominación de Psicoanálisis Relacional se atribuye a Mitchell hacia el año 1999. Mitchell había publicado junto con Greenberg en 1983 (Greenberg & Mitchell, 1983) y

posteriormente en solitario en 1988 (Mitchell, 1988), sobre relaciones objetales y sobre los conceptos relacionales en psicoanálisis.

El trabajo de Mitchell tiene el mérito de haber indagado en los diferentes autores y escuelas psicoanalíticas desde Freud todo lo referido a la relacionalidad. De esta forma el propio Freud tiene aportaciones relacionales al psicoanálisis. De esta forma se podría afirmar que todo el cuerpo teórico psicoanalítico está basado en la relación (Tizón, 1982). Sin embargo, nos parece necesario diferenciar que si bien el psicoanálisis desde su fundación se ha interesado por las relaciones afectivas entre el niño y sus padres y entre el paciente y el terapeuta, la concepción psicoanalítica relacional actual presenta una serie de presupuestos para la comprensión del ser humano y para la intervención terapéutica que difieren de las escuelas psicoanalíticas tradicionales.

Bien es cierto que el Psicoanálisis Relacional no pertenece ni a una sola escuela y menos a un solo autor, le debemos a Mitchell, entre otros el haber sabido extraer de autores diversos y diferentes, posiciones teóricas y formas de ejercer el trabajo analítico que hoy son consideradas como los pilares del Psicoanálisis Relacional. La variedad de autores ayuda a que no se haya construido una escuela con nombre propio como sucede en las grandes escuelas psicoanalíticas, freudiana, kleiniana, lacanaiana, junguiana, son algunos ejemplos. El Psicoanálisis Relacional está presente en Freud, pero son otros autores posteriores a él los que han contribuido en su edificación. Al mismo tiempo muchos son los psicoanalistas que han mantenido y, en algunos casos, han aumentado la ortodoxia derivada de los presupuestos freudianos.

La guerra entre escuelas no es nueva, es vieja. Como sucede en todos los grupos humanos, surgen discrepancias y divergencias, los narcisismos individuales y colectivos nos llevan a posiciones que tienden al dogma. La creencia que un determinado grupo tiene la verdad de lo que es psicoanálisis y lo que no ha sido una constante desde la época de

Freud y sus discípulos (véase Roazen, 1978). Es muy habitual que un determinado grupo desprecie lo que otro grupo aporta de nuevo o creyendo que es nuevo. Los psicoanalistas estamos psicoanalizados pero no exentos de conflictos, rivalidades y de narcisismos no resueltos. Los institutos de formación psicoanalítica tienden a ser cerrados y dogmáticos, creídos de tener certezas y verdades incuestionables (Kernberg, 1996)

Para Ávila (2009) el término relacional está referido “a poner especial atención sobre el impacto que las relaciones humanas tienen en la génesis y dinámica de la actividad mental, configurada como una psicología bi-personal, en la que el impacto del observador sobre lo observado es continuo e inevitable”

Se reconoce a Freud el mérito de dar importancia a las vivencias de la infancia y a las relaciones humanas como base para la construcción del psiquismo. Sin embargo creemos que Freud está especialmente entregado al estudio del psiquismo en sí mismo.

La comprensión sobre el funcionamiento psíquico le lleva a desarrollar sus dos tópicos, la primera formulada en 1900 en el capítulo VII de “la interpretación de los sueños” y la segunda a partir de 1923, en el libro “El yo y el ello”. Entre las dos tópicos, Freud ha introducido el concepto de pulsión de muerte, en 1920 en “más allá del principio del placer”. Las dos pulsiones de vida y muerte coexistentes y articuladas entre sí son, para Freud, el motor que empuja al humano hacia la relación con los demás. Las pulsiones predeterminadas biológicamente, por lo tanto innatas, son la base sobre la que se edifica el psiquismo. En la segunda tópica, Freud hace una descripción sobre el papel que juegan las instancias psíquicas. El “ello”, como representante psíquico de las pulsiones en conflicto con el “yo”, representante de lo consciente y con el “Super yo”, derivado de la introyección de las normas morales y éticas individuales; estas instancias se ven abocadas a tener el contacto con la realidad externa. La tensión y el conflicto entre ellas y la realidad producen el psiquismo un monto de ansiedad que será mitigada por los mecanismos de

defensa pertenecientes a la esfera inconsciente del “yo”.

Freud otorga a la realidad externa un papel regulador y organizador de lo que él denomina el aparato mental. Para Freud, como ya hemos dicho, las pulsiones vitales y las destructivas unidas a las tendencias edípicas aseguran el conflicto con la realidad. La búsqueda de relación, es para Freud, la necesidad de encontrar objetos sobre los que descargar todo el conglomerado pulsional y edípico. El psiquismo está dominado por el inconsciente que alberga las ansiedades más primarias, las tendencias edípicas y destructivas hacia los demás y hacia uno mismo. El objetivo del psicoanálisis es enfrentar estos demonios y desenmascararlos, de esta forma Freud cree que los síntomas que acucian al paciente serán entonces liberados. Freud y también Klein consideran que la interpretación pondrá en evidencia la forma que tiene el humano de esconderse de su propia realidad, si la persona enfrenta su propio engaño, podrá curarse.

El Psicoanálisis Relacional e Intersubjetivo considera, como ya hemos argumentado, que el ser humano tiene un sufrimiento inherente al hecho de vivir y tener que adaptarse a sus realidades cambiantes. Depende de los vínculos, de la relación con los otros y por lo tanto de las personas con las que se encuentra a lo largo de su vida. La bi-personalidad de la que habla Ávila implica que todo lo personal es siempre relacional.

Para muchos de nosotros, Freud cometió el error de desestimar su teoría traumática de que sus pacientes habían sufrido traumas de carácter sexual o de otra índole en su infancia y que ello había condicionado sus vidas, por la idea de que lo que tenía primacía no era la realidad vivida sino la fantasía subyacente.

Para nosotros, auspiciados hoy por los autores relacionales e intersubjetivos, la fantasía no depende de la pulsión sino del contacto con la realidad y la realidad la componen personas con las que nos relacionamos y se relacionan con nosotros.

Ferenczi, un discípulo muy valorado por Freud (Talarn, 2003) cuestionó a éste en el

abandono de la teoría traumática y llamó la atención de que el psicoanalista debe tratar de escuchar las realidades que describe el paciente, con toda su subjetividad. Qué ha sucedido o sucede en la vida del paciente y cómo reacciona su entorno con el que se relaciona, es de vital importancia para la comprensión del funcionamiento mental y relacional, ambos inseparables. Por este motivo unido a la flexibilidad en el encuadre psicoterapéutico y por haber preconizado la empatía como instrumento imprescindible para el trabajo clínico, se reconoce a Ferenczi como el precursor del Psicoanálisis Relacional actual.

El Psicoanálisis Relacional se ha ido edificando sin un propósito especial, cada autor ha ido aportando lo que le parecía según sus puntos de vista, no ha existido un objetivo común ni un acuerdo de crear una nueva escuela. El cuerpo de lo que hoy llamamos Psicoanálisis Relacional Intersubjetivo tiene muchas piezas y muchos arquitectos, también recolectores y creadores como Mitchell. Es especialmente importante remarcar que no pertenece a un tiempo actual únicamente. La riqueza del PR es que ha puesto en contacto a autores antiguos con autores y escuelas recientes, manteniendo entre sí la libertad de pensamiento.

Siguiendo a Ávila (2009) vamos a nombrar algunas premisas que caracterizan el cuerpo teórico del Psicoanálisis Relacional:

## **6.2. La matriz relacional**

Concepto propuesto por Mitchell (1988) que pretende superar la dicotomía entre lo personal y lo intrapsíquico. Para él, la realidad psicológica tiene la capacidad de abarcar los dos terrenos. La mente puede regularse a sí misma y regular la relación con los demás. Mitchell destaca que la interpersonalidad ha abarcado mucho áreas del conocimiento actual no solo del psicoanálisis: “La mente ya no puede definirse como un fenómeno en sí mismo y aislado, por lo que la entendemos como un “modelo de transacciones y estructuras internas derivadas de un campo interactivo e interpersonal”(1988, p. 29). La

construcción de la mente es, por tanto, un producto social. La idea principal es que siempre estamos con alguien en interacción o aquello de que de nuestra identidad como mucho somos coautores. Para Mitchell, es necesario estudiar el self , el otro y el espacio entre ambos. Lo fundamental de la idea de que la mente se organiza dentro de una matriz relacional es que los psicoanalistas debemos indagar en la realidad externa de nuestros pacientes, más preciso, en la narrativa que han organizado de su realidad externa. Tal como ya propuso Sullivan (1956) en su teoría interpersonal. Más que interpretar debemos conocer que ha sucedido en la vida de nuestro paciente, aunque sabemos que su narrativa estará teñida de su subjetividad.

### **6.3. Relacionalidad e Intersubjetividad**

Cuando se empezó a estudiar la llamada teoría de la mente en realidad se tomó conciencia de que la mente no existía como un fenómeno aislado, sino que su desarrollo y su funcionamiento estaba en constante interacción. La teoría de la mente era una teoría de las relaciones interpersonales. Los primeros en introducir este concepto fueron, por un lado el filósofo Daniel Dennet y por otro los primatólogos David Premack y Guy Woodruff. (Seligman, 2011).

El concepto de ‘teoría de la mente’ se refiere a la habilidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos, sus intenciones y sus creencias. Es obvio que la teoría de la mente entronca directamente con la intersubjetividad. De alguna manera la intersubjetividad tiene que ver con el encuentro del sujeto con otras mentes (Martínez, M, 2011, p.12)

Trevarthen ha trabajado en la década de los 70 el concepto de intersubjetividad desde

la perspectiva de la biología. Para Trevarthen (2009) el encuentro con el mundo es el encuentro con la subjetividad. Distingue en el proceso evolutivo la intersubjetividad primaria y la secundaria, la primaria se da entre los 2 y los 9 meses de vida, representa los intercambios temporal y emocionalmente regulados que se observan en las tempranas interacciones diádicas que se establecen entre la mamá y bebé. La secundaria lo utiliza para describir aquellas situaciones en las que el bebé entre los 9 y los 12 meses es capaz de combinar en la interacción con su mamá dos tipos de actos, los práxicos - señalar con el dedo, mostrar, dar, ofrecer, tomar objeto, manipulación consecutiva, imitación práxica, regular la acción sobre el objeto, resistirse, tocar con objeto, extender la mano- y los interpersonales -sonreír, vocalizar, mirar a la cara del otro, extender los brazos hacia el adulto, tocar al otro, imitación vocal - (Hubble & Trevarthen,1979). Es importante destacar que para Trevarthen (2009),

Nuestro mundo compartido no depende de “conceptos-objeto” de construcción propia ni de ninguna “teoría de la mente” elaborada dentro de nuestra obsesiva cabeza individual. Depende de una simpatía en acción como motivación intrínseca, del “sentimiento de compañía”, y de una pretensión creativa sobre la elaboración de acontecimientos y objetos que importan. (p.20)

También considera que el cerebro humano está programado para comunicar estados mentales y para aprender por imitación rituales de conducta expresiva y acciones prácticas. En los últimos años las pruebas de resonancia magnética funcional han demostrado que cuando un bebé de 2 meses ve el rostro de otra persona que puede ser un comunicador, se activan ciertas áreas de la corteza correspondientes con aquellas partes que, en un adulto sofisticado, conocerán los rostros de otras personas, que serán

responsables de sus expresiones de comunicación vocal, gestual y facial, y que serán capaces de responder con el gesto y con el lenguaje articulado (Tzourio-Mazoyer et al., 2002).

Los autores que han trabajado la intersubjetividad desde una perspectiva biológica-evolutiva han llegado a la conclusión de que el bebé en la relación con un adulto cuidador establece un intercambio emocional y afectivo que opera dentro de lo que llamamos mutualidad psíquica, exactamente como habían captado los psicoanalistas que han trabajado sobre el mismo tema.

La madre tiene un sentimiento poderoso e intuitivo de lo que el bebé va a responder, y encuentra pronto el tono y la calidad de la voz correctos. Su "discurso dirigido al bebé" es un mensaje de afecto y respeto por los sentimientos del niño y el niño atiende preferentemente a las cualidades amorosas de su mensaje, aprendiendo a conocerla bien Murray y Trevarthen, 1985; Papousek, 1994; Papousek y Papousek, 1981 ; Hofer Stern, Haft, y Dore, 1985; Trehub, 1990. (Trevarthen, 2009, p.27)

Por otro lado, los bebés se retiran ante un discurso materno que sea demasiado "dramático", con un "entusiasmo forzado" o de los tonos apagados y repetitivo de una madre deprimida (Marwick & Murray, 2009; Poderes y Trevarthen, 2009). El pulso y la emoción del "auténtico" habla infantil resuena con el sistema motivacional del niño y evoca movimientos rítmicos sincrónicos en el cuerpo y expresiones de interés y placer, así como arrullos sencillos (Panksepp&Trevarthen, 2009; Trevarthen et al., 2006). Todo ello lleva la conciencia del bebé hacia estados de atención centrada, conduce a la alternancia de mensajes y deja impresiones duraderas. (Trevarthen, 2009, p. 27).



Hemos querido glosar algunas aportaciones de Trevarthen y de otros estudiosos para llamar la atención acerca del trabajo llevado a cabo por los psicoanalistas sobre la intersubjetividad ya que tienen un nivel alto de covalencia con lo estudiado por otras disciplinas, especialmente la neurofisiológica.

La introducción de la intersubjetividad en psicoanálisis ha sido realizada por diferentes autores y en diferentes momentos. Sin embargo considerados promotores de la escuela intersubjetiva, originada en EEUU a Stolorov, Atwood y Orange (1997, 2012) siendo los iniciadores de una metateoría que comparte algunos de sus presupuestos con otros muchos autores anteriores y contemporáneos. Sostenemos que Winnicott es un psicoanalista precursor del enfoque relacional y por lo tanto un psicoanalista intersubjetivo. Benjamin (1999), Sáinz (2002), Rodríguez Sutil, (2005).

El enfoque intersubjetivo: “Entiende el psicoanálisis como el intento dialógico de dos personas que se unen para comprender la organización de la experiencia emocional de una de ellas a través de otorgarle sentido conjuntamente a su experiencia configurada intersubjetivamente” (Orange, 1995)

Los estudiosos de la perspectiva intersubjetiva se consideran también contextualistas, podemos decir que todo lo referido a la identidad humana es subjetivo y todo lo subjetivo es intersubjetivo y sucede dentro de un contexto relacional.

En los contextos intersubjetivos se construyen principios organizacionales, que guardan una similitud con el conocimiento relacional implícito del grupo de Boston. Son formas de estar en el mundo y de relacionarse con los otros. El pasado y el presente están dialógicamente involucrados en la configuración de los campos intersubjetivos.

Entre paciente y terapeuta se crea un campo intersubjetivo donde podrán emerger los principios organizativos, con la esperanza de que éstos sean nuevos, más flexibles y

accesibles a la reflexión. (Orange, Atwood, Stolorov, 1997,2012). Para nosotros el trabajo terapéutico es una profunda reflexión, franca y honesta entre ambos integrantes. Proponemos al paciente analizar, estudiar sus emociones, sentimientos y afectos y los contextos donde se han producido en el pasado o en el presente. Al trabajar con el paciente sobre sus experiencias intersubjetivas, nos relacionamos con él con nuestra subjetividad y es cuando se crea un nuevo campo intersubjetivo donde es posible sentir, pensar y comprender. Sin la experiencia relacional compartida, estos fenómenos corren el riesgo de ser estériles o llevar a un falso “insight”. Winnicott advierte de la posibilidad de que el analista esté llevando a cabo interpretaciones correctas con un paciente correcto que realiza un falso “insight “, creyendo que está haciendo un buen análisis (Winnicott, 1960).

Las antiguas organizaciones de experiencia pueden activarse en el contexto terapéutico, ahora pueden ser reconocidas y relativizadas y se pueden ubicar en el pasado o en el presente. Uno de los integrantes es primordialmente un guía y el otro busca organizar y reorganizar la experiencia de maneras menos dolorosas y más creativas. Sin embargo, cada uno es un participante pleno y contribuye al proceso emergente. (Orange, Atwood y Stolorov, 2012, p. 41).

Cada analista con cada paciente re-crean una experiencia única e intransferible. Esta es la riqueza de la psicoterapia entendida de forma intersubjetiva. Cada uno aporta sus capacidades y sus ángulos ciegos, cuando el terapeuta reconoce que los tiene, deja de creer que es capaz de entender y empatizar con cualquier cosa del paciente. La empatía es limitada en todos nosotros, la perdemos, la recuperamos, podemos tenerla en algunos momentos, con algunos pacientes y no con otros. Los autores relacionales e intersubjetivos subscriben el precepto de Kohut que debemos trabajar con la actitud abierta de introspección i de empatía. Los ángulos ciegos de la personalidad que hemos propuesto anteriormente son aplicables al terapeuta. El

problema fundamental es que por muy bien analizado que esté el profesional, puede creer que empatiza con un tipo de material con el que no le es posible hacerlo y lo más importante, que puede no darse cuenta. No es posible darse cuenta de todo y creerlo es una omnipotencia dañina.

El enfoque intersubjetivo ha hecho mucho contra la rigidez del “setting” propio del psicoanálisis ortodoxo. Desde el cuestionamiento del uso del diván considerado como la pieza fundamental que estimula la regresión, gracias a la cual es posible llegar a una mayor profundidad interpretativa. Las escuelas ortodoxas, especialmente la kleiniana y post kleiniana han defendido esta postura, haciendo una clara distinción entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, dejando el uso del diván y el número de 4 ó 5 sesiones por semana al análisis y el uso del sillón cara a cara a la psicoterapia de 1 ó 2 veces por semana. Nos manifestamos absolutamente de acuerdo con los trabajos de Coderch (2010, 2012 y 2014) en los que manifiesta, especialmente en este último a favor de llevar a cabo un proceso terapéutico con el menor de interferencias posibles y adaptado a los nuevos tiempos.

...el psicoanálisis intenta echar luz sobre los fenómenos que emergen en un campo psicológico específico constituido por la intersección de dos subjetividades, la del paciente y la del analista. Es una ciencia de lo intersubjetivo, centrada en el interjuego que se da entre dos mundos subjetivos organizados de forma diferente, aquel del observador y el del que es observado” (Atwood, Stolorov, 1984, pp. 41-42).

Siguiendo estas aportaciones, nos vemos conformados a afirmar que entonces la ciencia que persigue el psicoanálisis es una ciencia de la intersubjetividad, lejos de los parámetros propugnados por la ciencia empírica, que trata de encontrar la objetividad de

los fenómenos.

A propósito de los conceptos de observador y observado, queremos hacer una pequeña alusión compatible con el enfoque intersubjetivo, el observador-terapeuta es también el observado y el observado-paciente es también observador, aunque cada uno juegue roles distintos.

Es un hecho observable que la vida psicológica crece y cambia dentro de los contextos intersubjetivos que nos vamos encontrando, esta premisa unida a la idea de que somos seres relacionales por naturaleza son ideas que han estado presentes desde antiguo en pensadores como Aristóteles, por ejemplo.

Orange, Atwood y Stolorov (1997, 2012) afirman que el campo intersubjetivo incluye el área intermedia o transicional, el espacio de la ilusión y del juego, tal como lo describe Winnicott. Nosotros sostenemos que el campo intersubjetivo que proponen estos autores equivale al espacio transicional de Winnicott (Conversación Stolorov-Sáinz en Almagro, 2002).

Por otro lado, los autores intersubjetivos en coherencia con sus principios básicos de la práctica psicoterapéutica, cuestionan la neutralidad del analista. No la consideran posible, ni siquiera necesaria, aspecto que compartimos plenamente con ellos y que es absolutamente compatible con las ideas de Winnicott respecto al encuadre. Al igual que Ferenczi, Winnicott considera que el trabajo terapéutico debe servir al paciente y si hay que variar la forma de abordarlo, se variará. Igual que el maestro húngaro, son partidarios de la flexibilidad en la práctica clínica con los pacientes. Los autores intersubjetivos se encuentran en la misma posición de flexibilidad. La neutralidad no es posible, porque la mirada del terapeuta y su forma de escuchar y de entender está, inevitablemente tamizada por su subjetividad. Pretender la objetividad pura en el proceso psicoterapéutico representa una posición de omnipotencia.

Los autores de la intersubjetividad, lejos de la utópica e innecesaria neutralidad, son partidarios de que el terapeuta pueda, en determinadas ocasiones, revelar aspectos de sí mismo a colación del material que presenta el paciente. Los argumentos que esgrimen a favor de la auto-revelación son consistentes y llevado a cabo por terapeutas experimentados, puede ser una herramienta muy adecuada. En cualquier caso consideramos que la auto-revelación debe ser de uso restringido, compartimos con ellos que el terapeuta por encima de todo debe ofrecerse al paciente como un semejante, nunca como un oráculo o una esfinge. A fin de cuentas, los pacientes, nos conocen mucho más de lo que son y somos conscientes, especialmente si el terapeuta se atrinchera detrás de un supuesto anonimato, además se corre el peligro de que el paciente ante un terapeuta “neutro” se ve menos autorizado a expresar su conocimiento sobre él. La supuesta neutralidad del analista llevaría a la idea de una transferencia no contaminada, es decir si todas las variables del encuadre están controladas por el terapeuta, la neutralidad estaría asegurada, todo lo que el paciente comunica tendrá que ver con su distorsión transferencial; el terapeuta no habría contribuido en nada, tan solo sería una pantalla de proyección. El analista gozaría del título de genérico Mitchell (1997), es decir que el mismo paciente haría la misma transferencia con cualquier analista, ya que partiríamos de la idea de unidireccionalidad. Estamos totalmente de acuerdo con los autores intersubjetivos y relacionales que esto no es posible, ni deseable.

Aunque es obvio para cualquier investigador sensato debemos recordar que, “Desde la perspectiva intersubjetiva o perspectivista, las percepciones del analista no son intrínsecamente más verdaderas que las del paciente” (Orange, Atwood, Stolorov, 2012, p. 85).

Estos autores desestiman la idea de la analizabilidad y lo contrario, consideran que todos los pacientes son susceptibles de terapia ya que no depende exclusivamente de su

estructura o psicopatología, sino de la diada que se establezca con el terapeuta en cuestión. Si bien estamos de acuerdo con la idea fundamental de que lo que no es posible en una relación terapéutica, puede serlo en otra, no la compartimos en términos absolutos. Por un lado, no todos los pacientes pueden beneficiarse de una psicoterapia analítica, puede no ser una buena indicación. En todas las terapéuticas hay indicaciones y contraindicaciones y es responsabilidad de los clínicos explicitarlo, tal como sostuvimos en un trabajo anterior (Sáinz, 2009). Podemos intentar trabajar analíticamente con cualquier persona, tenga la estructura mental que tenga, pero debemos saber dónde están los límites y retirarnos si es necesario, ya sea por el hecho de que no podemos ayudar al paciente, como por la posibilidad de hacerle o de hacernos daño.

El enfoque intersubjetivo es a la vez contextualista. El individuo es él y sus circunstancias, tal como aseveró Ortega y Gasset, y las circunstancias incluyen la temporalidad, somos lo que somos en el contexto en el que nos encontramos y en el tiempo que nos toca vivir. Podemos decir que de alguna manera somos herederos de nuestra biología e hijos de nuestras circunstancias y que no por ello dejamos de ser responsables de nuestra propia vida. Los autores aluden a la teoría perceptiva de la psicología gestáltica en la que la percepción de una figura está determinada por el entorno. Según se mira una figura en un fondo surge una forma u otra, la psicología gestáltica o de la forma, pertenece a un tipo de psicología perspectivista, compatible con el enfoque intersubjetivo, donde cada integrante tiene su subjetividad y por lo tanto participa, mira y escucha desde su perspectiva del ser humano que es.

Siendo los mismos, no lo somos absolutamente, dependemos de las circunstancias en las que nos encontramos. Winnicott entendió la idea de contextualismo desde el momento que para estudiar al bebé, no pudo desligarlo de las características reales de las personas que le cuidaban. El entorno, es para Winnicott, donde se fraguan las relaciones humanas y

donde se construye la identidad, para él pasamos de la dependencia absoluta a la (in)dependencia relativa, es decir que no llegamos a ser individuos en el sentido estricto de la palabra, indivisibles.

Si el paciente construyó sus principios organizadores dentro de un contexto intersubjetivo, el trabajo terapéutico es ofrecer un nuevo campo de trabajo donde puedan producirse cambios; se trata, así lo sostienen los autores intersubjetivos, de ir deconstruyendo principios pre-reflexivos que han organizado la experiencia del paciente.

Coincidimos plenamente con Winnicott cuando asevera que en la relación con el terapeuta se da una experiencia nueva en la que el paciente trae lo viejo de sus relaciones y las contrasta con lo nuevo de la experiencia terapéutica. Deconstruir para poder construir de nuevo, tal como apuntó Balint (1968) con la idea de volver a empezar, referido al concepto de regresión benigna.

Lo vivencial se engarza con la palabra y con el pensamiento. Ofrecemos al paciente la oportunidad de analizar sus emociones, sentimientos y afectos en el “aquí y ahora” con nosotros o con las personas del presente, pero al mismo también, le ofrecemos la posibilidad de indagar donde y cuando se produjeron estas experiencias y, lo más relevante, cómo reaccionó su entorno. Por supuesto que debemos entender que todo está tamizado por la subjetividad del narrador, pero es muy importante que terapeuta y paciente investiguen las dinámicas relacionales que acontecieron y como se fueron forjando las defensas, las ansiedades y las fantasías.

Los autores clásicos dicen que no debemos creer la narrativa del paciente, ya que está deformada por sus proyecciones. Nosotros proponemos lo contrario, debemos conocer lo suficiente a nuestro paciente, para saber el grado en el que puede distorsionar la realidad y compartirlo con él. Solo entendiendo la dinámica relacional que fue estableciendo el paciente con su entorno y su entorno con él, podemos entender su forma de

funcionamiento actual.

#### **6.4. El vínculo afectivo como regulador de la biología y de los contextos sociales.**

El niño necesita una figura primordial que le dé el apoyo afectivo y que le asegure la protección. El pequeño no puede vincularse con un entorno ambiguo, necesita figuras concretas con las que establecer el vínculo afectivo, tal como ha conceptualizado Bowlby (1959, 1973, 1980). La necesidad de vínculo es tan importante que la criatura deberá adaptarse a su realidad, es decir, a las personas que cuidan de ella. La forma de adaptarse podrá ser más o menos saludable y marcará el tipo de vínculo. Este actuará como "organizador interno" y acompañará a la persona en las relaciones que irá estableciendo a lo largo de su vida. Este aspecto reduce la influencia de las pulsiones separadas de la experiencia relacional.

Cuando estudiamos las variables que condicionan un determinado fenómeno podemos fijarnos un perfil que nos permita reconocer el problema y por lo tanto abordarlo de la mejor forma posible. Si estudiamos la delincuencia o la psicopatía o cualquier trastorno mental podemos investigar qué características comunes tienen, en qué contexto se produce, que variantes de carácter biológico se han demostrado, etc., las correlaciones estadísticas que se pueden dar con otras variables concomitantes. Los contextos bio psico sociales tienen entidad propia y como dijimos anteriormente se combinan y se transforman entre sí, pero si queremos profundizar en la historia de una persona debemos ser capaces de conocer los vínculos afectivos que han marcado su vida. El vínculo afectivo se construye en la infancia con las personas emocionalmente significativas, se configura sí un estilo vincular que permanece en el mundo experiencial interno de la persona y condiciona los estilos relacionales futuros, incluso la "elección" de personas vincularmente significativas.



Los estudios empíricos sobre fenómenos mentales y emocionales deberían tener en cuenta los vínculos afectivos que han tenido y tienen lugar si no quieren dejar fuera una variable imprescindible de análisis y de comprensión.

Tal como dijimos en un trabajo anterior (Talarn, Sáinz y Rigat, 2013), la teoría del apego comprende:

- a) una teoría del desarrollo infantil, tanto normal como patológico,
- b) una teoría de los procesos de internalización y representación mental,
- c) una teoría de la psicopatología.

Bowlby fue requerido por la OMS (1952) para realizar un estudio que pusiera en contacto la salud mental con los cuidados maternos. Según se establecen las vinculaciones afectivas, el sujeto en crecimiento seguirá un camino más o menos saludable, pero tal como afirmamos en nuestro trabajo anterior, no podemos establecer una correlación lineal entre tipo de vínculo afectivo inseguro y tipo de psicopatología. Las variables que influyen en la construcción de la salud y de la psicopatología son muchas, el estilo vincular es probablemente una de las importantes, aunque en sí misma es una variable compleja. Para Bowlby (según Marrone et al. 2001) el tipo de vínculo inseguro actuaba como un importante factor de riesgo para la salud mental de la persona.

Como señala Ara (2012), las consecuencias del apego inseguro dependen de variables entre las que se deben incluir: a) la edad del niño en el momento en el que se produce la alteración del vínculo; b) la existencia, o no, de figuras reparadoras o compensadoras del vínculo y si estas son, o no, conocidas por el menor, así como su estabilidad; c) la resiliencia de cada niño; d) el motivo de la alteración; y e) la duración de la situación anómala —o de ruptura o desorganización, si la hubiere. (Talarn, Sáinz y Rigat, 2013, p. 209)

Con el fin de ser lo más rigurosos posibles debemos tener en cuenta las variables nombradas, lo cual hace que el estudio de la salud mental se vuelva más complejo. Abogamos por aceptar la complejidad aunque impida llegar a resultados exactos. Como ya hemos dicho anteriormente, las conclusiones sobre estos temas complejos, requieren siempre una profunda reflexión y una búsqueda consensual.

Sí que nos vemos capacitados para afirmar que las personas que llevan a cabo la crianza del niño van a tener una importancia cardinal en sus vivencias y en su salud mental. Desde una óptica intersubjetiva diremos que cada interacción es única y en la que participan todos sus integrantes, por lo que la hace verdaderamente particular e idiosincrática.

Lo que parece obvio es que la psicopatología de los padres o de las personas que adultas que se hacen cargo, tiene una influencia directa en la salud mental de los niños, El niño tendrá que adaptarse para “sobrevivir” y lo hará de la manera que mejor pueda, por eso todos los humanos somos substancialmente parecidos y a la vez distintos.

Los psicoanalistas, como ya hemos dicho, debemos estudiar los fenómenos humanos generales, pero ser capaces de abordar el caso único que tenemos delante.

Cuando hay una psicopatología severa en los padres, la criatura tendrá más elementos que forzarán su adaptabilidad. Podemos pensar que la psicopatología de los adultos promueven que se produzca una alteración en los roles familiares. Una mamá psicótica o depresiva condicionará a sus hijos en la manera de relacionarse con ella. Un padre bipolar o con adicciones marcará igualmente el estilo relacional. Las relaciones de los adultos entre ellos también será un factor de gran importancia. Los estudios actuales derivados de la entrevista sobre el vínculo afectivo en adultos están arrojando luz sobre muchos de estos factores que hemos descrito (Main, 1986).

Nuestra experiencia clínica nos enseña que los niños que han estado cuidados en entornos

donde ha habido psicopatología en uno o más de los integrantes responsables, han sufrido de malestar psíquico con ellos mismos y en la relación con los demás. Esto se agrava cuando el entorno no reconoce la psicopatología de los progenitores.

## **7. CEREBRO Y VÍNCULO AFECTIVO. LAS BASES PARA UNA NEUROBIOLOGÍA RELACIONAL.**

En un trabajo reciente (Talam, Sáinz y Rigat, 2013), realizamos un capítulo titulado “Neurobiología Relacional” en el que tratábamos de vincular la genética con las experiencias emocionales que surgen de la vinculación afectiva. La hipótesis fundamental es que el cerebro se construye a partir de la base genética y biológica en interacción con las experiencias relacionales.

El concepto de innato (Eibl-Eibesfeld, 1990) ya no se contrapone a lo adquirido, sino que lo innato es el origen de la adaptabilidad, por tanto representa la adaptación filogenética. Por lo tanto es un encuentro entre lo biológico y lo adquirido. Para nosotros lo adquirido tiene lugar y sentido en el campo de las experiencias relacionales que se dan desde el origen de la vida. Venimos programados genéticamente para la sociabilidad humana y como señala Bowlby (1958) para el vínculo afectivo.

“Para los premio Nobel Hubel y Weisel (1963) “los circuitos neuronales, dispuestos por el genoma, solo se activan y se acaban de configurar si reciben la estimulación adecuada en el momento oportuno” (Talam, Sáinz y Rigat, 2013, p. 119).

Es significativo el siguiente cuadro obtenido de Shore, 1997 (Talam, Sáinz, Rigat, 2013)

IDEAS ANTIGUAS	NUEVAS IDEAS
El desarrollo del cerebro depende de los genes con los que se nace	El desarrollo del cerebro depende de la interacción de los genes con los que se nace y las experiencias que se tengan.
Las experiencias que se tienen antes de los tres años tienen un impacto limitado en su posterior desarrollo.	Las experiencias tempranas tienen un impacto decisivo en la arquitectura del cerebro y en la naturaleza de las capacidades que se prolongan en la edad adulta.
Una relación segura con un cuidador primario crea un contexto favorable para el desarrollo y aprendizaje temprano.	Las interacciones tempranas no sólo crean un contexto, sino que afectan o influyen directamente la forma de las conexiones del cerebro.
El desarrollo del cerebro es lineal: la capacidad del cerebro de aprender y cambiar crecen conforme el infante va progresando hacia la edad adulta.	El desarrollo del cerebro no es lineal: hay diferentes momentos para adquirir diferentes tipos de conocimiento, destrezas y habilidades.
El cerebro de un niño de tres años es mucho menos activo que el de un estudiante universitario.	Para cuando el niño alcanza los tres años, el cerebro es el doble de activo que el de los adultos. Los niveles de actividad bajan durante la adolescencia.

Tabla 1. Las nuevas ideas sobre el cerebro infantil. (Shore, 1997).

En el cerebro se eliminan neuronas, sinapsis y vías que no son estimuladas, una especie de “poda” o supresión, este fenómeno se le conoce con el nombre de “apoptosis neuronal” (Oppenheim, 2006). Los llamados periodos críticos son aquellos momentos evolutivos en los que deben suceder ciertas experiencias para que el recién nacido vaya consiguiendo sus logros, motores, lingüísticos, cognitivos y emocionales.

Entendemos que las experiencias emocionales son las que ponen el motor en marcha de los demás procesos.

La neurociencia actual representada por autores tan importantes como Damasio, o el premio nobel, Kandel, está trabajando desde hace años en la comprensión del funcionamiento del cerebro humano, con pruebas de alta precisión como la resonancia magnética nuclear están demostrando lo que habían observado investigadores anteriores cuando no disponían de estos sofisticados medios de exploración. La neurociencia actual está dando la razón a los estudios de Bowlby sobre vínculo afectivo, al tema de las carencias afectivas de Spitz, entre otros, a los conceptos de maduración del niño de Winnicott y un largo etcétera que iremos completando a lo largo de este escrito.

Para reforzar nuestra idea de una neurología relacional, hacemos nuestra la afirmación de Ansermet y Magistretti (2004) “Si podemos constatar que nuestro cerebro es moldeable, esto implica que estamos genéticamente determinados para no estar genéticamente determinados (Talamán Sáinz y Rigat, 2013, p.24).

Es sorprendente que en los años 50 Rof Carballo llegara a la siguiente conclusión: “el cerebro del niño se completa en contacto con el prójimo y que el desarrollo del córtex, del yo y de la inteligencia se verifican sobre un haz de relaciones afectivas a las que denominó “urdimbre afectiva” (1952,1961)

Según la RAE, “urdimbre” es: “Conjunto de hilos que se colocan en el telar paralelamente unos a otros para formar un tejido”. La metáfora de Rof Carballo sobre la urdimbre tiene que ver con un conjunto de hilos interconectados, lo biológico en relación multidireccional con las vivencias relacionales y sociales.

Vamos a transcribir una síntesis sobre las principales ideas de este autor sobre la urdimbre afectiva que escribimos en una publicación reciente:

1. Se basa en un continuum psicobiológico. Su correlato neurológico es el desarrollo

de las redes neurales, así como la influencia en la individualidad hormonal e inmunológico

2. Es una realidad *transaccional*; es decir, se establece entre dos sistemas (padres-hijo) que se influyen entre sí recíprocamente de manera continua.

3. Es una realidad *constituyente-programadora*. Por ella quedan establecidas unas pautas biopsicológicas que determinarán, en gran medida, la conducta y la percepción de la realidad del individuo, su subjetividad.

La extraordinaria aportación de este autor de los años 50 reside en que llegó a conclusiones hoy en día demostradas por la neurociencia, sin tener a su alcance la tecnología que de la que hoy disponemos.

El sistema padres hijos de regulación mutua como señala en la actualidad el Grupo de Boston permite comprender que la influencia de unos y otros es mutua, bidireccional y continua. Al mismo tiempo podemos afirmar a día de hoy en acuerdo con Rof Carballo, que la subjetividad surge de la amalgama de conexiones biopsicosociales.

Entendemos como dice Damasio (2010) que el cerebro creó al hombre, pero también es necesario remarcar que, de alguna manera, el hombre y sus vinculaciones psicosociales crearon al cerebro.

Los conocimientos actuales sobre neurociencia nos han llevado a conocer la plasticidad de la que es capaz el sistema nervioso y el cerebro. Definimos plasticidad. “La adaptación funcional del sistema nervioso central para minimizar efectos de las lesiones estructurales o fisiológicas, sea cual fuere su causa. Esta adaptación es debida a la capacidad de cambio estructural-funcional que tiene el sistema nervioso por influencias endógenas y exógenas (Pascual-Castroviejo, 1996). Aunque es muy esperanzador y está demostrado que puede haber mejoras con el paso del tiempo en personas con lesiones cerebrales, por ejemplo afectados de parálisis cerebral, no siempre sucede de esta forma.

Consideramos, por lo tanto, que la plasticidad cerebral de encontrar nuevos caminos y circuitos cerebrales para optimizar funciones lesionadas o perdidas es un hecho demostrado, pero tiene sus limitaciones. De la misma forma que entendemos que las estructuras mentales se han cuajado construyendo la psicología del individuo y su cerebro. Algunas de estas estructuras pueden modificarse a través del trabajo psicoterapéutico, abriendo nuevas formas de sentir, de pensar y de vivir las relaciones humanas. Sin embargo por coherencia epistemológica creemos poder afirmar que no siempre es posible.

Para comprender cómo pueden afectar las experiencias relacionales y las vivencias en la formación del cerebro son significativos los estudios donde se ha comparado a niños criados en orfanatos desde el nacimiento con niños criados en entornos seguros.

Chugani y su equipo (Chugani et al., 2001) realizaron un estudio muy sofisticado, empleando TEP cerebral en el que analizaron multitud de variables cerebrales de niños criados en orfanatos rumanos (tristemente conocidos por sus precarias condiciones). Los resultados fueron concluyentes: se observaron disfunciones en el tallo cerebral, el córtex orbitofrontal, el córtex prefrontal infralímbico, el córtex tempolateral, la amígdala y el hipocampo. Esto implicaba alteraciones en áreas como el lenguaje, la memoria, la atención, las funciones ejecutivas y, por supuesto, la socialización. Los datos obtenidos han sido confirmados por estudios posteriores, realizados con otras técnicas diagnósticas, lo que aporta validez a dichos resultados (Eluvathingal *et al.*, 2006; McCrory, De Brito y Viding, 2010, 2011).

Estas evidencias empíricas apoyan la hipótesis de que los vínculos afectivos no solo representan la base de una buena salud mental sino también de una buena salud cerebral, hoy podemos decir que ambas son indisolubles.

### **7.1. Confluencia de la Neurobiología Relacional actual con la teoría del “attachment” de Bowlby y sobre la mente y su relación con el psique soma de Winnicott**

Las emociones siempre están conectadas con el cuerpo. Es obvio que la emocionalidad se vivencia a través de las reacciones somáticas. Un peligro real es captado orgánicamente, la mente y el cerebro lo reciben. A través de las emociones evaluamos las experiencias con el entorno. Para Bowlby (1988) la emoción es el único medio de comunicación del que dispone el niño pequeño en los primeros años de su vida. Quiere decir que lo emocional abre el camino a las cogniciones y a los pensamientos. Creemos que es durante toda la vida que la emocionalidad se intercala con los demás procesos y siempre juega un papel relevante y es a través del vínculo afectivo que aprendemos a regular los afectos.

El tipo de vínculo afectivo predominante puede contribuir en las capacidades para la plasticidad cerebral. Creemos con Wallin (2007) que cuando los vínculos han sido seguros, la persona tiene mayor capacidad para sentir, pensar y actuar, debido a una mayor flexibilidad en la respuesta. Se construye de esto modo una base para la empatía con uno mismo y con los demás, también conlleva elementos para el desarrollo de la resiliencia.

Para Winnicott el estado de no integración cuando es sostenido por unas figuras estables, por lo tanto, que garantizan el vínculo afectivo seguro, permite que el niño pueda integrar los diferentes aspectos de la experiencia de una forma fluida. Las experiencias transicionales permiten un movimiento bidireccional que es la base de la flexibilidad mental. Si los vínculos afectivos están marcados por la ansiedad, la evitación, y la ambivalencia para Siegel, 1999, citado por Wallin (2007), la flexibilidad en la respuesta se verá disminuida, a lo que añadimos que aumentará la rigidez mental.

Por las aportaciones recogidas de los autores neurocientíficos actuales, nos vemos



capaces de afirmar que: El desarrollo neuronal, las conexiones sinápticas y la configuración cerebral del niño psicológicamente sano dependen en gran parte de la receptividad sintónica de las figuras de apego (ver Shore, 2002, Wallin, 2007). Entendemos que: “El cerebro del niño no solo se ve afectado por las interacciones, sino que su desarrollo requiere interacciones cerebro/cerebro y ocurre en el contexto de un vínculo positivo entre la madre y el hijo” (Wallin, 2007, p. 116).

Parece ser que el cerebro del recién nacido, constituido por miles de millones de neuronas es el menos diferenciado de todos los órganos corporales. Para su maduración necesita de la programación genética y de las experiencias interpersonales. Consideramos crucial esta afirmación para el propósito de nuestro trabajo, nos asentamos en la neurociencia actual, por ejemplo en lo que afirma Siegel (1999). Para Siegel las neuronas que se disparan juntas, se interconectan. Añadimos que las neuronas se disparan a partir de las experiencias con el entorno. El vínculo con figuras empáticas permiten entonces, como ya hemos dicho, la regulación emocional.

Las neuronas interconectadas crean una red neuronal y gracias a las experiencias continuadas con las figuras cuidadoras, se edifica el sentimiento de seguridad. La expresión “red neuronal” surgida del vínculo seguro se asemeja a la expresión anteriormente comentada de “urdimbre afectiva” de Rof Carballo (1959).

Las experiencias relacionales necesitan como nos enseñó Winnicott de regularidad y de continuidad, solo así, el niño va incorporando la base segura. Resulta que ocurre exactamente igual en la configuración estable de los circuitos cerebrales; éstos necesitan sobretodo de continuidad y repetición para irse asentando.

Entendemos que las conexiones relacionales propician las conexiones neuronales que a la vez predisponen la construcción en la criatura humana de una mente flexible abierta a nuevas experiencias.

### 7.1.1. Apuntes sobre anatomía cerebral y su relación con la obra de Bowlby y Winnicott

A efectos prácticos podemos dividir el cerebro en una estructura vertical y otra horizontal.

Horizontal: HEMISFERIO DERECHO/HEMISFERIO IZQUIERDO

Vertical : EL CEREBRO TRIUNO de MacLean (1973)

TRONCO ENCEFÁLICO

SISTEMA LÍMBICO

NEOCORTEX



[www.humanpotencial.com.mx](http://www.humanpotencial.com.mx)

HEMISFERIO DERECHO:

Procesa la información que recibe respondiendo de una forma emocional, no verbal, intuitiva, relacional y receptiva. Capta la experiencia como un conjunto integrado, no funciona de una forma aislada. Puede decodificar elementos de la comunicación no verbal. Gracias al cerebro derecho podemos reflexionar y mentalizar las experiencias.

Pensamos que es debido a que incluye la capacidad emocional para pensar y es capaz de integrar la cognición, el pensamiento y el sentimiento. Se considera que el hemisferio derecho concuerda con el inconsciente y el proceso primario de Freud (Wallin, 2007).

#### HEMISFERIO IZQUIERDO:

Procesa la información que recibe estimulando un pensamiento, lógico, verbal y lineal. Parece que formaría parte de la actividad consciente y controlada.

Es fundamental que los dos hemisferios estén en comunicación. Gracias al “cuerpo calloso” que es un haz de fibras nerviosas que conecta los dos hemisferios cerebrales. Emocionalidad (del derecho) con el análisis lógico (del izquierdo).

MacLean (1973) es conocido por su teoría evolutiva del «cerebro triple». Su hipótesis es que el cerebro habría experimentado tres grandes etapas de evolución, y esta habría desembocado, en los mamíferos superiores, en una especie de jerarquía organizada de tres cerebros, o capas cerebrales, en uno:

1. El cerebro reptiliano (Mac lean, 1973), al que también podemos llamar el Tronco-encéfalo, comprende el tallo cerebral, ajusta los elementos básicos de supervivencia. Por ejemplo, la regulación del ritmo cardíaco o la ventilación pulmonar. Es un cerebro no pensante, no emocional, automático, reactivo a los cambios del medio, interno o externo, sin intervención alguna de la voluntad. También es un activador de los reflejos, incluidos los impulsos hacia el vínculo afectivo. Winnicott (1968) sostiene que el recién nacido busca el rostro de la madre, especialmente los ojos, reconoce su olor, busca el pezón para llevárselo a la boca. Las primeras sonrisas son una forma de atraer la atención del cuidador que lo tiene a su cargo.

El tronco encéfalo regula el sistema nervioso autónomo que para Shore (2003) representa el fondo fisiológico de la mente. (Wallin, 2007). El sistema simpático nos

capacita para la lucha y la supervivencia y el parasimpático actúa cuando es preciso bajar los niveles de excitación. Si la actividad del sistema parasimpático es elevado puede bloquear la actividad y llevar al sujeto a la inmovilidad.

Dentro del tronco encefálico se encuentra el nervio vago que atenúa la actividad el sistema nervioso simpático, esto permite una mayor calma y aprovechamiento de las situaciones sociales.

2. *El cerebro paleo mamífero* (Maclean, 1973) al que también llamamos Sistema Límbico, permite que los procesos homeostáticos anteriores interactúen con el entorno, de lo que surge la emoción. Constituye el asiento de las emociones, de la inteligencia afectiva y motivacional. Trabaja en sintonía con el *cerebro reptil*. Por ejemplo, el instinto de reproducción se activa con la presencia de un miembro atractivo del sexo opuesto, lo que genera sentimientos de deseo sexual.

Se le llama el cerebro emocional, procesa las emociones de una forma visceral y a la vez conecta con el lenguaje no verbal. La diferenciación entre lo interno y lo externo se produce gracias al sistema límbico, proceso de suma importancia para la diferenciación figura adulta niño, tan bien explicado por Winnicott y los psicoanalistas que han estudiado la evolución emocional del niño en interacción con el adulto cuidador.

Dentro del sistema límbico está ubicada la amígdala cerebral que es como su puerta sensorial. Es la responsable, junto con el nervio vago de las reacciones viscerales ante la experiencia (Shore, 2003). Parece ser que la amígdala capta emocionalmente las expresiones de los demás, los rasgos faciales, lo que permite leer en la mente del otro. trabaja rápida y mueve al sujeto a reaccionar.

Parece ser que la amígdala trabaja a un nivel pre-simbólico y almacena la experiencia como “recuerdos emocionales” (Ledoux, 1996).

La amígdala necesita del hipocampo que ayuda a diferenciar las experiencias y a

tomar conciencia de ellas

3. Por último, dispondríamos de un *cerebro neo mamífero*, el córtex o neo corteza— muy desarrollado en los primates y aún más en el ser humano, que permite las funciones de inteligencia racional en el hemisferio izquierdo y de inteligencia asociativa, intuitiva y creativa en el derecho.

La función del neo córtex es la de interpretar la experiencia y nuestra interacción con el mundo. Las partes posteriores se dedican a la percepción del mundo a través de los cinco sentidos y las áreas frontales procesan la información procedentes de otras partes del cerebro (Wallin, 2007).

El córtex frontal es el sustrato neuronal que se encarga de las representaciones simbólicas y representacionales.

Según Wallin (2007):

EL CORTEX PREFRONTAL es:

- Un área especializada en inteligencia cognitiva: Conectada con el hipocampo y el hemisferio izquierdo.
- Un área especializada en inteligencia emocional: Conectada con la amígdala y el hemisferio derecho.

Ubicado en el córtex prefrontal, detrás de los ojos se sitúa el “córtex orbitofrontal” (COF).

Según los investigadores neurocientíficos, el COF permite descodificar expresiones emocionales, signos no verbales, del rostro, el tono de voz. Esta descodificación es posible a que el sujeto ha podido establecer un vínculo seguro con una figura estable, que comprende las emociones propias y las del sujeto en crecimiento.

Curiosamente un mal funcionamiento del COF lleva a la persona a distorsiones

importantes en la relación con los demás, a una mala interpretación de los estados anímicos propios y ajenos. Si analizamos sujetos con trastorno límite de la personalidad (TLP) observamos las dificultades que tienen de descodificar las expresiones faciales y en interpretar las comunicaciones emocionales del interlocutor. Los TLP pueden tener buenas capacidades intelectuales, pero la llamada inteligencia emocional (Goleman, 1995) es precaria. Nuestra experiencia nos dice que las personas con TLP han tenido infancias marcadas por familias poco sostenedoras, con tendencia a la confusión de roles, muchos de ellos son hijos de padres muy infantiles que no son capaces de mantener un criterio sensato sobre la crianza y, en muchos casos, padres claramente perversos. En definitiva, podemos pensar en trastorno límite como un trastorno emergente en gran parte por dificultades familiares importantes que han producido en los hijos carencias afectivas duraderas. Si vemos alterada la zona cerebral del “córtex orbitofrontal” podríamos deducir que ésta es la causa del trastorno de personalidad que estamos describiendo, pero también podemos pensar en la bidireccionalidad causal. Sostenemos que unas malas experiencias continuadas pueden impedir que el COF funcione inadecuadamente debido a lo cual, la persona también puede perpetuar sus dificultades de comprensión de las relaciones psicosociales.

Shore (2002) denomina al COF, como “el alto ejecutivo del cerebro”. También intervienen, según deducen los estudios neurocientíficos que también interviene una zona situada encima y detrás del COF, que se denomina “el cíngulo anterior” que junto con la denominada “ínsula” dan al córtex prefrontal la cualidad de conocer cómo nos sentimos y cómo se sienten los demás, por lo que representan, junto a las neuronas espejo, los motores de la mentalización y de la empatía que dependen directamente de la calidad de los vínculos afectivos (Wallin, 2007).

Podemos afirmar siguiendo a Ledoux (1999) que la amígdala cerebral activa las

funciones del hipocampo, si ésta recibe una sobreactivación por acontecimientos traumáticos, el hipocampo no puede hacerse cargo y si el funcionamiento de la amígdala está por debajo del umbral necesario, el hipocampo tampoco puede trabajar adecuadamente. El hipocampo decide que almacena en la memoria y que no. Se refiere por tanto a la memoria explícita.

Las experiencias traumáticas, según Krystal (1988) (citado por Payás ,2010) producen una des-diferenciación del afecto, es decir que se pierde la capacidad para identificar emociones y realizar acciones apropiadas a la situación. De esta forma lo que podría ser memoria explícita, se vuelve implícita, sin acceso a las palabras. Tal como Winnicott señala que el trauma más grave es aquello que no sucedió, es decir que quedó almacenado de una forma implícita y el sujeto no puede referirse a ello.

## **7.2. El papel del estrés en la mente y el cerebro del bebé.**

La vida de un bebé puede ser plácida y llena de atenciones, los cuidadores adultos pueden ocuparse de que el bebé se desarrolle en un entorno de confianza en el que predominen los vínculos afectivos seguros. Aun en estos casos siempre habrá situaciones de peligro, de inseguridad y de estrés. El entorno suficientemente bueno, incluye inevitablemente, momentos de insuficiencia (Sáinz y Cabré, 2012).

Sabemos, además que hay bebés en los que las situaciones de malestar, peligro y estrés son elevadas, más de lo que una incipiente salud mental puede soportar.

El estrés es movilizador de sustancias bioquímicas del cerebro, por ejemplo el cortisol.

Elevados niveles de cortisol afectan el funcionamiento de los neurotransmisores. (Cowen, 2002). También puede afectar al córtex orbitofrontal, el hipocampo, el cuerpo calloso etc., tanto en su tamaño y en la conectividad y abrir puertas hacia la psicopatología. (Braum y Bock, 2011).

Los niveles excesivamente bajos de cortisol también pueden tener repercusiones importantes. Experiencias traumáticas si se presentan de una forma cronicada, pueden contribuir en que el sujeto se acostumbre a una situación de hostilidad y el cortisol.

La adaptación al trauma continuado puede mermar las capacidades de alerta en algunas personas.

Tal como señalábamos en un trabajo anterior (Talarn, Sáinz y Rigat, 2013):

Un resumen esquemático de lo que sucede cuando el niño experimenta una amenaza rezaría así: la amígdala envía señales al hipotálamo, que a su vez estimula a la hipófisis, y estas a las glándulas suprarrenales. Las suprarrenales producen más cantidad de cortisol, adrenalina y noradrenalina, mientras que el sistema nervioso autónomo se activa considerablemente. Cuando todo esto sucede, el niño se encuentra en un estado de excitación psicosomática muy importante y experimenta intensas sensaciones de malestar. (p. 140)

El estrés es inherente a la vida, la criatura y los cuidadores experimentan inquietud en muchos momentos de las experiencias relacionales. La ansiedad es necesaria para la vida, sin embargo cuando es excesiva para el niño, el entorno debe ser capaz de mitigarla. Si no es así, o si además los propios cuidadores son generadores de malestar, el pequeño se ve sumergido en un excedente de angustia que no puede regular, su organismo responde y predispone a su psiquismo de una forma inadecuada.

### **7.3. Las Neuronas espejo. Bases neurológicas de la empatía y de la identificación con el otro**

Son un tipo especial de neuronas que se encuentran dentro del “córtex frontal y temporal, el lóbulo parietal y las áreas frontales motoras, entre otras localizaciones.



Rizzolati, empezó a estudiar este tipo de neuronas en 1988 en macacos, gracias a las técnicas de neuroimagen pudo comprobar que se daban igualmente en humanos (Rizzolati et al, 1996). La observación de un sujeto que está llevando a cabo determinada conducta activa el funcionamiento de estas neuronas en el propio observador, al mismo tiempo que se han activado en el sujeto que realiza la acción. Lo más relevante es que no es la percepción de la acción lo que activa la respuesta, sino la captación de una intención (Wallin, 2007). Las intenciones de otros pueden activar las neuronas en espejo, debido a lo que en psicoanálisis se denomina la identificación con el otro. También se activan sensaciones corporales cuando se observa una persona que recibe un daño físico, por ejemplo un pinchazo. Parece ser que la “ínsula” desde el neocortex recibe la información que envía a la amígdala cerebral que moviliza el cuerpo del sujeto observador como si el mismo recibiera el pinchazo. Observamos que estamos hablando del fenómeno de la subjetividad y por lo tanto de la intersubjetividad.

El vínculo afectivo seguro permite que el cerebro este intercomunicado de arriba debajo de abajo a arriba y de derecha a izquierda.

La intuición de Winnicott en cuanto a los procesos del desarrollo coinciden con los conocimientos actuales de la neurobiología. Para Winnicott el niño se encuentra en un estado de no-integración y evoluciona hacia la integración, en el camino se encuentra la transicionalidad (Abadi, 1996) y para llevarlo a cabo necesita los cuidados psicofísicos regulares, persistentes que garanticen la continuidad existencial.

Con los conocimientos actuales nos vemos en condiciones de afirmar que el cerebro trae consigo la dotación genética que configura la neurobiología fundamental de cada ser humano pero necesita del contacto íntimo con el otro para poner en marcha su funcionamiento. La maquinaria bioquímica del cerebro es heredera de la biología, pero son los vínculos afectivos los que diseñan su funcionamiento. La plasticidad cerebral, hoy

en día es un fenómeno incuestionable, pero, como ya hemos dicho, tiene sus limitaciones.

Parece ser que la no integración que describe Winnicott sobre el estado psicológico del bebé, corresponde a la no-integración neuronal, es decir que las conexiones sinápticas van sucediendo con la experiencia con el entorno. El cerebro ontogenético reproduce la evolución filogenética. El cerebro reptiliano, el sistema límbico y el neocórtex vienen dados por la genética, pero la conexión entre ellos, se pone en marcha con la experiencia relacional. Es obvio que los daños biológicos pueden comprometer la experiencia de forma radical, aunque también no es menos cierto que las vivencias, si son extremas pueden llevar a un sufrimiento excesivo (Talarn, Sáinz, Rigat, 2013) silenciado o manifiesto y que puede comprometer a la propia biología de la persona, a veces de una forma irreversible.

Winnicott en la mente y su relación con el psique soma (1949) nos explica la importancia de que el cuidado del cuerpo da la entrada a las emociones (la psique) que en realidad son corporales y necesitan de la representación mental para convertirse en sentimientos. La mente acogida en la relación de confianza con el cuidador puede ejercer su función de comprensión emocional y cognitiva, de inteligencia y de consistencia afectiva.

Las representaciones mentales y los sentimientos se producen en el seno de la relación afectiva entre el cuidador y el niño. La neurociencia nos enseña la importancia de que lo corpóreo, la emoción, el pensamiento y el sentimiento se den en un todo organizado y conectado neuronalmente. “El tráfico neuronal” se mueve de forma ascendente y descendente. Ledoux (1996) señala que es más denso en la línea ascendente, desde la amígdala hacia el córtex. Por ejemplo sentir el miedo (amígdala), entender y ubicar el miedo (córtex).

Si el niño no tiene unos adultos capaces de empatizar con su mundo emocional, no

encontrará el camino del lenguaje emocional, podrá desarrollar una incapacidad para expresar los sentimientos o las emociones, lo que la escuela parisina de psicósomática (Marty & M'uzan, 1963) llamaron pensamiento operatorio y Sifneos, (1973), alexitimia. Como resultado de esto, no podrá mentalizar sus estados emocionales ni llevar a cabo la función reflexiva.

Lo no recordado no quiere decir que esté olvidado. Winnicott señala que las vivencias de la primera infancia cuando el recién nacido está en un estado de no-integración, no pueden recordarse de una forma explícita. Permanecen en el mundo experiencial del sujeto. Cuando los cuidados infantiles no logran sostener al niño psicológica y corporalmente, la no integración puede ser vivida de una forma disruptiva. El miedo al derrumbe (Winnicott, 1963d) como ya hemos dicho representa para este autor un miedo de una experiencia vivida pero no reconocida. El miedo se transforma en una ansiedad de derrumbe de algo que aún no ha sucedido, pero que en realidad sí sucedió.

La neurociencia nos dice:

Sin embargo, que no podamos recordar no equivale a que las experiencias no dejen huella. Las huellas no recordables de forma narrativa se almacenan en las estructuras más antiguas de nuestro cerebro, como la amígdala, y desde ahí ejercen su influencia emocional y caracterizan una parte de nuestra personalidad. La historia invisible de cada sujeto, no por ser invisible, deja de ser historia. No son recordables pero tampoco olvidables” (Gerhardt, 2004. En Talarn, Sáinz y Rigat, 2013, p. 139).

#### **7.4. La psicoterapia reguladora de la bioquímica del sistema nervioso y del cerebro.**

La palabra puede curar como un fármaco es una aseveración de Ansermet y Magestretti y (2004), porque parten de la idea de que la palabra mueve circuitos cerebrales. Pensamos que lo más probable es que a través de la palabra se mueven emociones, que a la vez movilizan sentimientos y éstos promueven fantasías representaciones mentales y cogniciones y por lo

tanto a la bioquímica. La psicoterapia se hace a través de la palabra y ella transporta emociones que producen nuevas palabras, el paciente y el terapeuta buscan ampliar los significados de estos significantes mientras se va dando un proceso de vinculación.

Así que estamos de acuerdo con los autores citados, no sólo el fármaco modifica la bioquímica cerebral sino que el cerebro y la mente están sometidos a continuos cambios y a continuas experiencias

El biologismo, como dijimos en un apartado anterior propone que los estados mentales, emocionales aun siendo complejos, se reduzcan a la expresión bioquímica. Propone que la psicofarmacología o la estimulación cerebral con electrodos implantados en el cerebro sea la terapia capaz de realizar modificaciones saludables para el sujeto.

No nos oponemos a este tipo de terapéutica, en todo caso a su abuso y a la falta de rigor en cuanto al estudio de los efectos secundarios.

Para ser coherentes con lo que hemos ido analizando, podemos afirmar que si la bioneurología tiene su base en el organismo y la genética, se desarrolla en el devenir de los relaciones y de los vínculos afectivos. Es natural que una psicoterapia orientada a generar vínculos afectivos y tratar los afectos, los sentimientos, las emociones y las representaciones mentales, pueda acceder a un mejor funcionamiento mental y también cerebral.

La implicación clínica es que, al observar reiteradamente y conectar diversos aspectos de la experiencia del paciente, somáticos, emocionales y representacionales podemos estimular nuevas conexiones en su cerebro. Tal conectividad es el equivalente neuronal de la integración psicológica que esperamos aportar al paciente a través de un vínculo que sea más inclusivo y colaborativo que los que originariamente lo configuraron. (Wallin, 2007, p.136)

Las variables estables vienen determinadas por el “Setting”. El tiempo dedicado a cada sesión, la frecuencia y el espacio libre de interferencias, así como el pacto acordado sobre los honorarios. En algunos casos se prefija la duración del proceso y en otros, éste es indefinido.

El terapeuta ofrece su disponibilidad para escuchar y analizar la información proveniente del paciente. Lo más importante es el trabajo sobre los afectos, las emociones, los sentimientos y las representaciones mentales.

El psicoterapeuta psicoanalítico relacional a penas interpreta, facilita que el paciente haga sus asociaciones libres sobre los temas que el mismo van configurando sobre la marcha de la sesión.

Cuando la emoción es muy intensa, nos esperamos a que el paciente sienta la situación y cuando pueda nos comunique algo al respecto. Las emociones son para ser vividas, se encuentran ligadas a lo corporal y necesitan de palabras para otorgarles un significado. La psicoterapia psicoanalítica relacional no pretende descubrir un inconsciente reprimido, sino poner en contacto diferentes experiencias emocionales y vivenciales.

El pasado surge en el presente en forma de transferencia. El terapeuta ofrece la posibilidad al paciente de que sienta lo que pueda sentir, pueda pensar lo que siente y comprender algunos porqués. Establecer nexos es posible cuando primero el paciente se ha podido emocionar y el terapeuta le acompaña.

Desde nuestro punto de vista no es adecuado ayudar de entrada al paciente a modificar o reestructurar sus cogniciones. Creemos que las cogniciones se asientan en la experiencia emocional, por lo que lo verdaderamente útil es que la persona pueda sentir sus emociones en relación consigo mismo y los otros, de lo vivido en el pasado y del presente. Hay terapias que están enfocadas únicamente al presente, pero consideramos que ello es una entelequia, ya que no podemos separar de una forma artificial aquello vivido en

pretérito de lo vivido en la situación actual.

El psicoterapeuta hace la función de “hipocampo”, se detiene a pensar con su paciente, le asigna una posible significación a los contenidos emocionales y le ayuda a abrir el campo de significaciones posibles. Es entonces cuando el neocortex se podrá hacer cargo de una forma simbólica de la experiencia vivida. Como hemos señalado reiteradamente, el vínculo afectivo entre el terapeuta y el paciente y la confianza en el proceso, facilitan que lo que permanecía implícito, se haga explícito y se pueda sentir y pensar de otra manera. El paciente se puede asombrar de cómo el terapeuta recuerda contenidos de otras sesiones anteriores y también del pasado. El terapeuta relacional trata de reconstruir con el paciente lo que pudo suceder en sus vínculos afectivos de la infancia incluyendo la emocionalidad que los acompaña.

Un factor fundamental de la psicoterapia viene dado por la validación que el terapeuta hace de los sentimientos que el paciente vive y ha vivido, tanto en relación con su pasado, con las personas de su entorno y especialmente en la relación terapéutica con el psicoterapeuta.

## **8. APLICACIONES DE LA OBRA DE WINNICOT Y DEL PSICOANALISIS RELACIONAL INTERSUBJETIVO PARA LA PRACTICA PSICOTERAPEUTICA**

### **8.1. La experiencia terapéutica. Una construcción entre lo nuevo y lo viejo.**

El paciente no podrá vivir al analista como un objeto antiguo a no ser que le haya sentido de alguna forma como un objeto. La incapacidad para conseguir este equilibrio es responsable de muchos fracasos analíticos. Si el analista no puede ser sentido como un objeto nuevo, el análisis nunca llega a iniciarse; si no puede ser sentido como un objeto antiguo, nunca acaba”. (Greenberg, 1986, p. 98)

La propuesta del Psicoanálisis Relacional actual toma como punto de partida las aportaciones de Ferenczi, Winnicott y Kohut entre otros, en cuanto a la importancia de que la relación terapéutica entre el paciente y el terapeuta sea una nueva experiencia que permita la modificación de la antigua. Una nueva forma de sentir y de vivenciar el sufrimiento, permitirá que el paciente construya una nueva forma de entender su propia vida, su pasado y su presente y todo ello le ayude a construir un futuro.

Pero la idea de repetición de Freud (1914) está presente en todas las escuelas psicoanalíticas. Nos preguntamos: ¿cuánto deseo de cambio tiene el paciente, cuánto le es posible cambiar? Si la persona necesita repetir patrones relacionales y esto le lleva a la búsqueda de sujetos con los que poder repetir las experiencias, corre el riesgo de quedar anclado en un bucle interminable.

Para entender la necesidad de repetición, podemos analizar la aportación de Freud o de Klein y compararla con la aportación de Fairbairn.

Se verá que los primeros parten de una postura instintivista, mientras que Fairbairn lo hace de una forma claramente relacional.

Según Laplanche & Pontalis (1968), la compulsión a la repetición es:

A nivel de la psicopatología concreta, proceso incoercible y de origen inconsciente, en virtud del cual el sujeto se sitúa activamente en situaciones penosas, repitiendo así experiencias antiguas, sin recordar el prototipo de ellas, sino al contrario, con la ilusión muy viva de que se trata de algo plenamente motivado en lo actual. (p.68)

Freud coloca la compulsión a la repetición como una manifestación de la pulsión de muerte. En “Más allá del principio del placer” (1920), Freud introduce la pulsión de

muerte en contraposición a la pulsión de vida; las tendencias destructivas y autodestructivas para Freud están en la base del no crecimiento, de las resistencias a la curación, por lo que conceptos como la “reacción terapéutica negativa” representan la manifestación de la pulsión de muerte. El sujeto, como mente aislada, reacciona contra sí mismo, boicoteando sus capacidades y el deseo de curación. También podemos pensar si fuera de este modo, el ataque a sí mismo podría estar dirigido a sujetos del pasado y en lo actual, expresado a través de la transferencia a sujetos nuevos y por lo tanto al psicoterapeuta. Aquí podríamos ver el elemento relacional en Freud, el odio dirigido a sus figuras del pasado, ahora se dirige en el presente al terapeuta. La labor psicoanalítica que se desprende de esta forma de entender la transferencia es que debe ser interpretado, el paciente debe tomar conciencia de su particular manera de distorsionar la realidad. Incluso podríamos llegar a pensar que el odio original hacia los suyos del pasado podría estar causado por una deformación proveniente de los efectos derivados de la pulsión de muerte; la necesidad de agredir a las personas que le cuidan, por envidias, celos, rivalidades edípicas, etc . La concepción predominante del psicoanálisis, entiende que el sujeto siente rabia hacia su entorno por las proyecciones provenientes de su mundo interno, apenas se cuestiona la calidad de las figuras cuidadoras. Estas pueden ser generadoras de agresividad, incluso causar verdaderos daños en los niños que tienen a su cargo, pueden ser causantes de frustraciones y sufrimiento excesivo con serias repercusiones en su salud mental. (Talam, Sáinz, Rigat 2013).

Desde este punto de vista la experiencia nueva que promulgan los autores relacionales, se vería socavada por el peso del pasado, no hay lugar para lo nuevo ni para lo bueno. La experiencia con un psicoterapeuta como sujeto bueno, sería visto como algo ingenuo de los analistas relacionales, incluido Winnicott o Kohut.



Consideramos que la aportación de Fairbairn (1941) esclarece este tema de una forma muy relevante. Para este autor, el sujeto que ha tenido malas experiencias infantiles con sus cuidadores tiene tendencia a buscar personas parecidas en el presente, incluso si no lo son, a sentirlos como si lo fueran, hasta aquí es la descripción del fenómeno transferencial, tal como lo expresa Freud.

Un niño con padres deprimidos, desconectados o narcisísticamente absorbidos puede comenzar a experimentar en sí mismo depresión, desconexión o absorción narcisística, experiencias mediante las cuales obtiene una sensación de conexión con los sectores inaccesibles de la personalidad de sus padres” ( Fairbairn En Michell y Black, 1995, p.199).

...Cuando comienzan a sentirse más felices, se sienten también en cierto modo más solos, hasta que llegan a poder confiar en su creciente capacidad de establecer conexiones nuevas y menos dolorosas con otras personas. ( Fairbairn En Mitchell y Black, 1995, p. 199)

La comprensión de Fairbairn sobre esta necesidad de mantener lo antiguo y por lo tanto no estar dispuesto a aceptar lo nuevo o lo que de nuevo tenga la experiencia, no depende de ninguna pulsión de muerte. Tal como señalan Cooper y Levit (1998), para Fairbairn es el objeto nuevo que es amenazador porque se aleja de su experiencia familiar, lo conocido es más importante que lo que está por conocer. Los humanos tendemos a buscar lo conocido por miedo a que lo nuevo sea peor, pero sobretodo porque lo conocido lo podemos controlar. Para Fairbairn hay incluso otro motivo de perpetuar lo antiguo aunque sea inadecuado es el sentimiento de culpa, mejorar y buscar nuevos horizontes

implica hacer un duelo de lo familiar y además puede ser vivido como una desatención o incluso traición a los que cuidaron de él. Lo que nos enseña Fairbairn es que el paciente mantiene y necesita mantener sus objetos internos en conexión emocional con los objetos externos, es por ello que sentirse triste o degradado le permite seguir teniendo un sentimiento de pertenencia.

El trabajo terapéutico debe tener en cuenta que el paciente necesita repetir su drama personal en la relación terapéutica y a la vez que ésta sea lo suficientemente nueva, buena y diferente para que le permita salir del bucle en el que se halla sometido, tal como lo señala Hirsch (1994), la teoría relacional a puesto de relieve que el paciente busca las dos cosas: repetir la experiencia antigua y tener experiencias nuevas (Cooper y Levit, 1998)

El Psicoanálisis Relacional actual, tal como ya habían señalado Ferenczi y Winnicott, en el momento en que el terapeuta reconoce que ha tratado al paciente de una forma parecida a los sujetos de su infancia, produce una reacción en éste. Además abre el camino para la comprensión del fenómeno. La experiencia nueva tiene que ver con que el terapeuta reconoce su falla y su responsabilidad en el posible daño causado al paciente, éste puede reaccionar de la manera que le sea posible, a la vez el hecho de que el terapeuta reconozca su error puede causar que el paciente entienda de una forma distinta a lo que sucedía en su infancia. Los analistas ortodoxos pueden reconocer, en el mejor de los casos, algún error cometido y pedir disculpas al paciente, pero no estamos hablando de este nivel de cordialidad básica, sino de que el paciente necesita que su terapeuta le falle, éste lo hará incluso a su pesar y deberá reconocérselo y recoger la emocionalidad que al paciente le despierta. En nuestra experiencia, los terapeutas que practican el psicoanálisis ortodoxo son muy reticentes a reconocer errores o fallas en sus intervenciones, como es natural, si creen que objetivamente han llegado tarde a una sesión o han entendido algo del material, entonces suponemos que sí son capaces de asumir su responsabilidad. Lo que estamos

tratando de abordar es el hecho de reconocer las fallas como la manera que tiene el terapeuta de mostrar que el proceso psicoterapéutico es un diálogo entre dos personas con limitaciones y falibilidad.

Se dan dos procesos simultáneos: Uno de orden experiencial y una forma nueva de comprender, sentir y pensar de forma algo distinta, emoción, cognición y vivencia son tres elementos inseparables y fundamentales en la forma que tenemos de entender el objetivo terapéutico desde la perspectiva que defendemos.

Sabemos que las personas pueden querer cambiar pero muchas veces no saben cómo hacerlo, el cambio produce miedo a dejar antiguas defensas y caer en un derrumbe. Cuando la patología ha logrado un alto nivel de homeostasis con uno mismo y con los demás, es muy difícil modificarla. Las estructuras de personalidad patológicas son las menos dúctiles y menos proclives a los cambios.

Si los nuevos objetos (sujetos) son radicalmente distintos a los antiguos, cuanto mayor es la psicopatología, mayor serán las dificultades para que la persona acepte la nueva experiencia. Los psicoterapeutas debemos tomar nota de esta importante afirmación, lo nuevo es bien recibido cuando se respeta la necesidad de lo viejo como señalaba Greenberg (1986).

El proceso terapéutico tal como lo estamos definiendo, tiene que ver con el fenómeno humano estudiado a través del constructivismo. La realidad es siempre una construcción del que observa, el que observa de una forma o de otra participa de lo observado.

De esta forma queda claro que el proceso psicoterapéutico es una experiencia intersubjetiva, en la que los dos participantes son observadores y observados a la vez que son los protagonistas de la relación y vinculación que tendrá lugar, cada uno según su subjetividad y con la diferencia que marcan sus diferentes roles de terapeuta y de paciente.

## **8.2. Ampliando el concepto de Contratransferencia: Contratransferencia inversa y para-contratransferencia.**

Para definir la contratransferencia nos parece muy acertada la idea de Wolff:

Las necesidades psicológicas que se movilizan en la experiencia subjetiva del analista, en virtud de su participación en el proceso analítico con el analizando (paciente). En otras palabras, la contratransferencia del analista es la contraparte y el complemento natural de la transferencia del paciente, pero no necesariamente una reacción ante ella. (Lancelle, 1999, p. 62.)

Proponemos que el propio paciente siente hacia el profesional algo parecido a la contratransferencia que el terapeuta tiene con respecto a él. Por lo que proponemos llamarle "*contratransferencia inversa*". Es un fenómeno parecido a la contratransferencia pero al proponerlo como una reacción del paciente, le añadimos el adjetivo de inversa.

Entendemos el proceso terapéutico dentro de una mutualidad asimétrica entre paciente y terapeuta, (Aron, 1996). Ambos están sumergidos en un proceso interactivo y vinculativo en el que se influyen y se regulan mutuamente. La subjetividad de cada uno se encuentra en un espacio transicional donde es posible el juego (siguiendo la concepción winnicottiana ya descrita). En el psicoanálisis clásico, la contratransferencia es la respuesta emocional que experimenta el terapeuta a partir de las emociones, sentimientos que el paciente siente y le comunica de una u otra manera.

A pesar de la terminología, no es necesario que entendamos la contratransferencia del analista como una respuesta a la transferencia del paciente. Podemos pensarlo como la movilización emocional y cognitiva del analista en interacción con su paciente. El paciente mueve, despierta, pone en marcha asociaciones libres del terapeuta,

pensamientos, sentimientos, cogniciones.

Conocimiento implícito mutuo: Así como el terapeuta cree conocer a su paciente suficientemente, es decir cómo entiende, procesa el trabajo psicoterapéutico; cómo recibe las palabras del terapeuta, cómo sufre, cómo ama, cómo se frustra. En definitiva cómo es la idiosincrasia mental, emocional y relacional de su paciente. Podemos afirmar que el paciente también está en condiciones de conocer, de alguna manera, la idiosincrasia del terapeuta. Es corriente que un paciente en proceso psicoterapéutico o al final de este, diga “a mi analista le enfadaba mucho cuando le explicaba determinado tema, no le gustaba que yo siguiera con mi cónyuge; estaba demasiado interesado en”...

Lo que queremos proponer es que el movimiento transferencia-contratransferencia es bidireccional, de la misma manera que el terapeuta puede pensar. “de momento no le diré tal cosa al paciente, sería poco adecuado”, el paciente puede pensar “creo que esperaré un poco más para hablar de tal tema, el analista ahora podría no entenderlo”.

Lo que estamos describiendo como “*contratransferencia inversa*” no tiene un sentido peyorativo; el paciente conoce a su analista porque se relaciona e interactúa con él, sería extraño que no pudiera darse cuenta de algunas de las peculiaridades de éste, significaría que el terapeuta mantendría con su paciente una relación robótica, por lo que el paciente con capacidades cognitivas normales, también se daría cuenta.

Estamos haciendo mención a capacidades cognitivas y emocionales del paciente que se encuentran fuera del área de conflicto, concepto desarrollado por la “psicología del yo” (Hartman, 1939).

Si el paciente comunica sus percepciones sobre su terapeuta, éste debería abstenerse de interpretarlas como surgidas de la transferencia o como proyecciones defensivas. Más allá de los fenómenos transferenciales se dan los fenómenos relacionales de más amplio espectro.

Otro aspecto a destacar del concepto de “para-contratransferencia” es el prefijo “para” que pretende orientarnos hacia un uso inhabitual del término. “Para” significa “semejante a, pero no igual”. Nos queremos referir de esta forma a un fenómeno que surge en la relación paciente-terapeuta y que tiene que ver con los sentimientos que los terapeutas desarrollan hacia las personas del pasado o del presente con las que se relaciona el paciente. Son aspectos contratransferenciales que no van dirigidos directamente hacia el paciente aunque es a través de la relación con él que el terapeuta los experimenta. Podemos sentir simpatías, antipatías y otras emociones hacia los progenitores del paciente o su marido o mujer, su hermano, su amigo. Por este motivo y, por respeto a nuestro paciente, no tomamos en terapia individual ningún miembro de su entorno, pero queremos llamar la atención de lo importantes que pueden ser para nosotros los sujetos con los que se relaciona el paciente. Sentimos que nos ayudan, nos interfieren, nos molestan. Nos alegramos de algunas separaciones de pareja, de algunas independencias de la casa parental. Fíjense que poca neutralidad tenemos y cuanta memoria de la que Bion nos alertó. Lejos de ser un problema, reconocer estas emociones “para-contratransferenciales” nos permiten trabajar mejor con nuestros pacientes. Sentirlas y pensarlas es una buena manera de no actuarlas.

En el psicoanálisis clásico algo así sería considerado como una resistencia grave, hasta incluso con elementos de manipulación por parte del paciente, sin embargo desde una perspectiva actual, podemos estudiarlo como un fenómeno más de la interacción entre los dos integrantes de proceso. Es totalmente coherente con la idea de que la mamá cuida de su hijo tratando de entender lo que siente y lo que hace, y el niño trata de comprender a su mamá en lo que ésta siente y hace con respecto a él mismo y hacia otros.

La resistencia para el Psicoanálisis Relacional depende del ideal del terapeuta y de su concepción sobre aquello que es o no es sano para el paciente. El paciente puede resistirse

ante determinados conocimientos para protegerse de un derrumbe; el terapeuta puede interpretar resistencia del paciente, simplemente porque no sigue aquello que estaba previsto según su propósito.

Como sugiere Rodríguez Sutil (2007) “la resistencia es una justificación del punto de vista del analista , por lo que “La mejor forma de evitar una influencia coercitiva no es eliminar los propios valores y visión de la realidad, sino hacerlos lo más explícitos posible” (p.34).

a lo que añadimos... y compartirlos con el otro integrante de la experiencia.

Es muy distinto que el terapeuta plantee al paciente, “creo que esto que siente es muy difícil para Ud. que prefiere eludirlo, quizás porque cree que eso es mejor en este momento, aunque mi punto de vista es que iría bien poderlo abordar ahora, ¿cómo lo ve?”.

Si consideramos el trabajo terapéutico como una relación libre, debe estar despojado de elementos de poder añadidos, entendiendo que toda relación humana conlleva implícito el poder. El objetivo no puede ser eliminar estos elementos sino hacerlos explícitos para ser tratados lo mejor posible, a fin de cuentas debemos partir de la base que nos muestra Gadamer (Rodríguez Sutil, 2007) cuando afirma que: “la posibilidad de que el otro tenga razón es el alma de la hermenéutica” a lo que añadimos que ello debería ser la brújula que orienta el trabajo psicoterapéutico.

La neutralidad del terapeuta está cuestionada especialmente por los psicoanalistas relacionales e intersubjetivos actuales.

Es imposible la neutralidad porque en el momento que intervenimos en la vida de otro ser humano desde el punto de vista que sea, lo hacemos desde nuestra manera de ser, de hacer y de estar, por lo tanto desde nuestra subjetividad. Algunos profesionales de la medicina tienen la ilusión de que ésta llegue a ser una ciencia exacta, inequívoca, en la que una máquina cibernética diagnostique, pronostique y trate con suma precisión a los

enfermos pacientes. Para ello es necesario reducir al enfermo a su enfermedad, todo lo contrario de lo que nos enseñó Hipócrates “No hay enfermedades sino enfermos que las sufren”. Ahora es no hay enfermos idiosincráticos, sino síntomas, síndromes y enfermedades medibles, acotadas susceptibles de opciones terapéuticas igualmente medibles, acotadas dentro de la máxima objetividad posible, que pretende ser absoluta.

Aplicar este modelo cibernético a la salud mental significa que las conductas, los significados emocionales y las variables relacionales deben ser reducidos al mínimo operativo y tangible, por lo que la sustancia bioquímica, el área neurológica o la zona anatómica concreta son los mejores representantes.

Si frente a un cuadro depresivo el profesional entiende que hay un nivel bajo de serotonina, descartará cualquier otro motivo causal de la índole que sea. El objetivo objetivado será el de reponer la serotonina faltante en el organismo.

Si pudiera demostrarse que esto es así, como hemos señalado no haría falta anamnesis, biografía, ni siquiera entrevista clínica ni conversación; quedaría excluida toda posibilidad de psicoterapia, especialmente la psicodinámica; sin embargo debemos avisar que el humano quedaría reducido a la mínima expresión.

Para evitar este gran problema epistemológico, abogamos porque las ciencias que estudian los fenómenos mentales y relacionales, acepten como premisa fundamental, la complejidad etiológica y las variables que actúan en la función terapéutica.

Erradicar toda subjetividad por parte del clínico, es reducir al humano a un amasijo de moléculas.

Como ya hemos dicho, somos subjetivos porque somos sujetos receptores, emisores y constructores de realidad. La realidad siempre es subjetiva y no pertenece a un solo individuo ni a un solo tiempo de la humanidad.



### **8.3. La psicoterapia como una experiencia relacional implícita y explícita.**

El grupo de Boston, liderado por Daniel Stern, ha trabajado desde el año 1998 (Coderch, 2010) en las variables que influyen en el tratamiento. Podemos afirmar que para el psicoanálisis ortodoxo, el cambio psíquico se produce por el hecho de que el paciente aumente el conocimiento de sí mismo, es decir que aumente su “insight”. Para conseguirlo, el paciente debe tratar de expresar con franqueza aquello que tenga en su mente y vaya asociando libremente sin someterlo a examen previo. Freud después de una larga experiencia clínica, se da cuenta, en gran parte gracias a sus pacientes, que debe dejar hablar. La asociación libre, dentro de lo libre que podemos llegar a ser, pone el acento en que la mente abra sus puertas a ideas no preconcebidas. Consideramos que esta regla práctica es de una importancia cardinal en el trabajo psicoterapéutico y una aportación que debería ser modélica para cualquier tipo de orientación psicológica.

Freud tuvo la fortuna de ofrecer una silla, o un diván al paciente, invitándole a acomodarse y dándole una única consigna, “hable!” (Sáinz, 1999). Para el psicoanálisis clásico, la vía de llegar al “insight” es a través de la asociación libre del paciente y del instrumento más importante del terapeuta, la interpretación. En nuestro ámbito, Armengol y Hernández (1991) realizaron un importante trabajo sobre el valor relativo de la interpretación y el “setting”. En él defienden que en el trabajo analítico, la interpretación tiene un valor relativo y depende en todo momento del “setting”. De alguna manera lo verdaderamente relevante es que el paciente se sienta en un espacio de confiabilidad y de sostén, si esto se produce, los autores piensan que es entonces cuando tiene sentido mostrarle aspectos de su funcionamiento interno y transferencial.

Para el Psicoanálisis ortodoxo, el conocimiento que proporciona la interpretación llevará a la curación, o al cambio psíquico. Como ya hemos dicho, la interpretación para Freud ha de servir para que el paciente enfrente sus contenidos mentales, conociendo sus

mecanismos de defensa, sus ansiedades y sus conflictos intrapsíquicos. Sigue el modelo de la formación de los sueños, el contenido latente y el contenido manifiesto, Freud que el contenido latente debe volverse manifiesto y consciente o, dicho de otro modo, el objetivo terapéutico del psicoanálisis es hacer consciente lo inconsciente.

Como hemos afirmado anteriormente, la psicoterapia que se deriva del Psicoanálisis Relacional y tal como venimos sosteniendo, de la obra de Winnicott, pone el énfasis en que el cambio psíquico es posible a través de una experiencia relacional y vincular entre el terapeuta y el paciente, la creación de un espacio intersubjetivo o transicional donde sea posible el juego, el intercambio afectivo y cognitivo entre ambos integrantes del proceso. El grupo de Boston (BCPSG) estudia el proceso de cambio en la terapia y qué lo hace posible. La expresión, ya comentada de Winnicott. “No existe tal cosa que podamos llamar bebé”, o más reducida, “el bebé no existe” si no es en relación a alguien que le cuida, nos pone el acento en que en la crianza lo que sucede entre la figura materna y el pequeño, no es únicamente un intercambio de ideas o de conceptos útiles para estar en el mundo, sino un proceso de regulación mutua dentro de una experiencia relacional y vincular.

La educación de valores, la instrucción, la pedagogía con la que las familias educan a sus hijos dependen de elementos explícitos y de elementos implícitos. Los implícitos tienen que ver con las vivencias tal cual han sido experimentadas, se ubican en la memoria de procedimiento y suelen llevar el timón de las relaciones humanas.

El grupo de Boston nos muestra que el “algo más que la interpretación” es un instrumento esencial de la psicoterapia, desmitificando de esta forma el poder que se otorga a la interpretación psicoanalítica como único agente de cambio psíquico. Sin embargo queremos señalar que el “algo más”, es en realidad inherente a la relación humana, no es por lo tanto “algo más”, es la esencia de cómo se organiza el psiquismo en

relación constante con los otros. Lo que la madre dice, lo que enseña por vía declarativa, lo que instruye, tiene menos valor que como trata a su hijo, como lo mira, como lo toca, que recoge de lo que el niño siente, hace; la prosodia de las palabras, la escucha sincera, los encuentros, los desencuentros, el juego compartido y un largo etcétera son los elementos fundamentales de ese “algo más”. Proponemos que los elementos conscientes y declarativos tienen el valor que les otorga el “algo más” del grupo de Boston. Por lo que en la psicoterapia, lo fundamental reside en estos elementos descritos, solo eso puede proporcionar un cierto conocimiento al paciente sobre sí mismo y su vida. Las interpretaciones solo tienen sentido si se asientan en lo afectivo y son capaces de movilizar afectos compartidos.

Para Stern et al (1998), el ser humano en interacción construye un “conocimiento relacional implícito”, no simbólico, ubicado en la memoria de procedimiento (Coderch, 2010), derivado de las experiencias relacionales e intersubjetivas.

Es natural que las relaciones humanas en general pueden estar dominadas por el conocimiento relacional implícito, pero pueden a la vez modificarlo. La Psicoterapia Relacional proporciona la creación de un espacio intersubjetivo (transicional en términos de Winnicott) en el que a través del vínculo afectivo se producirá una experiencia igualmente intersubjetiva donde es posible un cambio por parte del paciente en su conocimiento relacional implícito. Su experiencia actual puede modificar sus pautas de interacción con el otro, incluso proporcionar un abanico relacional más amplio.

Consideramos que en el juego que se establece entre el terapeuta y el paciente se produce la creación de un conocimiento relacional implícito que fomentará el cambio psíquico del paciente. Terapeuta y paciente llevan a cabo una regulación afectiva compartida, cuyo modelo encontramos en el bebé y la figura materna, lo que internaliza el niño no son objetos sino el proceso de regulación mutua (Beebe y Lachman, 1998).

Recogemos esta cita de Lyons-Ruth (Riera, 2010,)

Aunque los dos participantes en la terapia tienen muchas capacidades intersubjetivas, incluyendo las capacidades para interpretar las intenciones relacionales y los estados de la mente del otro, la capacidad de crear conocimiento implícito compartido no reside en ninguno de ellos actuando solo. Lo que sucede, a medida que la relación terapéutica progresa, es que el conocimiento implícito compartido y las intenciones compartidas emergen poco a poco a partir de las aperturas que cada uno suministra al otro. El sistema dinámico diádico tiene capacidades emergentes para crear nuevas e impredecibles formas de conocimiento implícito compartido en cada uno de los participantes, a medida que nuevas maneras de estar juntos son co-creadas en el tratamiento. (Riera, 2010, p. 318)

Se puede observar que esta afirmación de Lyons-Ruth corresponde a lo que Winnicott comenta, en torno a que el proceso terapéutico se debe a la construcción de un espacio transicional donde es posible la vivencia compartida de fenómenos y experiencias transicionales.

Pretendemos abordar el dilema psicoanalítico de que factores son los que propician el cambio psíquico del paciente. Nos decantamos a que es la relación vincular creada entre los dos integrantes del proceso. Los analistas clásicos se decantan, como ya hemos dicho, por la interpretación de lo inconsciente. El conocimiento implícito grabado en la memoria procedimental surgirá en la transferencia, terapeuta y paciente son los creadores de la misma, se regulan mutuamente, aunque de forma asimétrica.

El paciente a través de sus aportaciones y asociaciones libres ofrece al terapeuta la posibilidad de ayudarlo a pensar, abriendo nuevos caminos y estableciendo nexos entre

emociones, sentimientos y vivencias. Para nosotros esto tiene que ver con el conocimiento explícito. El trato que se desprende del vínculo terapéutico, la forma en la que el terapeuta escucha y explica lo que entiende, la forma en la que mira al paciente, el tono de las palabras que utiliza representa el “algo más” del grupo de Boston. Para nosotros es esencial. Las interpretaciones que pretenden hacer consciente lo inconsciente no tienen ningún sentido si no se produce una experiencia relacional y vivencial entre ambos integrantes del proceso. De acuerdo con Winnicott (1971) “Creo que en lo fundamental interpreto para que el paciente conozca los límites de mi comprensión. El principio es el de que él y solo él conoce las respuestas” (p.118).

Como ya hemos dicho anteriormente, la humildad de Winnicott, rompe con los esquemas habituales del psicoanálisis en su época y en la actualidad. Declarar que solo interpreta para que el paciente conozca los límites de la comprensión del propio analista, por un lado es rebajar la potencia de la interpretación, es decir que ésta es en realidad poco necesaria, a la vez que pone el énfasis en la importancia del conocimiento por parte del paciente de los límites para comprender. Consideramos este aspecto de gran relevancia, conocer los límites implica saber que no podemos abastar el conocimiento de los fenómenos mentales en su totalidad y que, en realidad, tampoco es necesario. Con Winnicott, nos vemos sostenidos en la idea de que podemos ayudar al paciente con la experiencia relacional, tratando de comprender lo mejor posible su funcionamiento mental y sus relaciones interpersonales, a pesar de que el conocimiento sea limitado. Aunque no lleguemos a conocer los entresijos del inconsciente, es posible llevar a cabo el trabajo terapéutico.

Los llamados “momentos de encuentro y momentos ahora” llaman la atención sobre las capacidades espontáneas que se deben permitir los terapeutas.

El grupo de Boston nos habla de la regulación diádica basada en el micro intercambio

entre el bebé y la figura materna, que se produce a través de sistemas perceptivos y de los despliegues afectivos. La forma en la que el cuidador del bebe comprende los estados emocionales de éste, determinará la naturaleza y el grado de coherencia que irá desarrollando el pequeño. Hablar de regulación mutua entre ambos integrantes, no significa que exista una simetría entre ambos, pero si una influencia y una afectación bidireccional. En realidad el proceso de adaptación debe ser mutuo, aunque el cuidador adulto debe adaptarse en mayor medida al niño que cuida. La regulación progresiva es posible por la repetición de experiencias, lo que Winnicott llama la continuidad en los cuidados infantiles y es la base de lo que el grupo de Boston denomina “Conocimiento Relacional Implícito”

Para el grupo de Boston el momento de encuentro es fruto de un trabajo compartido que culmina en un conocimiento compartido. En un momento dado se explicita un fenómeno que tiene lugar en la terapia, el paciente entiende algo de una forma evidente. Se parece al “insight” con la diferencia de que son los dos integrantes del proceso los que reconocen que algo ha cambiado, que pueden “leer” de una forma distinta lo que han estado tratando desde hace tiempo. Se evidencia y se explicita un conocimiento compartido, es entonces cuando lo implícito de la relación terapéutica puede pensarse de una forma consciente.

El grupo de Boston considera que el momento de encuentro puede provenir de una interpretación, nos alerta de que las interpretaciones pueden bloquearlo. Creemos que en realidad no es necesaria la interpretación en el sentido de que es el terapeuta el que trata de que el paciente haga consciente lo inconsciente. Desde nuestra perspectiva, el terapeuta sugiere posibilidades al paciente y este las explora a la vez que las comparte. Ambos son exploradores, descubridores y comparten su ignorancia.

“Los momentos de encuentro, los momentos del presente y los momentos ahora”

propuestos por el grupo de Boston mueven algunos cimientos del psicoanálisis ortodoxo. Según la teoría clásica, el inconsciente ha ido llenando su recipiente a través de la represión, base de los mecanismos de defensa. La interpretación debe reducir estos mecanismos y las resistencias concomitantes para que lo inconsciente se convierta en consciente y por lo tanto los síntomas inadecuados se liberen. El estudio sobre la regulación y la afectación mutua entre el bebé y la figura materna, así como en los dos integrantes de la terapia. El aprendizaje vivencial y experiencial a través de las relaciones interpersonales, proporciona unas pautas de relación. Conocemos nuestra biografía a través de nuestra memoria declarativa con la que podemos construir una narrativa de nuestras vivencias pasadas y presentes. El conocimiento relacional implícito se ha construido en la relación interpersonal, no forma parte de un proceso individual ni es intrapsíquico.

Los momentos de encuentro permiten esclarecer el conocimiento relacional implícito. Para nosotros no surgen de la interpretación, sino de la experiencia terapéutica que tiene su propia historia en el tiempo y sus propios acontecimientos compartidos. Los momentos presentes representan eventos actuales que se producen en la relación terapéutica. No son traídos del pasado del paciente en la transferencia con el terapeuta, se dan en el presente y se construyen con la aportación de ambos. Los momentos “ahora” son auténticas espontaneidades que surgen entre ambos integrantes, son parecidas a lo que los autores relacionales llaman “enactment”. Surgen directamente del jugar compartido y zarandean el equilibrio habitual por su carácter de imprevisibilidad.

Proponemos que estos momentos conceptualizados por el grupo de Boston representan el trabajo psicoterapéutico, es necesario vivirlos, sentirlos pensarlos y compartirlos. Se mueven entre lo sensorial, lo corporal, lo emocional y lo mental. Tal como Winnicott conceptualiza el paso de la no integración hacia la integración (del self).

Pueden modificar el espacio intersubjetivo por lo que pueden cambiar la forma de estar en el mundo con uno mismo y con los demás, aspiración terapéutica de máxima importancia.

#### **8.4. Empatía, espontaneidad y “Enactment”**

El término empatía fue introducido por Theodor Lipps en 1903, en el estudio del humor y fue introducido en la lengua inglesa en 1904. El vocablo se deriva del griego “pathos”, significa “algo que le ocurre a uno, la experiencia de uno”(Wolff, 1999).

El “Oxford English Dictionary” la define como “la capacidad de proyectar la personalidad de uno dentro de un objeto de contemplación y así comprenderlo más completamente”. La RAE lo define como “la identificación mental de un sujeto con el estado de ánimo de otro”. La idea es clara, ponerse en el lugar de otra persona para sentir con ella, reconocer los sentimientos de otra persona a partir de la experiencia propia; acompañar al otro en su sentimiento. Los humanos somos muy parecidos y nos es relativamente fácil identificarnos con el sufrimiento de los otros, especialmente cuando estamos en interacción con ellos. Lloramos, reímos, nos enfadamos y nos emocionamos cuando vemos una película o alguien nos transmite su estado emocional. La mente y el cerebro se conectan con la mente y el cerebro de los otros, tal como vimos en el apartado de las neuronas-espejo.

El fundamento de la empatía aplicado a la psicoterapia tiene el objetivo fundamental de que el paciente se sienta comprendido por el terapeuta. Toda intervención o interpretación por acertada que sea será errónea si el paciente no se siente comprendido. Si la intervención produce daño y el paciente se siente dañado o humillado, esto producirá una re-traumatización contraria al objetivo terapéutico.

Kohut ha sido el autor que más decididamente ha apostado por la empatía como el instrumento básico de la psicoterapia, unido a la función introspectiva (Kohut, 1959, 1971, 1977, 1979 1984). Kohut denomina la “inmersión empática” como el esfuerzo del



terapeuta por captar los significados emocionales del paciente y ver desde que códigos se organiza su experiencia. La empatía, y así lo entiende Kohut, siempre es un fenómeno subjetivo, por lo que cuestiona toda supuesta neutralidad. El terapeuta que aboga por una neutralidad objetiva en realidad le ofrece al paciente muchos más elementos de juicio sobre la personalidad del terapeuta.

Vemos el ejemplo de un analista que considera que hace su trabajo con neutralidad. En una sesión le comunica a su paciente que la semana que viene, el viernes, no habrá sesión, no da ninguna explicación al respecto y espera las asociaciones libres. La paciente responde siguiendo las consignas recibidas y como suele ser habitual. Habla de su parecer al respecto, de cómo le moviliza la ausencia de sesión; el analista escucha y espera, por si puede interpretar algún contenido emocional y sin añadir ninguna explicación más al respecto. En la siguiente sesión, la paciente comunica que ha tenido conocimiento de que su analista participa en una mesa redonda en un jornada de trabajo, justo el viernes y que ahora entiende que es por ese motivo que no habrá sesión, sabe por qué no habrá sesión. El analista “neutral” sin salirse de su papel “objetivo” le interpreta, como es propio de su función: “Ahora ha investigado el porqué de no tener sesión y se siente triunfante, en lugar de sentirse la niña excluida, ahora está a mi altura y controla la situación...” Nada menos neutral que ofrecer una interpretación cargada de teoría y de escolástica. Nada menos objetivo que dar por sentado que la paciente se sentirá excluida, cuando puede sentir otras muchas cosas, además el daño que puede hacer decirle a alguien que se ha metido donde no le llaman de una forma ilegítima. Este pequeño aporte del analista puede modificar la transferencia del paciente sin que el analista se cuestione su intervención debido a que está protegida por una “falsa neutralidad”. A esto se refieren los autores intersubjetivos, inspirados en Kohut y los psicoanalistas relacionales actuales cuando reconocen la participación siempre activa en la construcción de una experiencia nueva. El

problema práctico no es el equívoco, es no reconocer la posibilidad de errar y de fallar al paciente.

Por supuesto que el terapeuta y cualquier ser humano puede creerse muy empático y simplemente estar proyectando aspectos de su propia necesidad. La empatía, como ya hemos apuntado, es limitada, subjetiva y goza de una cierta inestabilidad. Sin embargo no podemos ni debemos desestimarla como un fenómeno necesario, conveniente, incluso imprescindible en la psicoterapia. Desde el inicio del psicoanálisis se pidió a los terapeutas que supervisarán sus casos y que llevarán a cabo una psicoterapia personal, no porque ello vuelva objetiva la subjetividad, sino por tener espacios donde uno pueda ser consciente de su propia subjetividad como terapeuta. No estamos hablando de estudios empíricos en este caso, sino de relaciones humanas y el entramado que conlleva.

Las características personales de cada terapeuta forjan el estilo de trabajo. La ubicación en una determinada corriente de pensamiento tiene que ver con las identificaciones, con los maestros y con la propia personalidad. Muchos profesionales de la salud mental fervientes defensores de un enfoque determinado, podrían haberlo sido igual de fervientes de otros puntos de vista distintos. Si una personalidad obsesiva se convierte en un investigador experimental, llevará a cabo su trabajo obsesivamente, y si se dedica a la clínica y se forma como psicoterapeuta psicoanalítico, su forma de realizar las terapias será igualmente obsesiva. Los psicoanalistas relacionales e intersubjetivos saben que la personalidad y por lo tanto la biografía y las vivencias de los terapeutas direccionan de alguna manera su forma de proceder en su trabajo. Tener el conocimiento de todo ello nos puede llevar al reconocimiento de nuestros errores, pero no quiere decir que por ello tengamos un control omnipotente de los fenómenos.

Consideramos que la capacidad empática de comprender a otro ser humano está condicionado por la propia subjetividad, pero sostenemos que en todos nosotros existen

“Ángulos ciegos de la personalidad” a los que nos hemos referido anteriormente, por lo que por muy bien que trabaje un terapeuta, seguirá produciendo sesgos y condicionamientos, los podrá supervisar, reconocer y tratar de evitar, pero seguirán produciéndose, es inevitable.

La espontaneidad del terapeuta es necesaria para respetar lo que Winnicott denomina el gesto espontáneo, pero no podemos forzarla porque dejaría de ser. Probablemente Winnicott tenía una personalidad natural espontánea y juguetona, pero no todos la tienen. En realidad estamos de acuerdo con este autor que toda terapia debe buscar la creatividad mucho más que la objetividad imposible. Como formadores podemos estimular las capacidades espontáneas y creativas de nuestros jóvenes terapeutas, pero no podemos instalarla como si fuera algo material.

Las escuelas ortodoxas del psicoanálisis no han estado en contra de la espontaneidad del terapeuta, pero no la han fomentado, más bien la han tratado como peligrosa. Muy probablemente los terapeutas psicoanalíticos han llevado a cabo maneras de proceder que han quedado guardadas en la privacidad de los despachos. El error ha sido no compartirlas con la comunidad psicoanalítica. Es probable que la propia Melanie Klein dijera y tratara a sus pacientes niños de una forma amistosa y cariñosa, pero cuando informaba a sus colegas, hablaba de interpretaciones transferenciales, del mundo interno repleto de envidias o venganzas. Podemos afirmar que una terapia que solo se hubiera basado en interpretaciones, aunque fueran acertadas, fracasaría, sobretodo porque el paciente no podría experimentar la vivencia de estar con otro ser humano, sino con un oráculo y nadie puede “curarse” por escuchar apotegmas sin vida.

#### **8.4.1. “Enactment” como un fenómeno psicoterapéutico espontáneo y creativo.**

Traducido por “puesta en escena”, dramatización o actualización, el concepto de “Enactment” ha sido motivo de discusiones y debates psicoanalíticos. La posibilidad de

una reacción espontánea, no pensada por parte del analista es obvio que comporta un cierto cuestionamiento. La imagen del analista dentro de la ortodoxia es de neutralidad, de quietud y de una profunda capacidad reflexiva, sin embargo ya Ferenczi inauguró en tiempos de Freud una forma espontánea y flexible de estar con el paciente. Posiblemente algunos ya lo hacían, pero Ferenczi lo explicó y lo argumentó en sus escritos aunque ello le comportara distanciamiento con algunos de sus colegas, incluido Freud. El concepto fue introducido por Jacobs en 1986 (Coderch, 2010) y a nuestro entender, guarda una similitud con los “momentos de encuentro”, especialmente con los “momentos del ahora” estudiados por el grupo de Boston. El terapeuta trata de crear un clima de confianza en el que el paciente y él mismo puedan expresarse con toda la libertad posible, en un momento determinado puede emerger una acción compartida y co-creada entre ambos integrantes. Jacobs la denomina contrantransferencia convertida en acción (Coderch, 2010), pero nosotros pensamos que no es fruto de la contrantransferencia sino de que el terapeuta se “deja ir” de una forma espontánea por la captación que tiene en ese instante de la sesión. Es obvio que la escuela principal del psicoanálisis, que es como llama Coderch a la ortodoxia, lo vea como una actuación. Nosotros consideramos que también es una actuación la interpretación sistemática de la transferencia o determinados silencios del terapeuta. Si el “enactment” es una actuación con connotaciones peyorativas, debemos llamarle como corresponde en la terminología psicoanalítica: “Acting out”.

Tenemos la impresión que la propuesta de Ferenczi sobre la flexibilidad en el encuadre, extendida por otros autores como Winnicott y traída hasta el día de hoy por psicoanalistas relacionales e intersubjetivos ha conseguido que muchos analistas hayan “salido del armario” de la ortodoxia y se hayan reconciliado con su deseo de practicar la psicoterapia con rigor pero con sencillez y normalidad, es decir orientada de una forma humanista. Estamos totalmente de acuerdo con Coderch (2014) de proponer un

psicoanálisis relacional de corte humanista. El analista liberado del corsé de la ortodoxia puede sentirse autorizado para trabajar con libertad (Coderch, comunicación personal).

Por supuesto que estamos de acuerdo que existen riesgos de equivocarse, pero así es en todas las formas de cura de cualquier oficio similar.

En nuestra formación clínica tuvimos la experiencia de aprender en el departamento de psiquiatría-Psicología del Hospital infanto-juvenil de Sant Joan de Déu de Barcelona por un periodo de 4 años. (Sáinz asistente de Dr. F Palomero subjefe de dicho departamento, en la primera parte de la década de los 80). Palomero trabajaba con pacientes jóvenes hospitalizadas por anorexia mental, realizaba un trabajo de psicoterapia individual y familiar con los integrantes de la familia que permanecían con el/la paciente. La enfoque clínico era claramente de base psicodinámica. En numerosas ocasiones Palomero “jugaba” con elementos “teatrales”, algo así como una puesta en escena, a veces lo hacía de forma premeditada pero otras, surgía de su propia espontaneidad. Dentro de su marco de trabajo eran posibles los “enactments” con finalidades terapéuticas. Por ejemplo: Una de las visitas realizadas a una paciente en su habitación del Hospital, la madre dice nada más llegar: “Dr. hoy ha comido un poco mejor, pero se ha dejado casi todo el plato”, a lo que el Dr. responde de forma espontánea y con una entonación apropiada: “Si solo interesa la comida, nos vamos...” y acto seguido salimos de la habitación, al cabo de un momento entramos de nuevo y el Dr. pregunta “¿podemos hablar de alguna cosa que no sea el comer?”. Este “enactment” se produce porque el profesional se da la autorización para dejarse llevar por la impresión del momento. No está pensado, surge en la interacción directa. Lo que pretende transmitir es que la familia y la propia paciente puedan verse como alguien que además de comer o no comer, existe como ser humano. Trata así de abrir camino hacia la subjetividad de las experiencias emocionales y relacionales.

Es obvio que la forma de trabajar y la capacidad para ejercer el oficio dependen de la formación de los profesionales pero también y sobretodo de su propia personalidad, por lo que estamos en total acuerdo con los autores intersubjetivos actuales.

### **8.5. Colusionar, colisionar y la reacción terapéutica negativa.**

Son temas tópicos que disfrutan de una amplia literatura psicoanalítica. Haremos simplemente una pequeña reflexión al respecto. La colusión es temida por los psicoanalistas, por lo que debe ser evitada en todas las circunstancias. Colusionar significa caer de lleno en la trampa que el paciente nos tiende aunque sea de una forma inconsciente. El terapeuta sin darse cuenta, se hace cómplice y se alía con la parte patológica del paciente. Los analistas que se consideran puros y cautos afirman que se debe ser astuto para darse cuenta de ello y así no cometer errores. Esta actitud anti colusiva puede agravar la tendencia a desconfiar por parte del terapeuta de la narrativa del paciente. Por ejemplo: La joven paciente dice que su madre tiene o ha tenido mucha envidia de ella, que no soporta que ella tenga chicos que le van detrás y que solo se exhibe para agradar. Si el clínico piensa en términos de proyección y pretende llevarlo a la transferencia, podría decirle. “Temas o sientes que yo siento envidia de ti porque eres más joven y eso esconde la rivalidad que tienes conmigo porque puedes entrar en mi vida privada”. El terapeuta no quiere colusionar con la supuesta proyección de la paciente no vaya a ser que se alíe con los aspectos envidiosos de ella y de esta forma los potencie. Para evitar estas distorsiones, proponemos no precipitarnos, escuchar con atención, empatizar, si es posible, con la idea de que se puede pasar mal si tienes una madre envidiosa que boicotea a su hija de que pueda tener una vida propia.

El terapeuta puede permitirse una cierta colusión, a poder ser conscientemente, para estar al lado de su paciente y después ayudarlo a pensar nuevas formas de entender.

Podemos creer que lo que el paciente explica es exagerado o dudoso, pero no es necesario desenmascararlo de inmediato, quizás sea mejor esperar y acompañarle a que sea el mismo el que pueda verlo.

La colisión tiene menos dificultad de comprensión, colisionar es chocar frontalmente entrar en polémica y discusión con alguien. Ciertamente los pacientes y analistas colisionamos en muchas ocasiones, aquí es donde debemos tener clara la postura que nos aporta Gadamer (1975) de que la psicoterapia debe ser un diálogo a dos en que cualquiera de los integrantes puede tener razón. Aspecto que Coderch ha divulgado de una forma especialmente extensa y didáctica.

En cuanto la reacción terapéutica negativa simplemente nos remitimos a los autores del psicoanálisis relacional y de la intersubjetividad mostrando el total acuerdo con ellos.

La reacción terapéutica negativa no puede analizarse como un hecho aislado del que es único actor responsable el paciente. Desde la perspectiva intersubjetiva y relacional, si un paciente entra en un bucle negativo o regresivo patológico no podemos pensar en que ha actuado su pulsión de muerte o su resistencia al crecimiento de una forma unívoca. Debemos pensar en todo caso, qué ha sucedido en el proceso terapéutico, qué corresponsabilidad ha tenido lugar. A qué se debe que en este momento de la vida del paciente y del trabajo terapéutico, se ha dado esta reacción negativa para su salud, incluso si esta reacción es lo que mejor puede hacer la persona para sentirse protegida. Estamos en general en desacuerdo con Steiner (1993), cuando se refiere a los estados de refugio mental como una forma de ataque al crecimiento, al pensamiento y por lo tanto desde su perspectiva, a un ataque transferencial en la figura del analista.

#### **8.6. La realidad externa como una forma de investigar la subjetividad.**

La realidad externa ha estado desvalorizada por la corriente principal del psicoanálisis. Es cierto que nadie niega la importancia que tienen los acontecimientos en la vida de una

persona, pero el énfasis del psicoanálisis ha estado puesto en el mundo interno y en las fantasías directamente vinculadas a lo pulsional, como ya hemos dicho anteriormente.

En la medida que la realidad externa está teñida por las deformaciones subjetivas, las proyecciones y otros mecanismos de defensa, no es fiable para trabajar directamente con ella, lo cual sirve de justificación para muchos de los analistas ortodoxos para utilizar de forma sistemática, la interpretación de lo inconsciente o de la transferencia. Se puede argumentar que como no conocemos la realidad, lo que podemos hacer es interpretar la responsabilidad del paciente en la construcción de su realidad. Es correcto implica al paciente en su realidad externa, pero no lo es, hacerle responsable de la misma sin analizar las circunstancias de una manera adecuada. Hemos oído en sesiones psicoanalíticas como un defensor de la ortodoxia afirmaba que en realidad prefería no conocer detalles de la realidad externa porque esto interfería en su trabajo (interpretativo), desde nuestro punto de vista esto es un grave error metodológico.

**Comentario sobre un caso de Joan Coderch** (Coderch 2010, p. 272)

Un joven paciente hombre, al que llama Eugenio, recientemente abandonado por su pareja. Inicia la entrevista lleno de hostilidad y de tensión y dice haber asistido a la entrevista por insistencia de su madre y amigos. Vamos a ver el diálogo:

Paciente: (Fijando en mí la mirada con una fuerte expresión de rabia mal contenida).

“Además, ya sé que nadie hace nada si no es por interés. En realidad, ya sé que no puedo fiarme de nadie, y menos de hombres mayores”.

Terapeuta: “Si piensa esto debe tener sus motivos”.

Paciente: “¿Es necesario que los cuente?”

Terapeuta: “Mientras estemos hablando es libre de decir todo lo que desee, pero no ha de sentirse obligado a nada. De todas maneras ya imagino que algo le ha hecho mucho daño”.



Paciente: “Pues ya debe saber lo que ocurre en la vida”

Terapeuta: “Sí, lo sé, y lo siento por usted”.

### **Nuestros comentarios al caso de Coderch**

Hemos preferido utilizar un ejemplo ajeno para poder analizarlo con más objetividad.

Lo relevante de este modo de trabajar reside en el reconocimiento que el analista hace de la realidad externa del paciente y especialmente de los sentimientos y emociones que puede haber tenido al respecto. Decirle al paciente que debe tener sus motivos para no fiarse de las personas es una forma respetuosa y franca de estar con el paciente. Lejos de darle la razón o quitársela, le da validez a su narrativa y no por ello colusiona ni se alía con su patología.

El paciente pregunta si debe hablar de esos motivos y de nuevo vemos al analista como señala la libertad que el paciente tiene de explicar o no explicar, recuerda directamente a Winnicott en el trabajo citado (comunicar y no comunicar...). Si el paciente no puede o no quiere comunicar no será necesariamente interpretado como una resistencia, simplemente será respetado.

En la misma actitud de respeto ya aceptación del paciente, el analista añade que siente por él el daño que le ha sido infringido. Definitivamente esta manifestación de solidaridad podría ser totalmente cuestionada desde una perspectiva ortodoxa. Nosotros pensamos que es la muestra del humanismo del psicoanálisis que estamos estudiando. El paciente se encuentra con un terapeuta capaz de sentir y de solidarizarse con su sufrimiento, comunicándoselo directamente al paciente.

Continuamos con el ejemplo (Coderch, 2010, p. 273)

En oro momento de la entrevista el paciente mostrando su desesperación dice:

Paciente: “ *Ahora mismo lo único que me interesa es saber si esta ventana es fácil de abrir para que pueda lanzarme fuera y acabar*”

Analista responde: “ No merece la pena que lo intente, no le dejaré hacerlo de ninguna manera”

Paciente: “¿No me dejaría?”

Analista: “Téngalo por seguro”

La contundencia y seguridad con la que responde el analista puede ser cuestionada, sin embargo, lo destacable es que el profesional capta de la necesidad que tiene el paciente de tener un interlocutor firme, capaz de aguantarle y de tolerar su propio miedo.

Podríamos decir que el paciente puede estar jugando con su terapeuta de una forma histriónica o incluso perversa, lo que no podemos saber con exactitud, solo podemos sentirlo y notarlo en la relación con él y la cualidad que tiene su discurso. El analista se ofrece como un sujeto que desea comprender al paciente y ayudarlo y eso pasa por impedirle que lleve a cabo acciones que le pongan en peligro.

Podemos hacerle saber al paciente que sus palabras tienen una afectación en nosotros porque también somos sujetos vivos, aunque nuestra función sea la de brindar nuestra capacidad para prestar la ayuda que necesita.

Esta forma de pensar y de trabajar clínicamente pertenece al estilo propuesto por los autores relacionales y debemos decir que rompe diametralmente con el estilo ortodoxo, aunque a veces se diga que también incorpora nociones relacionales, la práctica es totalmente distinta.

El desenlace de la entrevista se resuelve con la propuesta del terapeuta de volverse a ver en unos días y la aceptación del paciente.

El paciente añade: “ ¿Sabe?, ahora ya no tengo tantas ganas de tirarme por la ventana”

Analista: “¿Y bien?”

Paciente: “Porque ud. Me ha dicho que no lo permitiría”.

Analista: “¡Ah!., o sea que si a mí me importa que no te tires, entonces ves las cosas de otra manera”.

Esta es la evidencia del trabajo, cuando se enfoca desde una perspectiva relacional. El paciente puede captar que, dentro de unos límites, el terapeuta se afecta, se interesa y se preocupa de su estado emocional. Sentirnos significativos para alguien que está con nosotros es de vital importancia para empezar a modificar la relación con los demás y con nosotros mismos.

### **Ejemplo propio:**

Una paciente de unos 35 años, con una infancia muy penosa, con un padre agresivo y sin empatía y una madre depresiva que no podía mediar ante las amenazas y despropósitos del padre.

El trabajo terapéutico se desarrolla a razón de dos veces por semana. Las sesiones suelen estar plagadas de tensión, la paciente suele sentirse muy afectada por la relación directa con el terapeuta; está pendiente de la forma de vestir de éste, recuenta si el terapeuta interviene más o menos según la sesión, etc. Se suele enfadar y contrariar fácilmente.

El terapeuta vive la tensión de la paciente y se afecta por ello, trata de no estimular el malestar y menos su agresividad, se mueve con cuidado, tratando de entender que es lo que la paciente siente y vive emocionalmente en cada momento.

En una de estas sesiones la paciente dice:

Paciente: “No quiero hablar, mis cosas no le interesan a nadie, para qué sirve explicarlas, todo resulta inútil.

Analista: A mí me interesan sus cosas

Paciente: Yo sé que nunca he importado a nadie, y sé que a Ud. Tampoco le importo, así son las cosas.

Analista: ¿Ud. no me importa?

Paciente: No, no he importado a nadie, ni antes, ni ahora por eso estoy tan mal y no quiero saber nada de nadie. Yo no le importo a Ud!!!. (En un tono elevado y beligerante).

Analista: Por qué no me iba a importar Ud.? Me ofende que diga esto. Cuánto hace que viene, unos dos años y nos vemos dos veces cada semana, conozco su vida, el sufrimiento que ha tenido y que tiene, porque no me va a importar, ¡acaso cree que son de corcho, o insensible!! (En un tono algo elevado y airado).

Paciente: No, no creo que sea de corcho, pero a veces le veo ahí sentado y pienso que soy insignificante para ud.

Analista: Pues se equivoca, ud. es mi paciente por lo que para significa que debo pensar como ayudarla para que esté mejor. Aunque entiendo, y creo que en eso puede tener razón, que ud. Siente que esta terapia y yo somos limitados, que tal vez pueda ayudarla, pero no siempre estoy ahí cuando me necesita y eso es una limitación, aunque sea inevitable.

Paciente: En realidad ud. Es de las pocas personas que me hacen sentir que soy alguien y que soy persona.

### **Comentarios:**

Coderch (2010) habla del analista como un objeto (sujeto) bueno, o mejor aún como un objeto (sujeto) suficientemente bueno, que incluye la insuficiencia (Sáinz, Cabré, 2012), no se refiere a la idealización enfermiza, ni a que todo sea estupendo, sino a brindar la posibilidad al paciente de que tenga una experiencia distinta, para ello el terapeuta no sólo debe interpretar, debe existir como persona y estar allí con su oficio y su profesionalidad.

En este caso, como en el caso que hemos tratado de Coderch, el terapeuta le dice al paciente que puede sentirse afectado, incluso ofendido. De esta forma el paciente puede tomar conciencia con su capacidad de hacer sentir al otro emociones, que el otro sencillamente está vivo.

La realidad externa del paciente es de suma importancia para nosotros. Debemos preguntar por ella, escucharla con gran atención, tal como sugería Sullivan, cuidando todos los detalles de la narrativa del paciente. La realidad externa, narrada por el paciente nos sirve para conocer su manera de sentir, de fantasear y de procesar las vivencias, es decir, para conocer su subjetividad.

El terapeuta se hace una idea a través de su capacidad de entender y de su capacidad de sentir, sus propias vivencias se ponen en marcha. La descripción de la realidad externa permite al terapeuta hacerse hipótesis de lo que es explícito y de lo que ha podido quedar guardado en la memoria implícita, también de los mecanismos de defensa que han ido operando en la vida pasada y son activos en lo presente.

Los investigadores actuales de la teoría del Vínculo afectivo (“Attachment”) partiendo de la obra de Bowlby, han desarrollado cuestionarios-entrevista con el adulto (Main, 2000)

Como una manera de conocer el estilo de vínculos afectivos que predominaron en la infancia del sujeto y que persisten en la actualidad. Lo relevante de las explicaciones de los sujetos investigados es que la narrativa de las experiencias vividas con las personas emocionalmente significativas esté en concordancia con las emociones y sentimientos que describen. Lo que esto nos enseña es, que si una persona describe una figura de apego, como puede ser la madre, como maravillosa y en otro momento ha explicado que se quedaba cuando era una niña sola durante muchas horas cuidando de sus hermanos más pequeños porque la madre salía con amigos, podemos ver la enorme discrepancia que hay entre el adjetivo maravillosa y la explicación posterior de abandono. En este ejemplo

podemos pensar en la disociación, idealización defensiva y en lo que puede suceder en la transferencia, pero sobretodo lo que nos permite ver es que esa realidad externa de la paciente ha producido pensamientos que han quedado guardados en la memoria implícita, por lo que no podrán ser accesibles fácilmente. Tendremos que estar atentos a como se van a manifestar en las experiencias relacionales presentes.

Estamos en total desacuerdo con escuchar al paciente con la sospecha de que ha construido una realidad deformada e interesadamente defendida, aunque sea de forma inconsciente. Hacerlo así, implica no escuchar con atención y no dar credibilidad a las personas que nos consultan. Los psicoterapeutas tenemos la obligación de conocer a nuestros pacientes hasta donde nos sea posible, cierto es que nos pueden engañar, incluso manipular para conseguir fines no terapéuticos, pero es necesario conocer el nivel de proyección y de distorsión que un determinado paciente tiene de la realidad. Si captamos aspectos manipuladores, ya sea por histrionismo, psicopatía o perversidad, debemos actuar de forma distinta. No estamos defendiendo la complacencia ni el paternalismo ingenuo, sino el respeto a nuestros pacientes y a las realidades descritas por ellos.

Las relaciones humanas y los vínculos afectivos se establecen con personas reales que tienen sus características de personalidad, su funcionamiento mental y sus pautas de relación. El psicoanalista debe estudiar las relaciones humanas del paciente en particular. No podemos hablar de “edipos” sin conocer cómo son los adultos con los que el niño se relaciona. Las teorías generales configuran el paradigma desde el cual construimos nuestra forma de pensar y de ejercer nuestro trabajo. Para el psicoanálisis ortodoxo, el Edipo es un conflicto que se debe resolver, para un psicoanalista relacional puede significar una tendencia emocional infantil que dependerá del contexto familiar donde se produce y del estilo vincular que los adultos establezcan con el niño.

## **9. DEFICIT, CONFLICTO Y TRAUMA: APROXIMACION A LA COMPRENSIÓN DEL SUFRIMIENTO**

De acuerdo con Coderch (2010) que señala que, desde su punto de vista, los autores que han contribuido al tema son: Balint con el concepto de “falla básica”, Winnicott con el de “madre suficientemente buena” y la necesidad de sostén “holding”, Kohut, creador de la psicología del self, y Bowlby con la teoría del vínculo afectivo.

Nos parece muy clara la apreciación que hace Coderch (2010) sobre el déficit:

Como es natural aquello que provoca el déficit no es tan solo la ausencia de lo que el niño necesita, de lo positivo, sino también la presencia de aquello que es perjudicial, de lo negativo: odio agresividad, incoherencia, inestabilidad, descuido, maltrato físico, patología de los padres, etc. (p. 120)

Los cuidados infantiles son constantes y tienen la finalidad de que la criatura construya una base segura y pueda experimentar la continuidad existencial. Es evidente que se producirán fallos e imperfecciones, tal como Winnicott conceptualiza, esto forma parte de las vicisitudes de la crianza. El déficit se produce cuando hay una desatención por parte de las personas cuidadoras, muchas veces, sin ser conscientes de ello. La falta de empatía de las necesidades en todos los sentidos del niño, produce, como hemos dicho en otro momento, una sobre adaptación o un retraimiento igualmente enfermizos, en cualquier caso, podemos decir, en sintonía con Winnicott, que el ambiente ha fallado al niño.

Cuando esto sucede, la fragilidad de la persona aumenta, las defensas aparecen para suplir el malestar, en muchos casos de una forma inadecuada. La mejor defensa para un niño en crecimiento es la que proporciona su entorno cuando es empático con sus necesidades. Cuando ha predominado el déficit, las posibilidades de sufrir y de distorsión mental,

aumentan; las habilidades intelectuales pueden ser una forma de defenderse del dolor, aunque en las situaciones carenciales suelen producirse distorsiones cognitivas. En el apartado (carencias y mentalización) ya hemos comentado algunos de estos aspectos.

Si el entorno no está en conexión emocional (Riera, 2010) con los sentimientos y necesidades del niño tendrá consecuencias para su salud mental y como hemos dicho en otro apartado anterior, tendrá una repercusión en los circuitos neuronales, en las conexiones sinápticas y por lo tanto en la configuración funcional del cerebro. Creemos también que hay déficits que dependen menos de la reacción del entorno y que vienen marcados por variables neurobiológicas, el pensamiento concreto puede encontrarse en la base de otros déficits no exclusivamente relacionales. En cualquier caso debe servir para individualizar cada caso y no debe impedir que se pueda seguir investigando las interacciones y las relaciones interpersonales.

La frontera entre carencia y trauma a veces es muy fina. Un niño desatendido emocionalmente de una forma continua, aunque haya estado cuidado en otras necesidades básicas, por ejemplo nutritivas o materiales, se acostumbra a ese estado carencial, el trauma que tiene lugar es de aquello que no sucede y debería suceder, como señala Winnicott. Sin embargo en estos casos no hablamos de trauma por no tener el sentido disruptivo que se atribuye a menudo al trauma.

La etimología de la palabra “trauma” procede del griego “τραῦμα” y su significado es: herida.

La R.A.E lo define como una: “Lesión duradera producida por un agente mecánico, generalmente externo, o “Choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente”; o “Emoción o impresión negativa, fuerte y duradera”. (RAE, 2001)



La idea fundamental es que produce una herida, llama la atención la larga durabilidad y el sentido de que es algo que procede del exterior; un choque emocional, daño y algo que tiene la consistencia de representar un fuerte impacto.

Creemos que el trauma tiene el sentido de romper algo que existía previamente. Si pensamos en traumatismos físicos en los que quedan dañados tejidos, articulaciones, etc. En el trauma emocional también creemos que algo se rompe en el individuo y su vivencia relacional.

La esencia del trauma reside en la experiencia de un afecto insoportable, así es como lo sostienen Stolorov y Atwood (1992), para estos autores representa un rotura del sistema de regulación mutua entre el cuidador y el niño que repercute en la dificultad del propio niño para su autorregulación. La confianza en sí mismo y en el entorno disminuyen, el sistema defensivo queda vulnerado

La sintonía del entorno con la situación vivida es de fundamental importancia para las consecuencias del trauma.

El defecto siempre hace alusión a la falta, la carencia tiene el sentido de lo que no se ha construido y a la vez de aquello que ha sido dañado, por lo que podemos decir que el desarrollo de un niño todo lo que ha faltado en términos de necesidad puede haber causado un daño y todo lo que ha causado daño ha impedido que se cubrieran necesidades fundamentales.

En el estado de conflicto se presupone que las necesidades básicas han estado suficientemente cubiertas y lo que predomina son dificultades, desajustes en la relación interpersonal. Se parte de la idea de que aquello que es conflictual es en gran parte reversible, los autores sistémicos trabajan en la comunicación interpersonal y en las organizaciones grupales con la idea de encontrar nuevos sistemas de comunicación que modifiquen el sistema; un sistema abierto tiene posibilidades de cambiar. No concebimos los fenómenos

humanos exentos de conflicto, los vínculos afectivos aunque sean del tipo seguro contienen elementos de conflictividad. De acuerdo de nuevo con Coderch (2007), la diferenciación debe hacerse en términos de predominancia ya, que de alguna manera, todos los humanos participamos de algunas faltas y de algunos conflictos a lo largo de nuestra vida. Sin embargo esta forma de entender la psicopatología nos ha permitido pensar nuestra forma de abordar a los pacientes. Se podría decir que un paciente al que le predomina el conflicto, podemos ayudarle a que se haga cargo de sus aspectos más difíciles, puesto que se le pueden interpretar sus tendencias agresivas o la participación que tiene en su propio sufrimiento. Entenderíamos así que su Self está lo suficientemente integrado y cohesionado como para que le hagamos reflexionar y enfrentarse a su propia realidad. Algo así como cuando un niño es mayor ya se le puede hacer razonar y responsabilizarle de aquello en lo que tiene implicación.

Si por el contrario apreciamos déficits importantes lo que parece que debería predominar es el sostenimiento y la comprensión del dolor soportado.

Nuestra apreciación es que, en cualquier caso, lo fundamental del trabajo psicoterapéutico es la comprensión compartida de aquello que las dinámicas relacionales que han acontecido en la vida del paciente, tratando de ayudarle a pensar en su participación cuando esto sea factible y posible.

Las personas con déficit pueden desarrollar patologías de carácter perverso o psicopático por lo que una comprensión empática es contraproducente y totalmente inapropiada.

Nuestro punto de vista a lo largo de este trabajo es el que la interpretación no debe ser unilateral del terapeuta sino compartida de alguna manera con el paciente, o al menos cotejada con él y con cualquier tipo de paciente debe predominar la experiencia de sostenimiento. Debemos no obstante reconocer la gran aportación que nos han hecho los pacientes con déficits y traumas infantiles porque nos han permitido pensar de una forma

solidaria y estimuladora de la empatía. Como Orange dice en su libro “El desconocido que sufre” (Orange 2013) y nos ha permitido sostener que muchos de los autores clásicos que hoy consideramos fundamentos del pensamiento relacional en psicoanálisis trabajaron con realidades deficitarias y traumáticas, es el caso de Ferenczi , Fairbairn, Bowlby y Winnicott o entre los actuales, Fonagy, entre otros muchos.

Otra línea de trabajo viene marcada por el hecho de que las personas que han sufrido traumas y/o déficits importantes tienen tendencia a vivir vínculos inadecuados. La necesidad de ser de alguien que hemos señalado en otro momento del escrito, es una necesidad de cualquier humano, pero si las carencias, el sufrimiento y el daño han sido predominantes, el sujeto puede preferir tener relaciones con alguien que aunque le cause daño le permite sentir pertenencia, prefiriendo el mal a dejar de ser significativo para otra persona. Todo ello nos abre puertas a la reflexión con nuestros pacientes de psicoterapia y con las personas en general.

## **10. ALGUNOS PUNTOS DE REFLEXION PARA EL TRABAJO DEL PSICOTERAPEUTA**

### **10.1. La analizabilidad no depende únicamente de las características psico(pato)lógicas del paciente.**

De acuerdo con los autores intersubjetivos, depende de la dinámica que se establezca entre el terapeuta y el proceso seguirá un camino u otro. Aún así creemos que es importante tener presente las tendencias estructurales de la personalidad ya que condicionarán de alguna manera el trabajo psicoterapéutico y el pronóstico.

#### **Detectar las tendencias estructurales de la personalidad:**

Siguiendo la agrupación que hace del DSM 5 sobre los llamados trastornos de la personalidad, tenemos:

- Grupo A:** personalidad paranoide  
personalidad esquizoide  
personalidad esquizotípica
- Grupo B:** personalidad antisocial  
personalidad límite  
personalidad histriónica  
personalidad narcisista
- Grupo C:** personalidad evasiva  
personalidad dependiente  
personalidad obsesivo compulsiva

Aprovechamos esta agrupación para la reflexión, sin por ello adherirnos a la ideología subyacente en el DSM como clasificación de los trastornos mentales.

El problema fundamental de los rasgos de personalidad es que cuando son predominantes, colonizan el funcionamiento mental y relacional, ambos inseparables, con una predominancia del pensamiento concreto, por lo tanto con dificultades importantes para la mentalización. El punto de vista propio del psicoanálisis de entender la psicopatología como un continuum, nos hace ver que el terreno de la personalidad todos tenemos unas tendencias que cuando se dan en menor medida, pueden ser útiles para el desarrollo personal. La personalidad tendiente a lo obsesivo o a lo histriónico, incluso a lo narcisista, puede tener sus ventajas siempre y cuando deje libre otras áreas del self más sanas.

El pronóstico de los trastornos psicopatológicos depende en gran medida de la estructura de la personalidad que subyace, si ésta tiene categoría de trastorno o si se trata de una tendencia pero que no inunda la globalidad del Self, el pronóstico es distinto. El tipo de personalidad también tiene su importancia, no es lo mismo una personalidad histriónica o paranoide que otra con tendencias psicopáticas o perversas.

Es muy aguda la afirmación que hace Rodríguez Sutil (2005) referida a los trastornos de carácter (podemos decir de personalidad) cuando dice que representan una psicopatología sin síntomas. Genera gran perturbación saber de un sujeto egosintónico ha

violado y asesinado a una persona sin ningún sentimiento de culpa ni empatía mínima hacia el sufrimiento ajeno. Los tribunales se cuestionan si hay patología mental o no, confundiendo en muchas ocasiones, la responsabilidad jurídica y penal con el hecho de sufrir alguna perturbación psíquica. Como dice Rodríguez Sutil, puede no haber síntomas, pero sí hay psicopatología; puede haber psicopatología pero hay responsabilidad jurídica y penal siempre que el sujeto tenga capacidad de saber lo que ha hecho y las consecuencias que tienen sus actos, como es el caso de muchos trastornos psicopáticos que no cursan a demás con psicosis.

En otro sentido, consideramos que la falta de “conciencia de trastorno” referida a los trastornos psicóticos para diferenciarlos de los neuróticos debe revisarse. Una persona con un trastorno psicótico cuando no se encuentra en plena manifestación delirante o alucinatoria, puede tener conciencia de su patología; una persona con funcionamiento neurótico suele tener conciencia de sus dificultades y diferenciar su realidad de la fantasía, pero es posible que no tenga conciencia de ciertos aspectos de su funcionamiento mental y relacional. Nuestra experiencia es que en los rasgos patológicos de la personalidad según su extensión y gravedad, el sujeto no tiene a penas conciencia de su existencia, se ubican en lo que hemos llamado “Ángulos ciegos de la personalidad”. Con lo cual hacen muy difícil el trabajo clínico. En la clínica actual nos encontramos que la gran dificultad para llevar a cabo el trabajo psicoterapéutico lo encontramos en los pacientes en los que predominan los rasgos de personalidad patológica, la rigidez a la que suelen tender aumentan la posibilidad de pensamiento concreto, la conciencia de patología es escasa. El pronóstico de pacientes con trastorno severo es mucho peor cuando hay asociado trastorno de personalidad.

En cualquier caso el sufrimiento es la variable más importante para trabajar con el paciente, con la precaución en las personalidades llamadas antisociales, es decir cuando

predominan los rasgos psicopáticos o perversos; en esos casos es necesario no caer en una trampa que podría ser anti terapéutica.

Por supuesto que en estos casos, el sostén estable, riguroso y a la vez flexible, es el elemento fundamental. La mentalización implícita genera una experiencia relacional suficientemente aceptable. En las personas con rasgos de personalidad límite, la estabilidad del encuadre terapéutico y la aceptación de las regresiones que se pueden ir dando es fundamental. Como dice Nemirosky (2006) “Cuando la empatía no es posible, se debe poner en marcha, la paciencia”.

La esperanza terapéutica reside en el hecho de que estos funcionamientos con tendencia a la cronicidad y que son difíciles de mentalizar, puedan abrir su campo experiencial en otras direcciones. Proponemos que no se debe tratar de entender los porqués sino de que la persona se ponga en contacto con una experiencia más saludable que actúe a modo de “vasos comunicantes”.

Que una persona con importantes rasgos límites o paranoides adquiera una comprensión profunda de su psiquismo es menos importante que el hecho de que pueda vivir una experiencia relacional algo nueva, que pueda hablar de ella y de alguna manera, incorporarla a su mundo experiencial y relacional.

## **10.2. Máximo aprovechamiento de la primera entrevista**

El paciente que acude por primera vez a un psicoterapeuta debe poder experimentar una experiencia terapéutica. Desplegar lo más que pueda su motivo de consulta, las explicaciones que se da sobre el mismo; sentir aquello que pueda sentir y entender aquello que pueda entender.

El profesional mira de evaluar a su paciente y calibrar las posibilidades de ayuda, ver como se encuentra con él y el paciente debe poder evaluar a su terapeuta y hacer el mismo proceso, salvando la distancia, a la inversa.

La escucha activa debe presidir la primera-s sesión, pero consideramos que el profesional debe ir interactuando, preguntando y devolviendo lo que va entendiendo, según el estilo de cada uno, puede hacerlo en los momentos que crea más oportunos. Si el paciente se siente entendido o al menos recogido en su narrativa, se empieza a desplegar una actividad terapéutica. Nuestra experiencia es que puede ser contraproducente mantener la “neutralidad respetuosa” porque aunque esté al servicio del respeto puede hacer sentir al paciente que está ante un oráculo, más que ante un ser humano semejante a él. En un primer encuentro entre terapeuta y paciente el profesional debe explicar al paciente aquello que ha podido entender de su sufrimiento, de su psicología y su psicopatología, alguna hipótesis explicativa de la situación y un cierto pronóstico. Al mismo tiempo de cómo cree que va a ser la ayuda, aunque si necesita más tiempo, puede señalar que lo podrá precisar posteriormente. El proceso terapéutico y diagnóstico se pone en marcha desde el primer día y termina en la última sesión.

### **10.3 La empatía o no empatía con la narrativa del paciente**

La narrativa del paciente en la sesión, nos mueve cogniciones, pensamientos, teorías, ideologías, deseos, sentimientos, entre otras posibilidades, es decir, que nos conecta con nuestra propia subjetividad.

Nos debemos hacer la pregunta de si podemos empatizar o no, y si somos conscientes de ello.

#### **Vamos a ver algunos ejemplos:**

##### **Ejemplo 1**

Un paciente de unos treinta años pide consulta porque su novia ha llevado a cabo un intento de suicidio por ahorcamiento, culpabilizándole a él del acto. No es la primera vez que suceden cosas parecidas con ella y con otras parejas que ha tenido; con cierta frecuencia se ve sometido a un chantaje emocional en el que, por supuesto, se siente

culpable y responsable; el malestar que le produce es muy alto y por eso ha decidido pedir ayuda.

El dato biográfico relevante es que su madre ha sido una mujer depresiva crónica que ha puesto en él su sustento emocional. De niño, de adolescente e incluso de adulto debía ocuparse de ser el confidente, “terapeuta” de la madre, a la que por otro lado era y es muy difícil de ayudar, dada la patología en la que está sumida. Como podía esperarse, su padre es un hombre que ocupa poco espacio emocional en la familia y se ocupa poco de su esposa; sin ser considerado por el paciente un mal padre, el paciente se siente carente de su función paternal.

El terapeuta se conecta con la teoría, en este caso es Fairbairn el que sale a su encuentro. El niño hace lo posible por satisfacer las necesidades de su madre aunque sea a costa de perder sus derechos emocionales de ser cuidado. El contacto del niño con lo depresivo de la madre y con el no poder contar con su padre se instaura como modelo relacional implícito. Las relaciones de pareja suelen crear un campo intersubjetivo proclive a las transferencias infantiles, por lo que nuestro paciente suele sentirse bien en relaciones de pareja con personas con un marcado sufrimiento.

Pensamos que quizás es necesario hacerle ver el nexo que hay entre su relación familiar con el tipo de relación de pareja que establece, incluido el tipo de personas que suelen atraerle y probablemente a las que él también atrae. Decidimos hacerle ver todo esto porque consideramos que es una persona con una cierta cohesión del self y que su personalidad no está colonizada por esos ángulos ciegos que hemos nombrado anteriormente. Evidentemente lo primero y fundamental es que acojamos su narrativa y le ayudemos a sentir y a pensar, la comprensión surge de estas dos funciones. La novia intenta suicidarse y deja una nota acusatoria, entendemos que se sienta responsable y culpable, puede incluir sentimientos de enfado hacia ella por su acto violento y hacia sí



mismo por tolerar tanto peso. Se lo comunicamos para ver si estamos acertados en nuestra apreciación.

Llega entonces el momento en el que podemos hablar de que él se acostumbró a cuidar de las mujeres que sufrían desde que era niño. Si no lo hacía él, no habría nadie que lo hiciera. Parece ser que así se lo hizo saber su madre. Dejamos de lado el triunfo edípico sobre su padre, haciendo pareja con la madre a través de ser nombrado el hijo confidente porque nos parece irrelevante en este momento y culpabilizador. Le ayudamos a aceptar sus límites como cuidador y ayudador de la patología ajena. Le hacemos pensar sobre la posibilidad de que él pueda permitirse dejarse cuidar por alguien y abandonar su “status” habitual de cuidador y se puede atreverse por lo tanto a tener relaciones más igualitarias con una mujer. Tratamos con ello de abrir nuevas posibilidades en el camino relacional. Dejar la costumbre en la que uno está inmerso no es tarea fácil y da cierto miedo, la libertad nos puede producir miedo, como nos hizo ver Fromm, porque significa abandonar un terreno conocido y no es difícil empatizar con la necesidad de aferrarse a lo conocido para evitar la desprotección de lo que no tenemos controlado.

Mejorar es bueno, pero puede generar malestar por uno mismo o por los demás. Si el niño mantiene su tristeza, desesperanza y sigue en contacto con el sufrimiento, puede mantener el nexo que le une a su familia de origen, si evoluciona de forma distinta aun siendo mejor para él, puede sentirse más solo.

En su narrativa nos ha mostrado su dolor, incluso ha llorado, sus dudas ante sus propias capacidades, su sentimiento de culpa y la vergüenza que le han despertado los hechos descritos.

El terapeuta sostiene su dolor con su presencia, sus preguntas y sobretodo tratando de validar y legitimar sus emociones, dándoles una ubicación y un sentido. No pretendemos resolver sus cogniciones como haría un terapeuta cognitivo-conductual, ni tampoco

interpretar su inconsciente o la transferencia como haría un psicoanalista ortodoxo, esperamos que se deje ir en un espacio en el que se irá construyendo la confiabilidad mutua. Si va suficientemente bien podrá sentir que hay alguien que entiende, dentro de lo limitada que es la comprensión humana. Nos preguntamos entonces, si el trabajo terapéutico funciona suficientemente bien: ¿podrá establecer relaciones diferentes consigo mismo, podrá elegir un tipo de pareja distinto, se atreverá a tener una vida más sana que sus propios padres? Todo eso terapeuta y paciente lo irán viendo en el curso del proceso terapéutico.

#### **10.4. ¿Podemos reflexionar con libertad, sin ataduras excesivas?**

Las ataduras del terapeuta están marcadas por su propia personalidad, por su ideario como ser humano y por las “doctrinas” a las que esté adherido; por las servidumbres con la institución que debe legitimarles como profesionales, etc. Tal como se cuestionan Buecheler y Ávila (2013) en su trabajo sobre formación de los profesionales, el daño o el apoyo, según el caso, que pueden recibir de las instituciones.

Lo contrario de la atadura, contando que siempre hay alguna, es el poder pensar en libertad. Creemos que Winnicott, sin proponérselo es un modelo de libertad de pensamiento o de espíritu, como afirman Widlocher y Diatkine respectivamente (Clancier, Kalmanovitch, 1984).

Si podemos reflexionar sin demasiados corsés y sin tener que satisfacer a muchos otros, podemos pensar con tranquilidad.

#### **Pacientes con experiencias devastadoras o traumáticas:**

El maltrato en la infancia que incluye la agresión sexual, suele complicar la vida a las personas que lo han padecido, es fuente de sufrimiento y condiciona las relaciones con uno mismo y con los demás. De alguna forma es una experiencia traumática. Preferimos pensar en términos de afectos y emociones relacionadas con las relaciones interpersonales

e intersubjetivas que en las teorías pulsionales y edípicas. Como ya hemos dicho en otro momento anterior, comprendemos que el ser humano está dotado de la capacidad para la agresión y la destrucción y puede presentar conductas sexuales insanas; también entendemos que los sentimientos son inherentes a la vida misma, la envidia, la vergüenza, los celos.... Es importante, no obstante, insistir en el hecho de que no debemos estudiar estas emociones y sentimientos en el individuo aislado de la relación con los otros, nos importa como son los otros y cómo reaccionan cada componente del sistema relacional.

Con este presupuesto desarrollado a lo largo de todo el escrito nos preparamos para trabajar con el paciente.

El paciente nos describe una situación en la que fue agredido sexualmente de una forma continuada cuando era niño o niña. Escuchamos para comprender que debió sentir, cómo debió ser la experiencia para él o ella. Nos preguntamos: Cómo era la persona que llevaba a cabo la actividad ilícita, era un perverso, era una persona infantil, confusa; tenía un “buen” trato con el niño, le coaccionaba de una forma sutil, o grosera. Nos seguimos preguntando: Cómo ha dañado esta experiencia a nuestro paciente, le ha confundido en su sexualidad, se ha identificado con el agresor y se ha convertido en uno de ellos; la vergüenza ha predominado en sus relaciones afectivas, la culpa de no haberlo evitado, o de ser el causante. La rabia dirigida al agresor o a los que no le protegieron o a él mismo. Si hemos construido un “holding” y la persona puede ir desarrollando la confiabilidad puede decirnos, como nos dijo una paciente concreta. “Yo sabía que aquello que hacía estaba mal, no me gustaba, pero tenía miedo a decírselo a mi madre, creo que incluso tenía miedo a que se acabara. Yo no lo quería, pero también hoy puedo reconocer que el cuerpo reacciona a las caricias aunque sean inapropiadas”

El paciente que describe una situación de maltrato físico ve comprometida su identidad. También nos hacemos preguntas: ¿Qué hará con la experiencia, la disociará,

tendrá miedo a su propia agresividad, culpará a los que no le protegieron? ¿Descreerá en la posible bondad de las personas con las que tiene trato? ¿Tenderá a hostilizar las relaciones con los demás?

Se defenderá con un falso self y armará un narcisismo arrogante, construirá una coraza esquizoide para no recibir daño ni hacerlo, se preservará de las relaciones que puedan ser amorosas, etc.

Nuestro trabajo consistirá, como apuntó Kohut (1959, 1984, 1989) en activar la empatía y en mirar hacia dentro de nosotros, de nuestros sentimientos y de nuestra contratransferencia para así ir siguiendo al paciente. Cuando sea posible le daremos acuse de recibo de lo que vamos entendiendo, para que como dice Winnicott (1971) vea los límites de nuestra comprensión y para compartir con él la mutualidad de nuestro trabajo clínico; procuraremos que se siente comprendido, legitimado, que no es lo mismo que darle la razón o aliarnos con su patología. Si, como hemos dicho vemos en él aspectos perversos o psicopáticos, los enfrentaremos lo más directamente posible y veremos la viabilidad terapéutica que tienen.

Miraremos de no interpretar especialmente, evitaremos quedar invadidos como le pasa a Fonagy en un ejemplo suyo en el que reconoce su error (Fonagy, 2005).

**Un Caso de Peter Fonagy.** Reproducimos la viñeta clínica: Se trata de una paciente que ha sufrido maltrato físico reiterado por su padrastro, del que se protegía con su silencio y tratando de pasar desapercibida. En el trabajo analítico también tiene tendencia a mostrarse silenciosa. Fonagy cree que: “En un nivel, ella experimentaba su trabajo conmigo como una sumisión masoquista a un hombre loco y cruel, que le exigía que recordara su pasado con detalle, por muy doloroso y humillante que fuera”

**Comentario 1. al caso de Fonagy:** Nosotros creemos que Fonagy piensa en términos transferenciales, quizás a observado la reacción de la paciente, su desconfianza y ella le ha

transmitido la humillación que siente por ser preguntada por eventos tan dolorosos, pero puede ser que el terapeuta se mueva por la concepción teórica que dice que la paciente revivirá en la transferencia al analista como a ese padre sádico e intruso.

Destaca en cualquier caso, la paciencia con la que el analista espera a que la paciente comunique sus vivencias, tolera su retraimiento, su silencio continuo durante sesiones, en la tradición de Winnicott, permitir al paciente su regresión a la dependencia.

Fonagy nos relata un pasaje concreto de una sesión:

Había traído un recuerdo de una vez que se fue a la cama esperando que su padrastro se hubiera olvidado del repaso aquella noche. Había procurado no hacer ningún ruido para no llamarle la atención sin darse cuenta. Recordó su terror cuando, poco después de que ella se hubiera acostado, él irrumpió en la habitación. Le exigió una explicación de cómo se había atrevido a irse a la cama sin hacer el repaso con él. Yo intervine suavemente para decirle que a veces ella también temía que yo pudiera actuar de una manera o decir alguna cosa que la pillara desprevenida. La única manera de poder sentirse a salvo en el análisis era estar callada. Ella reconoció lo que yo había dicho encogiéndose de hombros y no dijo nada más durante el resto de la sesión. La sesión siguiente también la pasó más o menos en silencio” Fonagy, 2005

**Comentario 2 al caso de Fonagy:** La paciente trae un recuerdo y se dispone a narrarlo, realmente es un episodio sórdido y estremecedor. Probablemente es capaz de explicarlo porque ha ido encontrando un sostén y una confiabilidad en su analista, sin embargo cuando ha acabado su narrativa, el analista en lugar de recoger lo difícil que debió ser para ella vivir esa experiencia, lo que hace es mostrarle su sistema defensivo, la tendencia estar callada para evitar al padrastro-analista malo. Fonagy no se da cuenta de que en realidad la paciente se encoge de hombros porque no se siente comprendida; en un momento que no está siendo hermética sino que está confiando un suceso traumático a su

analista, es decir en el momento que se está comunicando su experiencia a su analista, éste le habla de su tendencia a estar callada.

Podría haber recogido del momento de otra forma, tal vez reconociéndole que hoy estaba hablándole y comunicándole un episodio muy doloroso, sabiendo que a ella no le es fácil explicar recuerdos difíciles y haciendo hincapié en que posiblemente en este momento puede hacerlo porque está más confiada o más tranquila en la situación terapéutica él.

Más tarde Fonagy se da cuenta de que lo que debe hacer es ayudarla a recordar y por lo tanto a hablar de sus vivencias y a poder pensar en ellas. En este momento es cuando Fonagy se vuelve relacional de verdad y sigue explicando en su comunicación de 2005 para el congreso de la IPA, sus aportaciones enormemente valiosas sobre la mentalización.

#### **10.5. Los límites de la psicoterapia. Tratamos a las personas no a los síntomas ni a las enfermedades.**

En psicoterapia podemos tratar a la persona diagnosticada de psicosis, pero no a la psicosis. No significa que el terapeuta no deba tener en cuenta la sintomatología, más bien al contrario. Tratamos a las personas con sus circunstancias, nos encargamos de los afectos, de las emociones y de los sentimientos y todo ello siempre en contacto directo con las relaciones humanas. Entendemos que los síntomas psicopatológicos tienen relación con las vivencias, la biografía, los acontecimientos traumáticos y con el devenir de la vida; nos ocupamos de ellas pero debemos tener cuidado en no ser pre-deterministas. Si aceptamos la multidireccionalidad de los factores explicitados en los capítulos anteriores, debemos aceptar que la psicoterapia tiene sus límites. Como sugiere Ávila no solo tratamos de que la persona viva mejor, sino que se produzcan cambios duraderos en ella misma y sus relaciones vinculares, pero no debemos poner el énfasis en que nuestro trabajo es curar síntomas o enfermedades, aunque éstas puedan mejorar con la

psicoterapia. Desde nuestro punto de vista el terapeuta no debe forzarse a interpretar la significación inconsciente de los síntomas y menos de las enfermedades psicosomáticas. Todas las enfermedades son psicosomáticas en realidad y no solo psicosomáticas, porque intervienen multiplicidad de factores que como dijimos se combinan y se transforman entre sí. La psicoterapia de encarga de trabajar con unos cuantos de estos factores interrelacionados. Si el resultado es satisfactorio tendrá un efecto sistémico en la persona y sus relaciones.

#### **10.6. La estructura mental no suele cambiar pero sí su disposición**

Consideramos que la estructura de la personalidad no cambia aunque si puede hacerlo la disposición estructural. Proponemos que definamos la estructura como los cimientos en los que se edifica la personalidad y la disposición como el orden con el que la persona sitúa sus contenidos mentales dentro de su edificio o estructura de personalidad. Si entendemos que la disposición de los contenidos puede cambiar, de alguna manera significa que la persona puede mejorar su funcionamiento mental y relacional. En realidad es por todos conocido que las personas cambiamos realmente poco a lo largo de una vida, incluidos los individuos que han tenido la experiencia terapéutica analítica

La persona humana es un sistema abierto y dinámico, pero tiene sus limitaciones. Como hemos dicho anteriormente, la neurociencia actual da pruebas de que el cerebro y el sistema nervioso están en interacción con las experiencias relacionales y se influyen mutuamente; la plasticidad cerebral es un hecho probado, pero hemos de aceptar que también es limitada, según el individuo, sus características contextuales, su edad...

Es importante, así mismo remarcar que aunque trabajamos con el pasado, éste no puede cambiar. Pueden modificarse las percepciones que se tiene de él. Se puede comprender de una manera más abierta a una madre que causó daño, se la puede perdonar. Cuando uno se hace cargo de la implicación que tiene en lo que acontece en su vida, las

proyecciones disminuyen. Tomar conciencia, hacer “insight” y mentalizar aquello que nos ha hecho daño, permite ampliar el mundo experiencial, la comprensión sobre uno mismo y que tenemos de los demás.

Somos conscientes que hay determinadas experiencias que no pueden perdonarse, ni repararse, tan solo es posible entenderlas de una manera que hagan menos daño, lo que implica aprender a vivir con ellas. Como sugiere Yalom (2009) a veces la persona debe entender que no se trata tanto de perdonar lo que ha sucedido en el pasado, por ejemplo perdonar a un padre maltratador, sino aceptar la idea de que lo sucedido es inalterable. Esto nos sitúa en una situación de duelo tanto al paciente como a los terapeutas

Llegar a una posición depresiva en términos de Klein, mejorar la cohesión del self, en términos de Kohut, sentirse más integrado como sugiere Winnicott, siempre será una labor incompleta.

Es tan necesario que el psicoterapeuta sepa que su método es falible y no útil para cualquier persona, que probablemente son los pequeños cambios los auténticos promotores de la salud mental. Podemos pensar que hay personas que no podrán cambiar y ser conscientes de ello puede reconducir el caso de una forma más apropiada, a la vez que debemos dejarnos sorprender por personas que modifican y evolucionan adecuadamente contra todo pronóstico.

Si los objetivos terapéuticos son realistas y ajustados a las posibilidades de la pareja terapéutica, el trabajo a llevar a cabo probablemente será fructífero.

### **10.7. La búsqueda de la autenticidad es fundamental en la psicoterapia**

El paciente merece que se le trate como un semejante, aunque la relación sea asimétrica. Podemos y debemos compartir con él aquello que vamos entendiendo de su vida, podemos incluso preguntarle en algunos momentos, si considera que vamos encaminados o no en nuestras intervenciones, aunque presente un alto sufrimiento o tenga



un diagnóstico psicopatológico no deja de ser una persona y, dentro de los límites posibles, debemos considerarle que es el protagonista activo de su vida y un participante esencial del proceso terapéutico. El psicoterapeuta por su parte es también un observador participante o dicho sin amortiguación, un participante activo del proceso con las connotaciones que hemos ido comentando a lo largo de este escrito.

La autenticidad, para Winnicott, es el elemento fundamental de toda terapia. Ayudar al paciente a que reconozca su estado real es más importante que encontrar significados inconscientes. El analista debe ser veraz para su paciente, mostrar su vulnerabilidad y a la vez estar dispuesto a acompañarle a pesar de las dificultades. El psicoterapeuta en formación necesita llevar a cabo procesos terapéuticos evolucionan bien y que le validen como profesional de cara a su propia autoestima y de cara a la institución enseñante. Sin embargo es el terapeuta que ya ejerce su oficio con verdadera riqueza es el que lleva trata pacientes que tardan en mejorar o que incluso mejoran poco. Hay pacientes para los que la psicoterapia es una forma de garantizar unos mínimos que sostengan su salud mental en un estado menos precario. Tolerar estos procesos sin resultados exitosos es toda una prueba para la consistencia del profesional.

### **Un breve ejemplo de Winnicott**

En el trabajo sobre el falso self (1960) Winnicott llegará a decir que una persona puede no sentir su existencia y que lo primero es reconocerle ese estado. Es paradójico reconocer a alguien que quieres ayudar que no existe o que no se siente vivo. Reconocer su no existencia, permite al paciente sentirse real. Comenta que en cierta ocasión un paciente sumergido en un “falso self” le dijo: “Solo me sentí esperanzado cuando usted me dijo que no tenía ninguna esperanza, y continuo con el análisis” (1960, p.198). Podríamos reconstruir esta escena terapéutica, imaginando una persona con experiencia en diversos tratamientos que no han podido ayudarle como el necesita, busca un nuevo analista y le explica las situaciones que ha vivido y lo fútil que han sido las terapias que desde hace

años ha llevado a cabo como paciente; llegado el momento interpela al analista y le dice :”Ud. ve alguna esperanza en que pueda mejorar, con todo lo que le he explicado”, el analista al estilo de Winnicott podría contestarle, “No, la verdad, veo poca esperanza, sin embargo le propongo psicoterapia”. El paciente podría añadir así cree que a pesar de tener pocos indicios para la esperanza, Ud. está dispuesto a tratarme”. El terapeuta afirmaría “sí, por supuesto”.

Este posible diálogo desarrollado a través del comentario de Winnicott, quiere poner el énfasis en que la veracidad, lo real permite a la persona sentir que está con alguien que ve lo que existe aunque sea precisamente el no existir. Lejos del pensamiento siempre positivo de una sociedad de perfil bajo en la que se “vende” la idea de que todo es posible, aparece esta opción realista y sincera. Pero no a todos los pacientes les servirá la crudeza de esta aseveración y necesitarán que el terapeuta les hable de la esperanza en poder mejorar y en la convicción de poderles ayudar de verdad, por supuesto Winnicott, Ferenczi y muchos de los psicoanalistas actuales, dirían que si eso es lo que necesita el paciente, eso es lo que se debe hacer. Para llevar a cabo una labor de esta envergadura el terapeuta debe haber dialogado con su propia realidad, con su propia existencia y con su muerte.

**10.8. Debemos revisar en cada paciente lo que entendemos por salud y lo que es potenciador de la misma. Ajustar objetivos terapéuticos a la realidad del proceso.**

Los ideales terapéuticos tienen que ver con el ideario y porque no, con la ideología que sustenta al terapeuta como profesional y como persona. No es casualidad que los profesionales de la salud mental nos adherimos a una corriente de pensamiento y no a otra, los hay que cambian su parecer con la experiencia, los hay que permaneces fijos y fieles a una doctrina o a un líder concreto. Podemos afirmar que Winnicott llevó a cabo una lucha ininterrumpida contra los grupos herméticos y los que él consideraba

excesivamente ideológicos. Se puede consultar el “gesto espontáneo” (Rodman, 1999) que consta de un buen número de cartas que Winnicott dirigió a colegas de la sociedad psicoanalítica, aprovechando su cargo en la British Psychoanalytical Society de la que fue su presidente en dos periodos distintos, se erigió con el derecho de llamar la atención a lo que él consideraba un pensamiento cerrado y escolástico. Especialmente escribió cartas a Melanie Klein, líder indiscutible del grupo llamado kleiniano y a Ana Freud que lideraba el que fue su propio grupo. Winnicott, como es sabido, estaba ubicado en el llamado grupo intermedio o con más propiedad grupo independiente, al que pertenecían también Balint, fairbairn, Bowlby, entre muchos otros. Por supuesto que dicho grupo, como todos los colectivos institucionalizados, también contaba con su ideología, sin embargo carecían de un líder que diera nombre a una escuela, lo cual nos lleva a pensar que esta carencia les dotaba de una mayor libertad de pensamiento.

El terapeuta puede creer que el paciente debe emparejarse y construir una familia, o que debe dejar a la pareja actual, o que debe poder atreverse a dejar a su familia de origen, o todo lo contrario permanecer en ella, que debe desestimar el noviciado para prepararse como religioso; podemos creer que es bueno para el paciente que resuelva su identidad sexual en una dirección que nos parece es más sana. Es cierto que los psicoanalistas estamos entrenados a no desear nada en especial, Bion nos recordó la importancia que tiene despojarse de los deseos y de las memorias, sabiendo que por otro lado ambos fenómenos eran inevitables. Lo cierto es que es aquello que es sano no es un estándar generalizado. Hemos dicho anteriormente que puede ser saludable para una persona no perdonar ni reconciliarse con su madre sino reconocer que el pasado no se puede modificar y que hay que aceptar aquello que es inamovible como tal.

Podemos creer que determinadas formas de emparejamiento o de sexualidad no son saludables, algunas concepciones psicoanalíticas han considerado y aún consideran la

homosexualidad como la evidencia de conflictos no resueltos, identificaciones mal llevadas y especialmente de complejos edípicos alterados. Puede ser cierto, pero no debe ser un dogma inalterable. El paciente nos enseña sus motivos, sus realidades, sus aciertos y sus errores, pero su vida es suya. Nuestra función ya descrita en párrafos anteriores es ofrecer un espacio para la reflexión, el sentimiento, el pensamiento y la experiencia relacional. Como no podemos ser neutrales, se lo debemos hacer saber a nuestros pacientes. Puede ser sano para una persona dejar la carrera que está estudiando y montar una tienda de flores, abandonar un hogar confortable e irse a vivir en soledad con más precariedad económica. Nos sentimos autorizados, y en parte lo estamos, a pensar que es aquello que puede mejorar su salud mental pero sostenemos que no debemos dirigir su vida, sino hacerla más comprensible y si es posible que su libertad personal aumente y tome las decisiones que crea conveniente.

### **10.9. Cogniciones, afectos y conexiones.**

Tal como hemos ido defendiendo a lo largo del escrito, creemos que la interpretación no debe ser el instrumento principal de la psicoterapia. Lo fundamental es que debemos ayudar al paciente a comprender su funcionamiento mental y relacional. Establecer nexos entre el pasado y el presente, permite aumentar la comprensión de los fenómenos. Explicar al paciente lo que comprendemos de su narrativa, permite abrir caminos o a veces acotarlos con el fin de afinar más en su propio relato.

Una paciente de 55 años que en una primera sesión nos cuenta: que su padre nunca se interesó por ella, estaba demasiado ocupado en su ego y que su madre era una mujer frágil, sumisa con demasiado miedo. Ni su padre, por unos motivos, ni su madre pudieron mirar a su hija directamente y reconocerla tal cual era.

Pudo acercarse a su madre cuando ésta estaba a punto de morir y le dijo lo mucho que la quería y la cuidó hasta el final.

La paciente sentencia: “No me llevo bien con los hombres, estoy separada y solo quiero a mi hijo que ya tiene cerca de 30 años, él sí que es toda mi vida”.

Tiene una profesión y un trabajo de elevado prestigio social, dice que los padres nunca lo valoraron mucho. Sin embargo su padre presumía de ella ante sus amistades, como si se tratara de un logro narcisista de él. Exhibía a su hija como si fuera un triunfo propio, pero era incapaz de valorarla a ella directamente.

El terapeuta le dice que a ella le sienta mal que no valoren sus triunfos profesionales, pero lo que más le duele es no sentirse mirada por su padre. Lo que ella busca es que el padre pudiera reconocerla como niña, como hija querida y eso no ha sido posible y se siente mal por ello.

Su madre demasiado sumisa y con miedo no puedo tampoco hacerse cargo de las necesidades emocionales de ella. “yo era demasiado para mi madre, ella no podía aceptarlo”

La paciente dice que no se lleva bien con los hombres, que no quiere saber nada de ellos, solo se rodea de mujeres fuertes, aunque acostumbra a sentirse decepcionada de ellas. Estuvo casada con alguien que era muy inteligente (misma expresión que usa al referirse a su padre), pero que no la tenía en cuenta y le dejó.

El terapeuta le recoge que su mala relación con los hombres puede tener que ver con la convicción de que harán como su padre, a ella le atraen los hombres inteligentes, prueba a ver si éstos pueden verla tal cual es, y se da cuenta que están demasiado ensimismados con sus cosas.

No busca que le reconozcan el éxito sino que la reconozcan a ella con su capacidad de dar cariño y de ser real para los otros. Pudo, sin embargo, decirle a su madre que la quería en el final de su la vida de ésta.

La paciente dice al respecto que “probablemente le decía a su madre que la quería porque necesitaba que la madre la quisiera a ella. El terapeuta recoge la idea de que ambas cosas son importantes para ella, dar y que le reciban su amor y a la vez recibirlo de una forma sencilla.

Ha escogido un terapeuta hombre, siguiendo las ideas de Winnicott podemos pensar que este hombre debe ser inteligente, pero a la vez capaz de reconocer sus insuficiencias, puede tratar de entenderla, mirarla y reconocerla como persona y legitimar su dolor y su malestar; si llega el caso se puede hablar de su “venganza” con los que cree pueden hacerle daño. Si la experiencia psicoterapéutica funciona suficientemente bien podrá desidealizar al terapeuta hombre, supuestamente inteligente, que puede fallarla, pero está ahí con ella tratando de acompañarla en su proceso personal. Su narcisismo defensivo y sus defensas más paranoides podrían ir disminuyendo y abrirse paso su autoestima.

Hemos tratado de conectar los afectos de hoy con las emociones del ayer. La comprensión cognitiva de que hay un nexo entre lo que sintió, como lo vivió y lo que ahora sucede, le permite comprender, pero la cognición debe estar apoyada en la vivencia, en la experiencia afectiva y relacional, no pueden ser solamente explicaciones sobre su funcionamiento mental y relacional, sino que para comprenderlo hay que sentirlo y sentirlo permite pensarlo.

Tal como señala Riera (2010) la psicoterapia está orientada a modificar la memoria implícita, el conocimiento relacional implícito que es la forma que tiene de sentir, reaccionar emocionalmente y relacionarse sin que intervenga la reflexión o las capacidades cognitivas.

Para que lo implícito pueda modificarse hay que abrir caminos nuevos, se puede hacer a través del conocimiento cognitivo que proporciona el trabajo terapéutico, pero sobretodo a través de la experiencia emocional y relacional que tenga lugar en la psicoterapia. No se

trata de modificar cogniciones con nuevas cogniciones, sino de ampliar la experiencia relacional y emocional.

#### **10.10. Cuando del narcisismo disminuye, puede aumentar la autoestima**

Entendemos que el narcisismo es un producto de un sistema defensivo organizado para no sentir el dolor de no ser nada. “Ser alguien para quién”, “ser de alguien para ser uno mismo”, son preguntas que nos hicimos hace unos años (Sáinz, 2007) para tratar de comprender la autoestima y diferenciarla del narcisismo. Parece ser que los humanos necesitamos ser de alguien, Winnicott insiste en que saber de quién soy, es el prelude de ser. Por lo tanto sentirnos significativos para alguien de quien dependemos, se convierte en un eje fundamental de la identidad. En manos de un padre narcisista, un hijo puede sentirse significativo para él si cumple con el ideal impuesto, por ejemplo “ser el mejor”. Si la persona siente que haga lo que haga, sienta lo que sienta, no es recogido por el entorno puede desistir en su búsqueda, ir construyendo un fondo melancólico, paranoide, esquizoide y también narcisista, entre otras posibles opciones. Entendemos que son formas de adaptación y por lo tanto defensivas, el problema reside en que empiezan siendo defensas que acaban convirtiéndose en la estructura de la personalidad.

No abordaremos la compleja temática del narcisismo puesto que requiere de un estudio monográfico, sin embargo debemos decir que toda ayuda psicoterapéutica debe encaminarse hacia la mejora de la autoestima. Para ello, la persona debe ser capaz de reconocer sus límites, de afectarse ante las experiencias vitales, poder sentir sus sentimientos y poderlos pensar; entender que se es finito y reconocer que nuestras vidas dependen en parte de nuestra voluntad pero que no podemos resolver todo cuanto nos proponamos porque sencillamente es imposible. Que es necesario poder entristecerse que no es lo mismo que deprimirse o vivir ansiedades, que no es lo mismo que tener crisis de angustia. Sucede al contrario, ser capaz de vivir los sentimientos dulces, agradables y al

mismo tiempo los dolorosos y difíciles, es la forma más saludable de vivir la vida. Ser conscientes de que el conocimiento sobre uno mismo es necesario pero inaccesible en su totalidad. Cuando todo ello puede darse, uno puede quererse lo suficiente a pesar de los límites, es posible que esté entonces capacitado para preocuparse por sí mismo y desarrollar una preocupación o empatía hacia los demás. Aceptar la complejidad y no tender a la simplificación de los fenómenos representa también una disminución del narcisismo y un aumento de la autoestima. El psicoterapeuta puede creer que está en condiciones de ayudar a su paciente con los conocimientos y experiencia que ha ido acumulando, a la vez que puede sentirse falible sin hundirse en la desesperación o en la impotencia y ser consciente que su método o enfoque de trabajo es uno entre muchos, aunque crea que el suyo es válido y puede ayudar a muchas personas, no es un bien universal, puede también contribuir a la disminución del narcisismo del profesional y al aumento de su autoestima.

Por supuesto, dependemos de que los pacientes mejoren en algún factor de sus vidas y que algo de esa mejoría tenga que ver con nuestro trabajo. El paciente tiene sus formas de reconocerlo y cuando esto sucede, el terapeuta puede sentirse validado como. Siempre sentimos la necesidad de validación los unos y los otros, si esto no se psicopatologiza, el reconocerlo forma parte del proceso de crecimiento personal y profesional.

## **11. ALGUNAS PROPUESTAS PARA LA DOCENCIA. LA FORMACION DE PSICOTERAPEUTAS.**

Nos preguntamos qué elementos y temáticas son necesarios para la formación de psicoterapeutas o psicoanalistas, siguiendo los principios que hemos ido desarrollando.



### **11.1. Salud, psicopatología y factores etiológicos intervinientes**

Los psicoterapeutas en formación deben conocer y reflexionar sobre los factores intervinientes en la construcción de la personalidad, la identidad y la psicopatología. Estudiar las diferentes teorías al respecto y los diferentes estudios llevados a cabo. Es necesario transmitir a los profesionales en formación la necesidad de evitar los reduccionismos, reconocer la complejidad del fenómeno, evitar la simplificación derivada del hecho de buscar soluciones rápidas y resolutivas. Reconocer que el objeto de estudio del que nos ocupamos pertenece a los fenómenos de la subjetividad y que, de alguna manera, todo lo subjetivo es intersubjetivo.

Evitar igualmente la velocidad propia de nuestra sociedad de perfil bajo para vender un producto rápido y adaptado al momento que vivimos. Cuestionar por lo tanto los conceptos de eficacia y eficiencia con una profunda reflexión epistemológica. Es un objetivo fundamental que el psicoterapeuta sea capaz de adaptar su enfoque de trabajo al paciente y no a la inversa, por lo que se hace imprescindible un cierto conocimiento de las diferentes formas de abordar los fenómenos que estudiamos.

### **11.2. La importancia de no confundir causalidad con terapéutica, sufrimiento con sintomatología.**

Una afasia de expresión producida por un accidente vascular cerebral que ha dañado el área cerebral correspondiente al lenguaje de expresión puede ser tratada con un tratamiento logopédico. Que el origen de la patología sea orgánico o con alta repercusión orgánica no significa que el tratamiento tenga que serlo. Es importante, como hemos ido señalando en el escrito, que el psicoterapeuta con formación psicodinámica, y si está especialmente ubicado en el psicoanálisis relacional, trabaja con los afectos, con las interacciones y los vínculos; con la subjetividad y la intersubjetividad, por lo tanto cuando trata a una persona con un diagnóstico de psicosis, su objeto de trabajo son los afectos, las

emociones que el sujeto vive, sus experiencias y todo ello dentro de la relacionalidad, independientemente de los factores que hayan intervenido en la causalidad de la patología, nuestro trabajo es ayudar a la persona. De igual forma consideramos necesario la humildad suficiente para no creer que podemos explicar y reducir una sintomatología tan compleja como la psicosis a variables estrictamente psicológicas. Ayudar a una persona a sentirse mejor y a que pueda integrar nuevas formas de sentir, pensar y relacionarse no significa que ese sea el motivo de resolución de los síntomas. Una mujer con dificultades para concebir hijos puede hacer una psicoterapia que la ayude a entender y a mejorar su malestar y su sufrimiento, puede que el trascurso del tratamiento se quede embarazada, lo que no significa necesariamente que ello dependa del trabajo psicológico, al menos exclusivamente.

El sufrimiento es inherente al hecho de vivir y puede llevar al desarrollar psicopatología, aunque no todos las personas con algún trastorno mental sufren de la misma manera, algunas sufren poco y hacen sufrir a los demás. Lo que se es evidente es que si podemos comprender y abordar el sufrimiento mental y relacional, la persona desarrollará vías más adecuadas hacia la salud

### **11.3. La psicoterapia personal**

El terapeuta que va a trabajar con personas que piden ayuda y/o que sufren debe tener la experiencia personal de conocer su propia manera de vivir, de amar y de sufrir. Los institutos de psicoanálisis de todo el mundo tienen como requisito de formación el análisis personal. Creemos que es una herramienta necesaria aunque no debe usarse al servicio del narcisismo, ya que la experiencia terapéutica depende de muchos factores y sería un error convertirlo en un bien incuestionable. De acuerdo con Ávila (2013) siendo un tema que debe ocupar un lugar central en la formación, no debe imponerse de una manera autoritaria. El profesional debe sentirse libre de elegir el terapeuta que crea, a

poder ser dentro de una línea coherente y cercana a las bases de su propia formación, también de en qué momento iniciar el tratamiento, según sus necesidades vitales. Cualquier psicoanalista o psicoterapeuta homologado por la institución formativa puede ser válido. No es necesario establecer criterios diferenciadores como es habitual en los institutos psicoanalíticos, de didactas, asociados, etc.

#### **11.4. La supervisión individual y grupal**

La supervisión con diferentes supervisores es un instrumento de gran importancia. Validar, cotejar y cuestionar los casos con un profesional de más experiencia permite contrastar la subjetividad propia y ampliar la comprensión del paciente en tratamiento. La elección del supervisor/es debe estar al servicio de la libertad del profesional en formación. En nuestra experiencia como supervisores hemos constatado que se debe respetar y potenciar el estilo natural del supervisado, ayudarle a que partiendo de su espontaneidad pueda ir acercándose al paciente. Enseñar el trabajo a través de la supervisión es enseñar a jugar, procurar no tener ideas preconcebidas en exceso y estimular que el terapeuta en formación no se impida sentir su contratransferencia sino que intente sentirla y comprenderla, a la vez de poder ver que datos le aporta sobre su paciente. Creemos que es acertado transmitir al estudiante que debe compartir con el paciente aquello que va descubriendo, aunque debe buscar la forma más adecuada para llevarlo a cabo. Muchas explicaciones que el supervisado da al supervisor para que éste comprenda el caso concreto, pueden servir para dárselas al propio paciente, con la corrección necesaria.

#### **11.5. Temáticas a estudiar.**

Abogamos por la necesidad de que el estudio de la subjetividad tenga cabida en la teoría del conocimiento y por lo tanto se enseñe en las facultades de ciencias, incluida por supuesto en la psicología clínica y la psiquiatría.

El elemento más importante de los conocimientos teóricos y prácticos reside en la idea de estimular la reflexión profunda individual y colectiva ante los temas que nos plantea el trabajo asistencial.

### **Temas teóricos y prácticos de la Psicología y la psicoterapia**

De acuerdo de nuevo con Ávila hay unos temas básicos necesarios para la formación en Psicoterapia:

Bases conceptuales comunes de la psicoterapia; procesos y fenómenos de la comunicación y de la relación terapéutica; Encuadre y proceso de desarrollo de la Psicoterapia; la entrevista y sus formas. La importancia diagnóstico clínico, estructural de la personalidad y psicodinámico. Estudio de la psicopatología. Infancia, crianza, estructuras familiares, necesidades afectivas. Vínculo afectivo y diferentes tipos de vínculo. Avances en neurociencia. Relación entre factores Biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

### **Temáticas necesarias cercanas a la disciplina:**

Para el ejercicio de la Psicoterapia es un error estudiar únicamente la temática propia de la disciplina. Los estudios científicos y las teorías deben ir acompañadas de una profunda y compartida reflexión grupal entre los docentes y las profesionales en formación. Si el psicoterapeuta sólo estudia sobre psicoterapia corre el riesgo de perder la dimensión humanista, imprescindible para el trabajo con personas. Consideramos necesario que los docentes estimulen al estudiante a la búsqueda y exploración de temáticas relacionadas con lo humano en un sentido amplio. Desde nuestra perspectiva relacional, un clínico que solo se siente clínico y desestima otros conocimientos, tiene el riesgo de convertir su trabajo en un tema material y concreto, lejos de la complejidad y riqueza humana.

En el trascurso de una psicoterapia puede ser necesario abordar temas que van más allá del motivo de consulta, que pondrán en cuestión nuestras ideas y concepciones sobre el mundo. Debemos estar dispuestos a replantearnos nuestra propia visión sobre temas como la muerte, el sexo, el amor, la infidelidad, la política... Estas temáticas no deben ser llevadas a la interpretación psicoanalítica o a la transferencia de una manera sistemática deben ser escuchadas como algo a compartir, a pensar conjuntamente.

Entendemos que la Psicoterapia Relacional de base psicoanalítica se interesa por los temas a los que nos enfrentamos por el hecho de estar vivos en el momento en el que vivimos y con las circunstancias que nos rodean. Aprender a tratar únicamente síntomas es una forma de mercantilizar el trabajo clínico. Por todo esto nuestra propuesta es que se hagan talleres-seminarios de reflexión y diálogo sobre temáticas variadas, partiendo del conocimiento amplio disponible:

- La literatura psicológica, psicopatológica y psicoanalítica.
- Ensayos literarios, sociológicos.
- Novelas.
- Las artes escénicas: Cine, teatro, series de TV
- La música, las letras.

Posibles temas:

- El amor y sus diferentes formas en la actualidad
- El género y la sociedad
- La identidad: El ser, el hacer, el tener; los prejuicios
- El duelo vital, la muerte
- La agresión, la venganza
- El poder y sus formas
- La fuerza de los sentimientos

- Etc

Algunos temas socioculturales actuales como la sociedad líquida, de perfil bajo, la importancia de la lentitud, los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad. La globalización. La construcción social de la realidad. La sociedad vista desde una perspectiva de género.

Los fenómenos migratorios y la identidad, los vínculos afectivos en un mundo en movimiento. La muerte, el sexo, el amor, la autoridad, la obediencia, la ideología, el maltrato, el ejercicio del poder, las nuevas formas de establecer vínculos, la relación entre tecnología y relaciones interpersonales.

Algunos aspectos filosóficas y humanistas: Conceptos del bien y del mal, la inteligencia moral, la alteridad, la hermenéutica Fuentes literarias y artes escénicas: Literatura clásica, novela, cine.

La propuesta es que sean temas abiertos y cambiantes según los intereses y los temas emergentes en la práctica clínica.

Los docentes debemos poner a la disposición de nuestros estudiantes nuestra experiencia clínica a través de la exposición de casos tratados directa o indirectamente, para someterlos a discusión y poder reflexionar sobre ellos. Es importante dar a entender que no hay una sola forma de comprender y abordar las demandas que nos hacen nuestros pacientes. Debemos ser capaces de transmitir que estamos al servicio del paciente y que debemos indicar para él aquel tipo de terapia que consideremos más beneficiosa, según sus necesidades y capacidades. Creemos que el terapeuta no tiene porqué saber aplicar todas las posibles técnicas terapéuticas existentes, pero si debe saber derivar cuando lo cree oportuno.

La psicoterapia que hemos ido confeccionando a través de la tesis pertenece al enfoque relacional e intersubjetivo con una marcada influencia winnicottiana. No

trabajamos con la objetividad pura porque entendemos que los fenómenos humanos que estudiamos pertenecen al campo de la intersubjetividad. Creemos, sin embargo, que estos fenómenos deben validarse a través de la reflexión, la discusión y la experiencia compartida, debemos evitar la especulación y la inconsistencia epistemológica.

Cada caso a tratar, cada persona que nos pide ayuda debe hacernos cuestionar nuestras teorías, nuestros conocimientos y por supuesto movilizarnos a nosotros mismos como personas. El trabajo psicoterapéutico cuando funciona suficientemente bien debe ser capaz de transformar de alguna manera a sus protagonistas.

### **§ Coda**

Freud fundó una disciplina llamada psicoanálisis y con ella abrió un camino hasta entonces inexplorado que permitía entender la profundidad del ser humano, más allá del materialismo y de la lógica de la ciencias exactas. Nos ofreció una forma de pensar, hacer hipótesis, observar e intervenir en los fenómenos mentales; sin duda nos amplió y modificó el conocimiento que teníamos en aquel entonces sobre la vida y sobre nosotros mismos. Propuso un método psicológico para el tratamiento del malestar psíquico y un edificio teórico para seguir investigando nuevas formas de comprensión. Posteriormente a Freud ha habido continuadores, detractores y autores creativos que han aportado su propio pensamiento enriqueciendo de esta forma el proceder psicoanalítico. La ortodoxia o el clasicismo no pertenece a una época, es patrimonio de una determinada forma de pensar y de hacer. Ya desde la época de Freud hubieron autores innovadores que iniciaron un camino en algunas ideas, distinto al del maestro. Podemos pensar que era el origen de un cambio paradigmático dentro del propio psicoanálisis, cambio que a lo largo de los años se ha convertido, ahora si, en un nuevo paradigma. Nuestra línea de trabajo para realizar esta tesis doctoral ha sido seguir las huellas de uno de estos autores creativos e innovadores

que pusieron los cimientos y sembraron nuevas ideas que han contribuido a la construcción de esta nueva identidad. Creemos que en estos momentos podemos hablar de cambio paradigmático dentro del psicoanálisis. La identidad de un nuevo paradigma se produce cuando un colectivo se pone de acuerdo en poner nombre a esta nueva manera de pensar y de hacer, en este caso el denominado como Psicoanálisis Relacional e Intersubjetivo.

El trabajo realizado nos ha permitido sumergirnos en la obra de un autor, Winnicott como precursor de un pensamiento libre y creativo dentro del psicoanálisis y a la vez abierto a la conexión con otras disciplinas afines. Durante su vida profesional compaginó su trabajo de médico-pediatra con el de psicoanalista, el conocimiento que adquiría con el trabajo con los niños y las familias, le permitía reflexionar sobre su trabajo como psicoanalista y al revés. Winnicott se movía con soltura entre la profundidad del mundo interno y el reconocimiento de las vicisitudes de la realidad externa. Vivió, como muchos de sus contemporáneos, dos guerras mundiales y trabajó con niños evacuados en albergues para protegerlos de los desastres y de la atrocidad. Todo ello debió influir en su forma de entender los vínculos afectivos y la necesidad del niño de contar con unos cuidadores estables. La realidad con sus capacidades protectoras y con su crueldad no impidieron que Winnicott profundizara en el interior de las personas. Su legado más importante está representado por su propio método, la lucha contra los dogmatismos y las creencias del tipo que fueran, Es la forma de ir abriendo puertas para que los profesionales actuales continúen haciéndose preguntas y se impliquen en su trabajo diario.

Vivimos en un mundo en movimiento, que cambia a gran velocidad y debemos adaptarnos a él sin dejar de discernir aquello que es esencial de lo que es superfluo, lo que ayuda a crecer y lo que lo dificulta.



Pretendemos que este trabajo sea un punto de partida para poner en marcha nuevas ideas, recogiendo las viejas que tengan utilidad, sometiendo a las unas y a las otras a una constante vigilancia y reflexión, procurando que no predomine el poder sobre la capacidad de observar, pensar, discutir y compartir.

El objeto de estudio es el propio ser humano y eso es una ardua labor para llevarla a cabo solos.

Esperamos que este estudio sirva para que otros profesionales de la asistencia a la salud mental y a los docentes de estas disciplinas propongan otras líneas de trabajo conceptual y clínico y estimulen otras nuevas ideas para la reflexión.

## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abadi, S. (1996). *Transiciones. El Modelo Terapéutico de DW Winnicott*. Buenos Aires: Lumen
- Abelló, A. y Liberman, A. (2011). *Una introducción a la obra de D.W. Winnicott. Contribuciones al pensamiento relacional*. Madrid: Ágora Relacional.
- Abram, J. (1996). *The language of Winnicott. A Dictionary and Guide to Understanding His Work*. London: Karnac
- Abram, J. (Ed.) *André Green at the Squiggle Foundation*. London: Karnac Books.
- Achotegui, J. (2012). Emigrar hoy en situaciones extremas El síndrome de Ulises. Aloma. *Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 30,(2), 20-37
- Achotegui, J. (2013). *Los trastornos mentales: Un enigmático legado de la evolución*. Barcelona: El mundo de la mente.
- Ainsworth, M. (1967). *Infancy in Uganda: Infant Care and the Growth of Love*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Allen, J., Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (APA). (2003). *DSM 5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Barcelona: Masson
- Anfusso, A. y Indart, V. (2009). *¿De qué hablamos cuando hablamos de Winnicott?*. Montevideo : Psicolibros Waslala.
- Ansermet, F., & Magistretti, P. (2004). *À chacun son cerveau: plasticité neuronale et inconscient*. Odile Jacob. Traducción castellana: *A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente*. Buenos Aires: Katz.
- Ara, M. (2012). El vínculo de apego y sus consecuencias para el psiquismo humano, En Intercambios. *Papeles de Psicoanálisis*. 29, 7-17
- Arcangioli, A.M. (1994). Introducción a la obra de Winnicott. En J.D. Nasio (comp.). *Grandes psicoanalistas, Vol.II*. Barcelona: Gedisa.
- Armengol, R. y Hernández, V.(1991). La función y el trabajo del analista. Valoración relativa del setting y la interpretación. *Anuario Ibérico de Psicoanálisis*, 2: 21-42
- Armengol, R. (2001). Psicoanálisis sin interpretación. *Papeles de Psicoanálisis*, 1(8), 7-12.
- Armengol, R. (1994). *El pensamiento de Sócrates y el psicoanálisis de Freud*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer Paidós.
- Armengol, R. (2006). Sobre salud, salud mental, tratamiento y psicoanálisis. *Revista de Treball Social. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya*. 178, 9-16

- Armengol, R. (2010). *Felicidad y dolor: una mirada ética*. Barcelona: Ariel.
- Armengol, R. (2014). *El mal y la conciencia moral*. Barcelona: Compte d' Aura.
- Aron, L. (1996). *A Meeting of Minds*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Athanasiou-Popescu, C. (1998). *Le concept de lien en psychanalyse*. Paris: PUF.
- Athanasiou-Popescu, C. (2005). El núcleo narcisista primario. Sus relaciones con el verdadero self winnicottiano. En J. Bouhsira y M.C. Durieux (pp. 131-160). En *Winnicott insólito*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Atwood, G, Stolorow, R (1984): *Structures if subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology*, Hillsdale, N.J: The Analytic Press
- Atwood, G., Stolorow, R.(2012). The demons of fenomenologic contextualismo, *Psychoanalytic Review*, 99(2), 267-286.
- Ávila Espada, A (2009). Pensando sobre el cambio. Comentario al trabajo de Joan Coderch Neurociencia y modelo relacional. *Clínica e investigación relacional*, 3 (1), 54-57.
- Avila Espada, A. (2005). Al cambio psíquico se accede por la relación. *Intersubjetivo*, 7, 155-192
- Ávila Espada, A. (2005). Al cambio psíquico se accede por la relación. *Intersubjetivo*, 7(2), 195-220
- Ávila-Espada, A., Aburto, M Rodríguez-Sutil, C., Vivar, P., Espinosa, S. y García-Valdecasas, S. (2007). Construyendo una historia grupal del pensamiento relacional en España: Un relato de nuestra contratransferencia con el psicoanálisis, *Clínica e investigación relacional Investigación Relacional*, 1 (1), 128-149.
- Ávila Espada, A. (2011). Dolor y Sufrimiento Psíquico. *Clínica e Investigación Relacional*, 5(1), 129-145.
- Ávila- Espada, A. (ed.) (2013). *La tradición interpersonal*. Madrid: Ágora relacional
- Balint M. (1968). *The Basic fault*, London: Tavistock Publications. Traducción castellana: *La falta básica, aspectos terapeuticos de la regresión*. Buenos Aires. Paidos, 1989.
- Baranger, D. (2004). *Epistemología y metodología en la obra de Pierre Bourdieu*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Baranger, Denis (2012). *Epistemología y metodología en la obra de Pierre Bourdieu*. Posadas, 2ª edición (1ª electrónica)
- Bauman, Z. (2007). *Liquid Times. Living in an age of uncertainty*. Cambridge: Polity. Traducción castellana: *Miedo líquido. La sociedad contemporánea y sus temores*. Barcelona: Paidos.
- Beebe, B. & Lachmann, F.(1998). Co-constructing inner and relational processes: Self and mutual regulation in infant research an adult treatment. *Psychoanal. Psychol.* 15:480-516.
- Benjamin, J. (1999). *Shadow of the Other: Intersubjectivity and Gender in Psychoanalysis*. New York: Routledge.

- Bentall, R.P. (2009). *Doctoring the mind: I sour current treatment of mental illnes really any good?*. New York: University Press. Traducción castellana: *Medicalizar la mente: ¿sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?*. Barcelona: Herder. 2011.
- Berrios, G.E. (2010). <http://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/opinion/articulos-de-opinion/64-sobre-la-medicina-basada-en-la-evidencia/file>.
- Bertolini, M., Grannakoulas, A. y Hernández, M. (Eds.) con la col. de A.Molino (2001). *Squiggles and Spaces. Vols. I y II. Revisiting the work of D.W. Winnicott*. London: Whur Publishers.
- Bion, W. (1962). *Learning from Experience*, London: William Heinemann *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Ed.Paidós. 1966.
- Blanco, A. A., & Liberman, A. (2011). *Una introducción a la obra de DW Winnicott: contribuciones al pensamiento relacional*. Madrid: Ágora Relacional.
- Blum, H. P. and Ross, J. M. (1993). The Clinical Relevance of the Contribution of Winnicott. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 41:219-235.
- Bollas, C. (1987). *The shadow ofthe object: Psychoanalysis ofthe unthought known*. New York: Columbia University Press.
- Bolognini, S. (1994). Transference: erotised, erotic, loving, affectionate. *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 73-86.
- Bouhsira, J. y M.C. Durieux (Dir.). *Winnicott insólito*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bourdieu, P. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care amb mental health*. New York: Shoken Books. Traducción castellana: *Cuidados maternos y salud mental*. Barcelona: Humanitas, 1954
- Bowlby, J. (1969). *Attachment*, London: The Hogarth Press. Traducción castellana: *El vinculo afectivo*. Barcelona: Paidos. 1983.
- Bowlby, J. (1973). *Separation*. London: The Hogarth Press. Traducción castellana: *La separación afectiva*. Barcelona: Paidos, 1983.
- Bowlby, J. (1973). *Separation*. London: The Hogarth Press. Traducción castellana: *La separación afectiva*. Barcelona: Paidos, 1983.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment an loss. Sadness and depression*. London: The Hogarth Press. Traducción castellana: *La pérdida afectiva*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge. Traducción castellana: *Una base segura*. Barcelona: 1989
- Braun, H. yBock, J.(2011)The experience dependent maturation of prefronto-limbic circuits and the origin of developmental psychopathology:implications for the phatogenesis and theerapy of behavioural disorders. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 53, 14-18.

- Buecheler, S. y Ávila, A. (2013) La formación y la supervisión desde la perspectiva interpersonal y sociocultural. En Ávila Espada, A. (ed.) *La tradición Interpersonal*. Madrid: Àgora Relacional.
- Burke, N. (1999). The internal Separation Struggle and Therapeutic Progress. *Psychoanalytic Psychology*, 16 (1), 21-33.
- Buss, R. R., Sun, W., & Oppenheim, R. W. (2006). Adaptive roles of programmed cell death during nervous system development 1. *Annu. Rev. Neurosci.*, 29, 1-35.
- Carballo, J. R. (1952). *Cerebro interno y Sociedad*. Madrid: Ateneo.
- Carballo, R. J.: (1961) *Urdimbre afectiva y enfermedad*. Barcelona: Labor
- Clancier, A. y Kalmanovitch, J. (1984). *La paradoxe de Winnicott*. Paris: Payot
- Coderch (2007). Conflicto déficit y defecto. *Clínica e investigación relacional*. CEIR, 1,(2), 359-371
- Coderch, J. (2001). *La relación Paciente-Terapeuta*. Barcelona: Vidal i Barraquer- Paidós.
- Coderch, J. (2006). *Pluralidad y dialogo en Psicoanálisis*. Barcelona: Herder.
- Coderch, J. (2006). Psicoanálisis y neurociencia. *Revista de Psicoterapia*, 16(62), 35-52.
- Coderch, J. (2010). *La Práctica de la Psicoterapia Relacional. El Modelo Interactivo en el campo del Psicoanálisis*. Madrid: Àgora Relacional.
- Coderch, J. (2012). *Realidad, interacción y cambio psíquico: La práctica de la psicoterapia relacional II*. Madrid: Àgora Relacional
- Coderch, J. (2014). *Avances en psicoanálisis relacional: nuevos campos de exploración para el psicoanálisis*. Madrid: Àgora Relacional. nálisis. Madrid: Àgora Relacional.
- Cowen, P.J. (2002). Cortisol, serotonin and depression: all stressed out?. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 99-100
- Damasio, A. (2010). *Y el cerebro creó al hombre*. Barcelona: Destino.
- Darwin, C. (1871). *The descent of man*. The Great Books of the Western World, 49, 320.
- Daurella, N. (2013). *Falla básica y relación terapéutica*. Madrid: Àgora Relacional.
- Davis, M. y Wallbridge, D. (1990). *Boundary and Space. An introduction to the work of D.W. Winnicott*. New York: Brunner Mazel.
- De la Torre E. (2012). Reflexiones sobre el devenir terapeuta desde las aportaciones de Donald Woods Winnicott i. *Clínica e Investigación Relacional*, 6,(2), 302.
- Eibl-Eibesfeld, I. (1990). Gewaltbereitschaft aus ethologischer Sicht. *Gewalt in unserer Gesellschaft*. Gutachten für das Bayerische Staatsministerium des Inneren, 59-86.
- Eigen, M. (1981). The Area of Faith in Winnicott, Lacan and Bion. *Int. J. Psycho-Anal.*, 62:413-433

- Eluvathingal TJ1, Chugani HT, Behen ME, Juhász C, Muzik O, Maqbool M, Chugani DC, Makki M. Abnormal brain connectivity in children after early severe socioemotional deprivation: a diffusion tensor imaging Pediatrics. 2006 Jun;117(6):2093-100.
- Fairbairn, W.R.D. (1941). *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Tavistock Publications. Traducción castellana: *Estudios Psicoanalíticos de la Personalidad*. Buenos Aires, Hormé, 1978.
- Ferenczi, S (1932). Confusion de lenguas entre los adultos y el niño. En Ferenczi, S. *Obras completas*. Vol IV (pp. 139-149). Madrid: Espasa-Calpe. 1981.
- Ferenczi, S. (1928). Elasticidad de la técnica psicoanalítica. En Ferenczi, S. *Obras completas*. Vol. IV, (pp. 59-73). Madrid: Espasa-Calpe, 1981
- Fonagy, P., Gergeley. G. & Target, M. (2004). *Affect Regulation, Mentalization and development of the self*. London: Karnac.
- Fonagy, P.(2005). Attachmant trauma and psychoanalysis:Where psychoalysis meets neuroscience. En Leuzinger-Bohleber, M., Canestri,J. y Target, M (2010), Early development and its Disturbances, Cap.2, Londres, Karnac. (Traducción Neri Daurella)
- Fosshage, J. (2005). The explicit and implicits domains in Psychoanalytic change, *Psychoanalytic Inquiry.*, 25, 516-539.
- Freud, S. *Obras Completas*. (Traducido por J.L. Etcheverry) Buenos Aires: Amorrortu 2007, 24 Volúmenes.
- Freud, S. (1895). Proyecto de una psicología para neurólogos. *En Obras Completas*. (Vol 1). Buenos Aires: Amorrortu. 1992.
- Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños, vol. VI . En *Obras Completas*.. (Vol. 4-5 Buenos Aires. Amorrortu, 1992
- Freud, S. (1914). Recuerdo, repetición y elaboración. *En Obras Completas*. (Vol 14)
- Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer En *Obras Completas*. (Vol. 18)
- Freud, S. (1930): El malestar en la cultura En *Obras Completas*. Tomo 21 (pp. 57-140). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gabilondo (2010). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Recuperado de: <http://www.sepsiq.org/informacion/noticia/2015-02-17/392>.
- Gadamer, H.-G. (1975), *Truth amd methode*. New York: Crossroads. Traducción catellana: *Verdad y método*. Salamanca: Sígueme
- Gallese, V i Geller, J (2006). Mirror Neurons and intentional attunement: Comentary on Olds. *Journal American Psychoanalytical Association*, 55, 131-175.

- Gerhardt, S. (2006). Why love matters: How affection shapes a baby's brain. *Infant Observation*, 9(3), 305-309
- Ghen, E. (1989). Credo: The dialectics of one-person and two person psychologies. *Contemp.Psychoanal.*, 25:200-237.
- Goldman, D. (1993a). *In Search of the Real: The Origins and Originality of D.W. Winnicott*. Northvale, NJ: Aronson, 1993. 243 pp., and
- Goldman, D. (Ed.) (1993b). *In One's Bones: The Clinical Genius of Winnicott*. Northvale, NJ: Aronson, 1993. 306 pp.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Random House. Traducción castellana: *Inteligencia emocional*. Editorial Kairós, 2012
- Green, A. (2005). *Jouer avec Winnicott*. Paris: PUF. Traducción castellana: *Jugar con Winnicott*. Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
- Greenberg, J y Mitchell, S. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Grego, B. (comp.) (1996). *Lecturas de Winnicott*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Grolnick, S. (1990). *The work and Play of Winnicott*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Han, B. C. (2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder.
- Hartmann, H (1939). *Comments on the Psychoanalytic Theory of the Ego*. New York: International Universities Press, 1964. *La psicología del yo y el problema de la adaptación*. México: Pax.1960
- Hernández, V. (2008). *Las psicosis. Sufrimiento mental y comprensión psicodinámica*. Barcelona: Paidós. Fundació Vidal i Barraquer.
- Hirsch,I.(1998). The concept of enactment and theoretical convergence.Psychoanak. *Quarterly*, 67, 78-101
- Honoré, C. (2004). *In Praise of Slowness: How a Worldwide Movement is Challenging the Cult of Speed*. London: Orion. Trad. Castellana: *Elogio de la lentitud. Un movimiento mundial desafía el culto a la velocidad*. Barcelona: RBA Libros. S.A. 2008.
- Hubley, P., & Trevarthen, C. (1979). Sharing a task in infancy. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 1979,(4), 57-80.
- Jacobs, M. (1995). *D.W. Winnicott*. London: Sage Publications.
- Jacobs, T. (1986). On countertransference enactments, *Journal. American Psychoanalytical Association. Amer.* 34, 289-307.
- Jarast, R. (2002). *Objeto transicional y Yo-piel. Complementariedad clínica de Winnicott y Anzieu*. Valencia: Promolibro.

- Kahr, B. (1996). *Donald Woods Winnicott. A Biographical Portrait*. London: Karnac. Traducción castellana: *Retrato y biografía*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Kahr, B. (Ed.) (2002). *The legacy of Winnicott. Essays on infant and child mental health*. London: Karnac.
- Kahr, B. (s.a.). Ethical dilemmas of the psycho-analytical biographer: The case of Donald Winnicott. Recuperado de: [www.human-nature.com/free-associations/kahr.html](http://www.human-nature.com/free-associations/kahr.html)
- Kalmanovitch, J., & Clancier, A. (1984). *Le paradoxe de Winnicott. De la naissance a la création*. Paris: Payot.
- Kandel, E. (1999). Biology And de future of psychoanalysis: A new intelectual framework for psychiatry revisited. *Amer. J. Psychiat.* 156, 505-524.
- Kandel, E., Schwartz & Jesell, T. (2000). *Principles of Neural Science*, New York: McGraw-Hill. Traducción castellana: *Principios de Neurociencia*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 2001.
- Kaplan, K y Solms, M. (2000). *Clinical Studies in Neuro-Psychoanalysis*, London: Karnac Books.
- Kernberg, O. (1996). Thirty methods to destroy the creativity of psychoa candidates..., *Int. J. Psychoanal.*, 77,1031-1040. Traducción castellana: Treinta métodos para destruir la creatividad de los candidatos a psicoanalistas, *Libro anual de psicoanálisis XII*, (pp.159-168), Londres-Lima: Ediciones Psicoanalíticas Imago S.
- Khan, M. R. (1971). Donald W. Winnicott. *Int. J. Psycho-Anal.*, 52:225-226
- Khan, M.M. (1989). Introducción. En D.W. Winnicott, *Sostén e interpretación. Fragmento de un análisis*. Barcelona: Paidós, 1992.
- Klein, M. (1935/2006a). Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco depresivos. (Trads. H. Friedenthal, A. Aberastury, M. E. Morera, E. Groode). *Obras Completas* (Vol. 1, pp. 279-307). Barcelona: RBA.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press. Traducción castellana: *Análisis del Self*. Buenos Aires: Amorrortu. 1977..
- Kohut, H. (1979). The Two Analyses of Mr. Z. *International Journal of Psychoanalysis*. 60:3-27. Traducción castellana: *Los dos análisis del señor Z*. Barcelona: Herder. 2005.
- Kohut, H. (1980). Reflections on advances in self psychology. *Advances in self psychology*, 473-554.
- Kohut, H. (1982). Introspection, empathy, and the semi-circle of mental health. *International Journal of Psychoanalysis*, 63:395-407. Traducción castellana: Introspección, empatía i el semicirculo de la salud mental. En *Los dos análisis del señor Z*. Barcelona: Herder. 2005.



- Kohut, H. (1984). *How Does Analysis Cure?*. Chicago: University of Chicago Press. Traducció castellana: *¿Cómo cura el análisis?*. Barcelona: Paidós. 1990.
- Krystal, H., & Krystal, J. H. (1988). *Integration and self healing: Affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale, N.J: Analytic Press.
- Kuriloff, E. (1998). Winnicott and Sullivan: Playing with the Interpersonal Model in a Transitional Space. *Contemp. Psychoanal.*, 34:379-388
- Kwawer, J. S. (1998). On Using Winnicott. *Contemp. Psychoanal.*, 34:389-395.
- Lacan, J. (1949). El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia analítica. (Trad. T. Segovia). En *Obras Escogidas*, 1, (pp. 86-93). Barcelona: RBA Coleccionables S.A., 2006.
- Lacruz, J. (2011). *Donald Winnicott: vocabulario esencial*. Zaragoza: Mira Editores.
- Lancelle, G. (1999) (comp.). *El self en la teoría y en la práctica*, Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1968). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Presses univ. de France. Traducción castellana: *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor, 1971
- Ledoux, J.(1996). The emotional brain. New York: Simón & Schuster, Traducción castellana: *El cerebro emocional*. Barcelona: Planeta, 1999
- Liberman, A. y Abello Blanco, A. (comps.) (2008). *Winnicott hoy. Su presencia en la clínica actual*. Madrid: Psimática.
- Lipovetsky, G., & Charles, S. (2006). *Les temps Hipermoderns*. Paris: Grasser & Frasquelle. Traducción castellana: *Los tiempos hipermodernos*. Barcelona: Anagrama
- Little, M. I. (1990). *Psychotic and Anxieties. And containment: A Personal Record of an Analysis with Winnicott*. London: Jason Aronson. Traducción castellana: *Relato de mi análisis con Winnicott*, Buenos Aires: Lugar Editorial, 1995.
- MacLean, P.D (1973). A triune concept of the brain and behavior, en T.J.Boag y D.Campbell (eds.), *The Hinks Memorial Lectures*, Toronto, University of Toronto Press, pp 6-66.
- MacLean, P.D.(1949). Psychosomatic disease and the “visceral brain”. *Psychosomatic Medicine*, 11, 338-353
- Main, M.& Solomon , J.(1986).Discovery of a new, in secure disorganized disoriented attachment patern en Brazelton , T.B. Anne, Yogman M (eds.).Affective development in infancy,New Jersey:Ablex, pp.95-124.
- Main, M. (2000).The organized categories of infant, child, and adult attachment: Flexible and inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1055-1127.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: un enfoque actual*. Psimática.

- Martínez, C. (2011). Mentalización en Psicoterapia: Discusión Sobre lo Explícito e Implícito de la Relación Terapéutica. *Terapia psicológica*, 29(1), 97-105.
- Marty, P., & de M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue française de psychanalyse*, 27
- Mauricio Martínez Intersubjetividad y Teoría de la Mente. *Psicología del Desarrollo*; 2011, I (II); 9-28.
- McCrary E1, De Brito SA, Viding E.(2010) Research review: the neurobiology and genetics of maltreatment and adversity 100.*J Child Psychol Psychiatry*. 2010 Oct;51(10):1079-95.
- McCrary, E., De Brito, S. A., & Viding, E. (2011). The Impact of Childhood Maltreatment: A Review of Neurobiological and Genetic Factors. *Frontiers in Psychiatry*, 2, 48. <http://doi.org/10.3389/fpsyt.2011.00048>.
- McDougall, J. (2003). *Donald Winnicott. The Man. Reflections and Recollections*. The Donald Winnicott Memorial Lecture, 19-2-2002. London: Karnac Books.
- Mitchell, S y Black, M. (1995). *Freud and beyond: a history of modern psychoanalytic thought*. New York: Basic Books. Traducción castellana: *Más allá de Freud, una historia del pensamiento psicoanalítico moderno*. Barcelona: Herder. 2004.
- Mitchell, S. (1997). *Influence and Autonomy in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press. Traducción castellana: *Influencia y autonomía en psicoanálisis*, Madrid: Ágora relacional. 2015.
- Mitchell, S (1988). *Relational concepts in Psychoanalysis*. Cambridge, Harvard Unive.Press. Traducción castellana: *Conceptos relacionales en psicoanálisis*. Madrid. Siglo XXI. 1990.
- Mitchell, S. (2000) *Relationality. From Attachment to Intersubjectivity*. New Jersey: The Analytic Press.
- Mitchell,S.A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis*. Cambridge: Harvard University Press. Trad. Castellana: *Conceptos relacionales en psicoanálisis, una integracion*. Barcelona: siglo XXI. 1993.
- Modell, A. H. (1985). The Works Of Winnicott And The Evolution Of His Thought. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 33(S):113-137.
- Murray, L. (2009). The development of children of postnatally depressed mothers: evidence from the Cambridge longitudinal study. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 23(3), 185-199
- Murray, L., & Trevarthen, C. (1986). The infant's role in mother–infant communications. *Journal of child language*, 13(01), 15-29.
- Nemirovski, C.(2006).*Winnicott i Kohut. Nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatria, La intersubjetividad y los trastornos complejos*. Buenos Aires: Grama Ediciones

- Nemirovsky, C.D. (2001). Las perspectivas de Winnicott y Kohut en el psicoanálisis. *Aperturas psicoanalíticas. Hacia modelos integradores*, 2001, n° 7. Recuperado de: [www.aperturas.org/](http://www.aperturas.org/)
- Newman, A. (1995). *Non-compliance in Winnicott's Words*. London: Free Association Books.
- Newman, K. M. (1996). Winnicott Goes To The Movies: The False Self In Ordinary People. *Psychoanal Q.*, 65:787-807.
- Nogués R. M. (2003). *Sexo, cerebro y género: diferencias y horizonte de igualdad*. Barcelona: Paidós. Fundació Vidal i Barraquer.
- Nogués, R.M. (2003). *Sexo, cerebro y genero*. Barcelona: Paidós. Fundació Vidal i Barraquer.
- Orange, D, Atwood, G, Stolorow, R (1997). *Working Inersubjectively*, Hillsdale: The Analytic Press. Traducción castellana: Trabajando intersubjetivamente. Madrid: Ágora Relacional, 2012.
- Orange, D. (1995). *Emotional understanding. Studies in psychoanalytic epistemology*. London: The Guilford Press
- Orange, D. (2010). *Thinking for clinicians*. UK: Routledge Traducción castellana: *Pensar la práctica clínica*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos, 2012.
- Orange, D. (2011). *The suffering stranger Hermeneutics for Everyday Clinical Practice*. UK: Routledge. Traducción castellana: *El desconocido que sufre: Hermenéutica para la práctica clínica cotidiana*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos. 2013.
- Outeiral, J. y Abadi, S. (coord.) (1999). *Donald Winnicott en América Latina. Teoría y Clínica Psicoanalítica*. Buenos Aires: Lumen.
- P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22(2-6), 255-262.
- Painceira Plot. A.J.(1997). *Clínica Psicoanalítica partir de la obra de Winnicott*. Buenos Aires: Lumen
- Painceira, A.J. (1997). *Clínica psicoanalítica a partir de la obra de Winnicott*. Buenos Aires: Lumen
- Papousek, M. (1995). Origins of reciprocity and mutuality in prelinguistic parent-infant 'dialogues'. *Mutualities in dialogue*, 58-81.
- Papoušek, M., & Papoušek, H. (1981). Musical elements in the infant's vocalization: Their significance for communication, cognition, and creativity. En Lipsit, L.P, *Advances in infancy research*. (pp.164-225)
- Pascual-Castroviejo, I. (1996). Plasticidad cerebral. *Revista de neurología*, 24(135), 1361-1366.
- Payás , A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Barcelona: Paidós.

- Peña, S.K. (1998a). La presencia de Winnicott en mi persona. Conferencia leída en Milán, 1998.  
Recuperado de: [www.psicomundo.org/winnicott/textos/pena8.htm](http://www.psicomundo.org/winnicott/textos/pena8.htm)
- Phillips, A. (1997). *Winnicott*. Cambridge: Harvard University Press. Traducción castellana: *Winnicott*. Buenos Aires: Lugar editorial [1988].
- Pollak, S. D., Nelson, C. A., Schlaak, M. F., Roeber, B. J., Wewerka, S. S., Wiik, K. L., ... Gunnar, M. R. (2010). Neurodevelopmental Effects of Early Deprivation in Post-Institutionalized Children. *Child Development*, 81(1), 224–236. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01391.x>
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Madrid, España: Autor.
- Renik, O.(1995).The role of an analyst's expectations in clinical technique:reflections on the concept of resistance. *Amer Psychoanal.Assn.*,43:83-94
- Ribas, D. (2000). Donald Woods Winnicott. Paris: PUF. (Col. Psychanalystes d'aujourd'hui).
- Riera, R. (2010). *La connexió emocional. Formació i transformació de la nostra manera de reaccionar emocionalment*. Barcelona: Octaedro.
- Rizzolatti, G. y Fabbri-Destro, M.(2010). Mirror neurons: from discovery to autism, En *Experimental Brain Research*, 200, 223-237
- Rizzolatti, G.,Fadiga, L., Gallese, V. y Fogassi, L.(1996a).Premotor cortex and the recognition of motor actions, *Cognitive Brain Research*, 3, 131-141
- Roazen, P. (1978). *Freud and his followers*, New York: Knopf. Traducción castellana: *Freud y sus discípulos*. Alianza Editorial.
- Rodríguez Sutil, C. (2005) El concepto de «carácter» en psicoanálisis. Sobre una patología sin síntomas. *Intersubjetivo*. 7 (1), 5-27.
- Rodríguez Sutil,C. (2007). Epistemología del Psicoanálisis Relacional, *Clínica e Investigación Relacional*, 1, (1), 9-41
- Rodríguez Sutil, C. (2010). *Introducción a la obra de Ronald D. Fairbairn. Los orígenes del Psicoanálisis Relacional*. Madrid: Agora Relacional.
- Rodríguez Sutil, C. (2014). *Psicopatología Psicoanalítica Relacional*. Madrid: Agora Relacional.
- Rodulfo, R. (2000). Winnicott y la deconstrucción del psicoanálisis. Seminario del 24/6/2000.
- Rodulfo, R. (2004). *El psicoanálisis de Nuevo. Elementos para la deconstrucción del psicoanálisis tradicional*. Buenos Aires: Eudeba.
- Rudnytsky, P. L. (1989). Winnicott and Freud. *Psychoanal. Study Child*, 44:331-350
- Sáinz, F. (1999). Quan l'amor del subjecte fa mal l'objecte. *Intercambios. Papeles de Psiconálisis*, 2, 38-43.

- Sáinz, F. (2002). Winnicott, un psicoanalista intersubjetivo. *Intersubjetivo*, 4, 265-272.
- Sainz, F. y Velasco, R. (2004). Función terapéutica del análisis desde la perspectiva relacional. *Intersubjetivo*, 6 (1), 105-128.
- Sáinz, F. (2007). Narcisismo y sociedad, entre la carencia y la arrogancia. En Talam, A.(comp). *Globalización y salud mental* (pp. 417-452). Barcelona: Herder.
- Sáinz, F. (2008). Winnicott, un buen compañero de viaje. En Liberman, A. y Abelló, A.(comp). *Winnicott hoy, su presencia en la clínica actual* (pp.345-359). Madrid: Psimática..
- Sáinz, F. (2009). ¿Todos necesitamos visitar al psicoanalista? En Talam, A. *El psicoanálisis al alcance de todos* (pp.84-105). Barcelona: Herder.
- Sáinz, F. Y Cabré, V. (2012). La experiència terapèutica con un analista suficiente e insuficientmente bueno. Una contribución de Winnicott al Psicoanálisis Relacional. *Clínica e Investigación Relacional*. 6(3), 570-586.
- Salvador, G. (2009). *Familia: Experiencia grupal básica*. Barcelona: Paidós. Fundació Vidal i Barraquer.
- Sanville, J. (2003). *El espacio de juego de la terapia psicoanalítica*. Buenos Aires: Lumen.
- Seligman, D. M. H. (2011). Anclando los Modelos Intersubjetivos en los Avances Recientes de la Psicología del Desarrollo, la Neurociencia Cognitiva y los Estudios de Parentalidad: Introducción a los Trabajos de Trevarthen, Gallese, y Ammaniti y Trentini. *Clínica e Investigación Relacional*. 5 (1), 11-16
- Shore, R. (1997). *Rethinking the brain. New insights into early development*. New York: Families and Work Institute.
- Shore, R. (2001) effects of a secure attachment relationship on right brain development:Afect regulation,and infant mental health, *Infant Mental Health Journal*,22, 7 -66
- Siegel, D.J. (1999). Relationships and the developing mind. *Childcare Information. Exchange*, 48-51.
- Siegel, D.J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.
- Solms, M. y Turnbull, O. (2004). *The brain and the Inner World*. London: karnac Books.
- Spitz, R. (1965). *La première année de la vie*. Paris: P.U.F. Trad. castellana: *El primer año de la vida del niño*. México: F.C.E. 1965
- Spock, B. (1945). *Baby and child care*. New York: Pocket Books, Simon&Shuster. Traducció castellana. *Tu hijo*. Barcelona: Ediciones B. 2009.

- Steiner, J.(1993). *Replegaments psíquics*. Barcelona: Columna 1994
- Stern, D. (1977). *The first relationship*. Cambridge, MA: Harvard University Press. Traducció castellana: *La primera relación madre, hijo*. Madrid: Morata. 1983.
- Stern, D., Hofer, L., & Haft, W. (1985). *Affect attunement: The sharing of feelings states between mother and infant by means of inter-modal fluency. Social perception in infants*. Norwood, NJ: Ablex.
- Stern, D., Sander, L, et al (1998). Non-interpretive. Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The “sometihing more” Than Interpretation. *Int. J Psycho-Anal*, 79, 903-921.
- Stolorov, R y Atwood, G. (1992). *Context of being*. London: The Anaytic Press. Traducció castellana: *Contextos del ser*. Barcelona.: Herder 2004.
- Sullivan, H.S. (1956). *The interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton. Versión castellana: *La teoría interpersonal de la psiquiatria*. Buenos Aires. Psique, 1959
- Summers, F. (2005). The Self and Analytic Technique, *Psychoanalytic Psychology*, 22 (3): 341-356.
- Sutherland, J. D. (1980). The British Object Relations Theorists: Bálint, Winnicott, Fairbairn, Guntrip. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 28:829-860
- Szollósy, M. (1998). Winnicott’s potential spaces: using psychoanalytic theory to redress the crises of postmodern culture. University of Sheffield, 1998 MLA Convention San Francisco December 1998
- Talarn, A (2003). *Sandor Ferenczi: el mejor discípulo de Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Talarn, A. (2007). *Globalización y salud mental*. Barcelona: Herder
- Talarn, A. (2009). *Psicoanálisis al alcance de todos*. Barcelona: Herder
- Talarn, A. Sáinz, F. Rigat, A.(2013). *Relaciones, vivencias y psicopatología*. Barcelona: Herder
- Tizard, J. P. (1971). Donald W. Winnicott. *Int. J. Psycho-Anal.*, 52:226-227
- Tizon, J.L. (1978). *Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatria*. Barcelona: Ariel.
- Tizón, J.L. (1982). *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Barcelona: Hora.S.A.
- Tizón, J.L. (2014). *Psicopatología del poder. Un ensayo sobre la perversión y la corrupción*. Barcelona: Herder.
- Tod, R. J. (1979). Publications by Donald W. Winnicott 1962–1978. *Int. R. Psycho-Anal.*, 6:377-382
- Toulmin, S. E. (1961). *Foresight and understanding: An enquiry into the aims of science*. Bloomintong: Indiana University Press
- Trehub, S. E. (1990). The perception of musical patterns by human infants: The provision of similar patterns by their parents. En Berkely, V.C. & Stebbins, M.A. *Comparative Perception*. (pp. 429-459). New York: Wiley

- Trevarthen, C. (Febrero 2011) La Psicobiología Intersubjetiva del Significado Humano: El Aprendizaje de la Cultura Depende del Interés en el Trabajo Práctico Cooperativo y del Cariño por el Gozoso Arte de la Buena Compañía. *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (1), 17-33
- Turner, J. (1988). Wordsworth and Winnicott in the Area of Play. *Int. R. Psycho-Anal.*, 15:481-496
- Tustin, F. (1997). *Autism and Childhood Psychosis*. London: Hogarth; New York: Science Hs. Traducción castellana: *Autismo y psicosis infantiles*. Buenos Aires: Paidós
- Tzourio-Mazoyer, N., Landeau, B., Papathanassiou, D., Crivello, F., Etard, O., Delcroix, N., ... & Joliot, M. (2002). Automated anatomical labeling of activations in SPM using a macroscopic anatomical parcellation of the MNI MRI single-subject brain. *Neuroimage*, 15(1), 273-289.
- Usuelli, A. K. (1992). The Significance of Illusion in the Work of Freud and Winnicott: A Controversial Issue. *Int. R. Psycho-Anal.*, 19:179-187
- Wallin, D. (2007). *Attachment in Psicoteraphy*. New York: Guilford Press. Traducción castellana: *El apego en Psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer. Biblioteca de Psicología.
- Wiesel, T. N., & Hubel, D. H. (1963). Single-cell responses in striate cortex of kittens deprived of vision in one eye. *J Neurophysiol*, 26(6), 1003-1017.
- Winnicott, D.W. *Obras completas*. Recuperado de <https://ouricult.files.wordpress.com/2012/06/donald-winnicott-obras-completas.pdf>
- Winnicott, D.W. (1931). *Clinical Notes on the Disorders of Childhood*. London: William Heinemann.
- Winnicott, D.W. (1939). La agresión en relación con el desarrollo emocional. En: *Escritos de pediatría y Psicoanálisis*, Barcelona: Paidos, 1998.
- Winnicott, D. W. (1940). Children in the war. Deprivation and Delinquency, 25-30.
- Winnicott, D.W. (1941). The observation of infants in a set situation., *Int. J. Psychoanal.*, 22:229-249.
- Winnicott, D.W. (1942a). Review of *The Nursing Couple.*, *Int. J. Psychoanal.*, 23:179-181.
- Winnicott, D.W. (1942b). Child department consultations., *Int. J. Psychoanal.*, 23:139-146.
- Winnicott, D.W. (1942c). Review of *The Nursing Couple.*, *Int. J. Psychoanal.*, 23:179-181.
- Winnicott, D.W. (1945). Primitive emotional development., *International Journal of Psychoanalysis.*, 26, 137-143. Desarrollo emocional primitivo. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*, (pp. 199-214). Barcelona: Paidos, 1998.
- Winnicott, D.W. (1947). Hate in the counter-transference., *Int. J. Psychoanal.*, 30:69-74. Traducción castellana: El odio en la contratransferencia. En *Escritos de Pediatría y psicoanálisis*, (pp. 263-274). Barcelona: Paidos, 1998.

- Winnicott, D. W. (1949a). Mind and its relation to be Psyche-Soma. In La mente y su relación con el psique-soma. In *Collected Papers. Through Paediatrics to Psycho-Analysis.*, London: Tavistock Publications; New York: Basic Books, 1958. En *Escritos de Pediatría y psicoanálisis*, (pp.325-340). Barcelona: Paidós, 1998.
- Winnicott, D.W (1949b). *The Ordinary Devoted Mother and Her Baby. Nine Broadcast Talks.*, London: Private Distribution Only
- Winnicott, D.W. (1951). Transitional objects and transitional phenomena., *Int. J. Psychoanal.*, 34:89-97. Traducción castellana: Objetos y fenómenos transicionales. En *Escritos de Pediatría y psicoanálisis*, (pp. 307-324). Barcelona: Paidós, 1998.
- Winnicott, D.W. & Khan, M (1953). Review of *Psychoanalytic Studies of the Personality.*, *Int. J. Psychoanal.*, 34:329-333.
- Winnicott, D.W. (1954). Metapsychologic, clinical aspect regression psychoac. situation., *Int. J. Psychoanal.*, 36:16-26. Traducción castellana: Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, (pp. 371-390). Barcelona: Paidós, 1998.
- Winnicott, D.W. (1955-56). Clinical Varieties of the contratransference. In *Collected Papers. Through Paediatrics to Psycho-Analysis.* London: Tavistock Publications; New York: Basic Books, 1958. Traducción castellana: Variedades clínicas de la transferencia. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, (pp. 391-396). Barcelona: Paidós, 1998.
- Winnicott, D.W. (1956a). Primary Maternal Preoccupation In *Collected Papers. Through Paediatrics to Psycho-Analysis.*, London: Tavistock Publications; New York: Basic Books, 1958. Traducción castellana: Preocupación maternal primaria. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, (pp. 397-404). Barcelona: Paidós, 1998.
- Winnicott, D.W (1956b) On transference., *Int. J. Psychoanal.*, 37:386-388.
- Winnicott, D. W. (1957a). *Mother and Child. A Primer of First Relationships.*, New York: Basic Books, Inc. Traducción castellana: *Conozca a su niño. Psicología de las primeras relaciones*, Barcelona: Paidós, 1970, 1997.
- Winnicott, D. W. (1957b). *The Child and the Outside World: Studies in Developing Relationships.* London: Tavistock. Traducción castellana *El niño y el mundo externo*, Buenos Aires: Lumen, 1993.
- Winnicott, D.W. (1958a). *Collected Papers. Through Paediatrics to Psycho-Analysis.*, London: Tavistock Publications; New York: Basic Books, 1958; London: Hogarth Press and the Inst. of Psa, 1975; London: Inst of Psa and Karnac Books, 1992. Brunner/ Mazel, 1992. Versión castellana: *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós, 1998.



- Winnicott, D.W. (1958b). The capacity to be alone. *Int. Journal Psicho-Anal*, 39, 416-20. Traducción castellana: La capacidad para estar solo. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 36-46). Barcelona: Paidos, 1992.
- Winnicott, D.W. (1958c). Review of *The Doctor, His Patient and the Illness.*, *Int. J. Psychoanal.*, 39:425-427.
- Winnicott, D.W. (1960a). Ego Distortion in Terms of True and False Self, in *The Maturational Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. Traducción castellana: La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 182-199) Barcelona: Paidos, 1992.
- Winnicott, D.W. (1960b). The theory of the parent-child relationship., *International Journal of Psychoanalysis*. 41, 585-595. Winnicott, D. W. (1962). The aims of psycho-analytical treatment. The maturational processes and the facilitating environment, 166-170.
- Winnicott, D.W. (1962). Communicating and Not Communicating Leading to a Study of Certain Opposites. In *The Maturational Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Developme*. Traducción castellana: El comunicarse y el no comunicarse que conducen a un estudio de ciertos opuestos. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 234-254) Barcelona: Paidos, 1992.
- Winnicott, D.W. (1963a). Dependence in infant care, child care, psychoanalytic setting., *Int. J. Psychoanal.*, 44:339-344.
- Winnicott, D.W. (1963b). The development of the capacity for concern., *Bull. Menninger Clin.*, 27:167-176.
- Winnicott, D.W, (1963c). Review of *The Nonhuman Environment in Normal Development and in Schizophrenia.*, *Int. J. Psychoanal.*, 44:237-238.
- Winnicott, D.W. (1963d). Fear of Breakdown. *International Review of Psycho-Analysis*. 1, 103-170.
- Winnicott, D.W. (1964a). *The Child, the Family and the Outside World*. Harmondsorth: Penguin; Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1987.
- Winnicott, D.W (1964b). Review of *Memories, Dreams, Reflections.*, *Int. J. Psychoanal.*, 45:450-455.
- Winnicott, D.W. (1965a). *Maturational Processes and the Facilitating Environment*. London: Hogarth Press. Traducción castellana: *Los procesos de maduración en el niño y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- Winnicott, D.W. (1965b). Failure of expectable environment on child's mental functioning., *Int. J. Psychoanal.*, 46:81-87.

- Winnicott, D.W. (1965c) *The Family and Individual Development*. London, Tavistock Publications. Traducción castellana: *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Hormé, 1995.
- Winnicott, D.W. (1966a). Correlation of a childhood and adult neurosis., *Int. J. Psychoanal.*, 47:143-144
- Winnicott, D.W. (1966b). Psycho-somatic illness in its positive and negative aspects., *Int. J. Psychoanal.*, 47:510-516.
- Winnicott, D.W. (1967a). The location of cultural experience., *Int. J. Psychoanal.*, 48:368-372. Traducción castellana: La ubicación de la experiència cultural. En *Realidad y Juego*. (pp. 129-138) Barcelona. Gedisa, 2009.
- Winnicott, D.W. (1967b). El concepto de individuo sano. En *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista*. (pp. 27-47) Barcelona: Paidós, 1996.
- Winnicott, D.W. (1968-69). The use of an object, *International Journal of Psychoanalysis*, 50:711-716. Traducción castellana: El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones. En *Realidad y Juego*. (pp. 117-127). Barcelona: Gedisa, 1997.
- Winnicott, D.W. (1968b). Interpretation in Psychoanalysis. In *Psychoanalytic Explorations*. London: Karnac Books; Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1989. Traducción castellana: La interpretación en psicoanálisis. En *Exploraciones psicoanalíticas I*. (pp. 250-255). Barcelona: Paidós, 1991.
- Winnicott, D.W. (1971a) *Playing and Reality*. London: Tavistock Publications. Traducción castellana: *Realidad y Juego*. Barcelona. Gedisa, 2009.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing: A theoretical statement*. In *Playing and Reality*. London: Tavistock Publications El juego, exposición teòrica. En *Realidad y Juego*. (pp. 61-78). Barcelona. Gedisa, 2009.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing: Creative Activity and search for the self*. In *Playing and Reality*. London: Tavistock Publications. Traducción castellana: El juego, actividad creadora y búsqueda de la persona. En *Realidad y Juego*. (pp. 79-92). Barcelona. Gedisa, 2009.
- Winnicott, D. W. (1971). *Creativity and its origin*. In *Playing and Reality*. London: Tavistock Publications. Traducción castellana: La creatividad y sus orígenes. En *Realidad y Juego*. (pp. 93-116). Barcelona. Gedisa, 2009.
- Winnicott, D. W. (1971). *The place where we live*. In *Playing and Reality*. London: Tavistock Publications El lugar en que vivimos. En *Realidad y Juego*. (pp.139-146) Barcelona. Gedisa, 2009.
- Winnicott, D. W. (1971). *Mirror-role of mother and family in the child development*. In *Playing and Reality*. London: Tavistock Publications Traducción castellana: El papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño. En *Realidad y Juego*. (pp.147-156). Barcelona. Gedisa, 2009.

- Winnicott, D. W. (1971). Interrelating a part from Instinctual Drives in terms of cross identifications. In *Playing and Reality*. London: Tavistock Publications El interrelacionarse a parte del impulso instintivo y en términos de identificaciones cruzados. En *Realidad y Juego*. (157-178). Barcelona. Gedisa, 2009.
- Winnicott, D.W. (1971b). *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry.*, London:Hogarth Press. & the Inst. of Psa; New York: Basic Books, 1971. Traducción castellana: *Clínica psicoanalítica infantil*. Buenos Aires: Hormé, 1993.
- Winnicott, D.W. (1977). *The Piggie. An Account of the Psychoanalytic Treatment of a Little Girl*. London: Hogarth Press and Inst of Psa; Madison, CT: International Universities Press, 1977, Harmondsworth: Penguin, 1980. Traducción castellana: *Psicoanálisis de una niña pequeña (The piggie)*. Barcelona: Gedisa, 1994.
- Winnicott, D. W. (1984) ) *Deprivation and Delinquency*. London: Tavistock Publications. Traducción castellana: *Deprivación y delincuencia*. Barcelona: Paidos, 1998.
- Winnicott, D.W. (1986a). *Holding and Interpretation*. London: The Hogarth Press and the Inst of PSA; New York,: Grove Press, 1987; London: The Institute of Psycho-Analysys and Karnac Books, 1989. Traducción castellana: *Sostén e interpretación. Fragmento de un análisis*. Barcelona: Paidos, 1992.
- Winnicott, D.W. (1986b). *Home Is Where We start From. Essays by a Psychoanalyst.*, New York/London: W.W.Norton; Harmondsworth: Penguin. Traducción castellana: *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista*. Barcelona: Paidos, 1996a
- Winnicott, D. W. (1987a). ) *Babies and their Mothers* London: Free Association Books; Reading, Mass.: Addison-Wesley. Perseus Press, 1990. Traducción castellana: *Los bebés y sus madres* Barcelona: Paidos, 1998.
- Winnicott, D.W. (1987b). *The Spontaneous Gesture*. London & Cambridge, Mass: Harvard University Press. Traducción castellana: *El gesto espontáneo. Cartas escogidas (Compilación de F. R. Rodman)*. Barcelona: Paidos., 1990.
- Winnicott, D.W. (1988). *Human Nature*. London: Free Association Books; New York: Schocken Books, 1988; New York: Brunner/Mazel, 1991. Traducción castellana: *La naturaleza humana*. Buenos Aires: Paidos, 1996b.
- Winnicott, D.W. (1989). *Psychoanalytic Explorations*. London: Karnac Books; Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1989. Traducción castellana: *Exploraciones psicoanalíticas I y II*. Barcelona: Paidos, 1991.
- Winnicott, D.W. (1993). ) *Talking to Parents*. Workingham & Cambridge, Mass: Addison-wesley. (1994) Perseus Press. Traducción castellana: *Conversando con los padres. Aciertos y errores en la crianza de los hijos*. Barcelona: Paidos.
- Winnicott, D.W. (1996). *Thinking about children.*, London:Karnac Books, Perseus Press. Traducción castellana: *Acerca de los niños*. Barcelona: Paidos, 1998.

Yalom, I.D. (2009). *Staring at the sun. Overcoming the terror of death*. San Francisco: Jossey-Bass & A Wiley Imprint. Traducción castellana: *Mirar al sol*. Buenos Aires: Booket.