

Encuadre, salud e interpretación.

Reflexiones alrededor de conceptos de D. W. Winnicott¹

Carlos D. Nemirovsky

INTRODUCCION: EL ANALISIS EN FUNCION DE LA PSICOPATOLOGIA

“En la labor que estoy describiendo [con pacientes en cuya ‘historia personal precoz no hubo un cuidado infantil suficiente’ ...de sus necesidades] el marco cobra mayor importancia que la interpretación”...

D. Winnicott (1955-56)

Algunas experiencias con pacientes complejos –que algunos llaman graves o de difícil acceso, cada vez más frecuentes en nuestra práctica actual– me han llevado a profundizar en los puntos de vista de algunos autores (Ferenczi, Fairbairn, Kohut, Green, Kernberg, McDougall, pero particularmente Winnicott) intentando un diálogo en orden a concebir una respuesta personal que me permita resolver algunos problemas teóricos, pero especialmente muchos interrogantes clínicos. El origen de estas interrogaciones, impulsoras de búsquedas, nunca es simple. Si bien parten de lo que va aportando el paciente, siempre enigmático, los analistas nos embarcamos, junto a él, con rumbo desconocido, cursando una travesía llena de entrecruzamientos de diferentes niveles, al modo de nuestras propias series complementarias: las historias personales, los modelos profesionales, las variables de época, las ideológicas, las vicisitudes político-institucionales, todo lo cual nos sugerirá maneras de perci-

¹ Este trabajo es una versión modificada de los publicados en *Intercambios/Intercambis*, Barcelona, nov. 2002 y en www.aperturas.org, número 13.

bir las transferencias y determinarán complejas contratransferencias directas e indirectas.

Necesitamos, con cierta premura, conceptualizaciones que abarquen los nuevos fenómenos clínicos propios de los pacientes que hoy asistimos. Tenemos que ir aprendiendo de nuestra clínica, que difiere de la de décadas pasadas, ajustando nuestros conceptos para poder pensar y operar con pacientes que –entre perplejos y angustiados– se perciben “alejados-de-todo”, “irreales”, “transparentes”, “extrañados”, “inexistentes”, “vacíos”. Debemos ensayar respuestas a sus angustias en nuestras prácticas, a la vez que ir pergeñando conceptualizaciones teóricas con el fin de explicarnos fenómenos tan inefables y corrientes, como los que encontramos hoy como motivos de consulta. Necesitamos, como lo sugiere Wallerstein, R. (1988), “teorías clínicas”. Kohut (1977) propone a lo largo de su obra teorías de bajo nivel de abstracción con su minucioso abordaje para pacientes con diversos trastornos en la arquitectura de su *self*.

A pesar de estos abarcativos esfuerzos, sigue en pie la pregunta ¿alguna de las metapsicologías conocidas es suficientemente abarcativa para percibir nuestra clínica actual sin forzar los observables (ni hacerle perder al fenómeno semiológico toda su riqueza) comprimiéndolos dentro de una horma estrecha?

En este sentido, son bienvenidas postulaciones metapsicológicas operativas, como las planteadas por Zukerfeld (1999) o por el integrador Enfoque Modular-Transformacional de Bleichmar (1997).²

² Bleichmar, H. (1997) propone, desde ya hace algunos años, su modelo de funcionamiento psíquico al que llama *Modular-Transformacional*, basado en la coexistencia de diversos sistemas motivacionales como narcisismo, apego y sensualidad/sexualidad. A partir de estas consideraciones sostiene que... “el inconsciente es una estructura compleja, con módulos que se rigen por diferentes leyes de funcionamiento, que tienen distintos orígenes, con contenidos que se hallan en múltiples niveles de representabilidad y de intensidad o fuerza (catexis) de sus inscripciones.”

Desde el aporte de este autor, ya no consideramos homogéneo al funcionamiento inconsciente, sino que operarían los diferentes módulos o sistemas inconscientes generados por inscripción secundaria, inscripción primaria o no-inscripción responsables de diferentes modos de operatividad. Zukerfeld, R. (1999) postula, en diversos trabajos, la inclusión de lo que llama “*Procesos terciarios*” de gran utilidad en la clínica actual. El dice: ... “no es posible pensar al funcionamiento psíquico sólo en términos de procesos primarios o secundarios. Conviene precisar que el proceso primario saturado correspondería a la clínica del impulso y del desorden del pensamiento y el proceso secundario saturado a la clínica de la intelectualización y la palabra vacía... reformulamos la noción de proceso terciario como la puesta en relación con lo escindido o inenarrable constituyendo una verdadera creación”.

Además de estos aportes, pienso que debemos acercarnos a investigadores que están fuera de nuestro campo habitual de exploración y practicar un diálogo más franco, dejando de lado nuestra omnipotencia, para posibilitar una relación transdisciplinaria con otras corrientes, como la psicología cognitiva, la psiquiatría actual, la etología.

Nuestras metapsicologías psicoanalíticas van recogiendo, como punto de partida, organizaciones psicopatológicas, que siendo emergentes de la cultura que las nutre, crecen especialmente por los “bordes” de las categorías conocidas. De allí que en la frontera entre psicosis y neurosis aparece hace algunas décadas la patología borderline, aunque ocupando cada año un campo más amplio, que ya incluye subcategorías, no fácilmente diferenciables de ciertas psicopatías, de las llamadas esquizofrenias ambulatorias y de las nuevas gamas de “neurosis graves”, como el trastorno obsesivo compulsivo, o los desórdenes de pánico que hallamos con frecuencia inusitada en nuestras historias clínicas. Seguramente los aportes que el vivir impone a la estructuración de la psicopatología, y las nuevas miradas de los profesionales, van complejizando los listados de estados patológicos. Nuestros afanes clasificatorios son insatisfactorios –y también siempre inalcanzables, como lo demuestran los diversos bienintencionados listados de los D.S.M, los C.I.E y de otros códigos taxonómicos– que no resultan capaces de abarcar a las tan diferentes expresiones propias de nuestra subjetividad, que en las diversas acepciones de la cultura, expresa su malestar psíquico.

Las manifestaciones mencionadas, que caracterizan a la “clínica de lo complejo”, dependen de las épocas (no son universales, ni ocurren en todo tiempo) al igual que nuestro trabajo profesional y las teorías en las que lo sustentamos. Nuestros tratamientos no pueden ser “standard”, los deberemos confeccionar “a medida”, reconociendo que cada encuentro es “el” encuentro singular, como lo es cada paciente.

Podríamos aferrarnos a algunos esquemas, que nos llevarían a pensar que con relación a las formas que adquieren los encuadres con nuestros pacientes ya se ha dicho todo, pero el trabajo artesanal del consultorio impide que nos instalemos en esta tranquilizante creencia. Y seguramente porque intuimos que para construir un puente que permita el tratamiento, debemos proceder de una manera más compleja de la que aprendimos en nuestros institutos de formación psicoanalítica.

Winnicott polariza los términos encuadre/interpretación, cuando es observable en los trabajos clásicos³ que el encuadre habitualmente permanezca mudo, con el objetivo de posibilitar el protagonismo de la interpretación, como principal figura de la acción psicoanalítica. A partir de los tempranos cuestionamientos de Ferenczi (desde 1919 en adelante) que lo llevan al desarrollo de la técnica activa –y consecuentemente, a su alejamiento de Freud– diferentes autores han aludido a estas difíciles situaciones, denominando a “su” paciente grave o complejo, como “severamente traumatizado” (McDougall), “irrepresentado” (Botella), “traumatizado” (H. Rosenfeld).

Siguiendo estos desarrollos, creo necesario detenerme en la dialéctica temprano/profundo, que es de gran utilidad clínica: es obvio para nosotros que el método psicoanalítico propone un recorrido en reversa, intentando llegar a aquello que, para cada escuela del pensamiento de nuestra disciplina, es lo más cercano al nacimiento del psiquismo.

Así, cada perspectiva psicoanalítica construye “su bebé” que adquiere como apellido el de la escuela que le ha dado a luz. Estos bebés (freudiano, kleiniano, lacaniano, winnicottiano, etc.) no resultan gemelos; se parecen como hermanos, pero me parece importante resaltar que también presentan rasgos irreductibles entre sí. En este sentido, Pine (1990) ha tratado de marcar convergencias y divergencias refiriéndose a las cuatro psicologías: la psicología de las pulsiones, la del Yo, la de las relaciones de objeto y la del *Self*.

En la concepción de “su” bebé, Winnicott (1957) diferencia los contenidos profundos de los más tempranos. Estos últimos, que no forman parte del *self*, posibilitan el inicio de la historia del sujeto: se trata de lo que el medio brindó en los primeros momentos de la vida

³ No desarrollaré las concepciones freudianas y posfreudianas del encuadre psicoanalítico, claramente expuestas por Horacio Etchegoyen (1986) en *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, Buenos Aires: Amorrortu.

En una oportunidad anterior (Nemirovsky, C., 1999) me he referido al llamado análisis “clásico” señalando que no existe como tal... “considerando solamente que si un analista tiene *in mente* la idea de creatividad como valor importante deberá inventar –seguramente reinventar– una forma de encuentro para cada persona a la que trate; entonces lo inmutable, lo ‘clásico’, no será nuestra técnica. No hay, a mi entender, ni siquiera en los protocolos freudianos, una ‘técnica clásica’: lo invariable debiera ser lo atinente a la ética, en el sentido de no manipular al paciente, y de respetar sus valores. Ferenczi, en repetidas oportunidades señala, que cada caso es una lección de técnica y como si esto fuera poco, que cada paciente, en su singularidad, cuestiona la teoría.”

extrauterina, en términos de sostén y presencia. Lo temprano cumple la función de una red, por cuya presencia sostenedora, el contenido va adquiriendo forma: poco a poco, aquello que más tarde devendrá profundo, se va instalando como contenido del *self*, derivando de la experiencia y configurándose como mundo interno.

Operar con el concepto de “temprano” *in mente*, implica reconocer que la dependencia (de los objetos primarios, que deben ocuparse de las necesidades ambientales) es el eje protagónico central en los primeros momentos de la vida.

Como lo señala Freud en “Inhibición, Síntoma y Angustia” (1926): “La ausencia de la madre deviene ahora en peligro”.

Este peligro que Freud señala es la consecuencia de la prematuración. Winnicott retoma estas primeras situaciones como “lo temprano”, partiendo de la inicial indiferenciación sujeto/ambiente y requiriendo “acciones específicas” –en el lenguaje freudiano– del medio, para con las necesidades del bebé. Estas necesidades no derivadas de la pulsión sexual, podríamos equipararlas con las pulsiones de autoconservación freudianas. Winnicott no sólo considera que el medio provee alimentos y una temperatura acogedora, sino, también, el sostén (*holding*) real y metafórico del bebé, la posibilidad de ser manejado por un semejante como acción específica (*handling*) y también la de disponer de objetos en su entorno (*object presentation*).

Más tarde –sobre la base del desarrollo temprano establecido con solidez– afectos e instintos ligados a los fenómenos depresivos y al odio, irán otorgando profundidad al sujeto. Lo temprano, sostiene y justifica la presencia de lo profundo, funcionando, reiterémoslo, como malla sostenedora de los contenidos que van sedimentando entre sus redes, delineando los límites del *self*. Si tempranamente hubo frecuentes fallas funcionales en los objetos (necesarios, no placenteros) que componen esa atmósfera perinatal inicial, se generarán situaciones traumáticas, que irrumpirán luego, si el contexto posibilitador del análisis lo permite, como transferencias, que unos años atrás caracterizamos como “transferencias de necesidad” (Lerner, H., Nemirovsky, C., 1989). Decíamos: “estas transferencias quedan a menudo resueltas por el encuadre analítico y por los aspectos parainterpretativos de la actividad del profesional (su presencia, tono y timbre de su voz, sus acciones). Lo más profundo –básicamente lo instintivo ligado a los objetos edípicos– irá apareciendo si (y sólo si) posibilitamos el despliegue de aquello del

desarrollo tempranamente fallido, de la ‘historia no editada’, que se gestará por primera vez en el contacto posible del análisis.”⁴

Más adelante volveremos al concepto de necesidad y a su relación con la clínica.

EL MARCO Y EL PROCESO

“El comportamiento del analista, representado por lo que he llamado ‘el marco’, por ser suficiente en lo que hace a la adaptación a la necesidad, es percibido gradualmente por el paciente como algo que da pie a una esperanza de que el verdadero self pueda, por fin, correr los riesgos propios de empezar a experimentar la vida”.

D. Winnicott (1955-56)

Lo que he desarrollado precedentemente, hace referencia a los aspectos evolutivos de la teoría psicoanalítica, pero involucra también conceptos psicopatológicos y conceptualizaciones técnicas de ellos derivadas. Los tomaré como pre-texto para desarrollar una variedad de conceptos a fin de aclarar las ideas de Winnicott acerca del encuadre y de la actitud del profesional, destacando su utilidad en nuestra clínica actual.

Me propongo analizar y aportar algunas ideas desde estas citas, de apariencia simple, pero, fiel al estilo del autor, evocativas de conceptos complejos.

Debemos aclarar en primer lugar, la tan maltratada idea de la madre suficientemente buena (*good enough mother*), especialmente

⁴ Respecto al concepto de “necesidad”, más allá del uso freudiano del concepto siempre vinculado al desamparo (*Hilflosigkeit*, dice Freud) me interesa subrayar aquí la perspectiva clínica de J. McDougall (1997): “La búsqueda del otro no tiene tanto que ver con el deseo como con la economía psíquica de la necesidad sobre la que se asienta la conducta adictiva y las organizaciones de sexualidad perversa, en las que la sexualidad se utiliza como una droga”.

La misma autora, en 1980 ya había señalado: “Narciso desempeña un papel más importante que el Edipo, en cuanto a la dilucidación de las perturbaciones más profundas de la psiquis humana; la supervivencia ocupa un lugar más fundamental en el inconsciente que el conflicto edípico, hasta el punto que para algunos la problemática del deseo incluso puede aparecer como un lujo.”

cuando se la toma como precepto moral o cuando se deducen recomendaciones acerca de cómo debe ser la madre, o cuando se considera, a veces maliciosamente, que la madre debe ser bondadosa. Winnicott no hace de estas descripciones de la función madre una “recomendación”. No intenta “aconsejar” acerca de cómo ser una buena madre, sólo describe, sistematizándolo de esta manera, el polo materno de la interacción madre-bebé.

Precisemos el concepto: madre suficientemente buena implica una doble función, real, a la vez que metafórica: la madre, o quien oficie de tal, deberá estar presente con continuidad, y ser dedicada, sensible, vulnerable, pero a la vez resistente, capaz de preocuparse por su bebé y a la vez deseante de ser comida por él. Tendrá capacidad para odiarlo, sin atemorizarse de hacerlo, ya que podrá confiar en no reaccionar, a consecuencia de su odio. Tendrá un comportamiento predecible, confiable, aunque no “iniciará” una acción sino que estará atenta a que su bebé lo haga, estimulando el impulso creativo (gesto espontáneo) de su hijo.

Finalmente, contará con condiciones suficientes, como para sobrevivir a los ataques del bebé. Hoy, en este listado, incluiríamos la “resiliencia”, definida como “la capacidad humana de enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad” (Zukerfeld, R., 2002).

La psicopatología clínica de Winnicott parte de estos conceptos, para establecer una diferenciación entre dos tipos de pacientes que, a grandes rasgos, son por un lado aquellos que han tenido cuidados suficientes y respuestas a sus necesidades, cuyo sufrimiento actual es derivado de conflictos profundos (ánimicos, en términos de culpa y ambivalencia y edípicos) y, por otro, los que no han tenido esa suerte, que han sufrido un déficit reiterado en sus cuidados tempranos, por falla precoz del medio.

Un año antes, según “*el equipo técnico requerido por el analista*” (Winnicott, 1954) había tenido en cuenta una tercera categoría, de manera que esquemáticamente los pacientes podrían resultar agrupados de esta manera:

1- Neuróticos o personas completas: es el modelo de paciente sobre el que Freud teorizó. Sufren por conflictos en el nivel de las relaciones interpersonales (celos, rivalidad, culpa).

Son capaces de diferenciar sujeto/objeto, Yo/no Yo.

La defensa básica es la represión (habitualmente exitosa).

Amor y odio están diferenciados, como consecuencia es posible

una clara alianza terapéutica. En “Importancia del encuadre en el modo de tratar la regresión en psicoanálisis” (1964) Winnicott señala que en estos casos que llama *corrientes* “...uno saca provecho del trabajo realizado por los padres y en particular por la madre, en la niñez temprana y en la infancia del paciente”.

2- *Depresivos*: Se trata del modelo de paciente sobre el que (esquemáticamente) M. Klein y los postkleinianos teorizaron.

“Depresivo” no implica un diagnóstico psicopatológico, alude a la posición depresiva descrita por Klein. Son, para Winnicott, los pacientes que evolutivamente no pudieron superar la etapa de inquietud (*concern*) y viven en permanente dependencia, ya que no pudieron elaborar la culpa generada por las fantasías destructivas (si aman, destruyen) por lo que es necesario con ellos abordar especialmente los estados de ánimo.

La defensa básica es en ellos la represión fallida, la escisión, las identificaciones superficiales –no estructurales– como defensa.

Clínicamente son esquizoides y los borderlines más cercanos a la neurosis y los melancólicos.

3- *Predepresivos*: Este es el modelo de paciente sobre el que Winnicott (también Ferenczi, Balint, Searles, Green y McDougall) ha teorizado, aunque no exclusivamente. Estos pacientes no diferencian externo/interno, no hay noción de alteridad, tampoco espacio proyectivo. El tipo de transferencia posibilitará –si el desempeño correcto del analista lo permite– editar la función madre medioambiente. La transferencia es básicamente fusional en base a necesidades. Si el analista se porta bien, se vivirán en el análisis las primeras fases del desarrollo. Clínicamente corresponde a los más graves borderlines y a psicóticos.

Winnicott, en varias oportunidades, llama a la conducción al tratamiento de estos pacientes, aunque en otros escritos habla de psicoanálisis (1964).⁵

Si todo marcha bien, estos pacientes se integran en el contacto con el analista, especialmente debido a la actitud analítica, en el

⁵ Paineira (2002) señala que Winnicott... parte de la *experiencia, de la vivencia*, desde “la parte de adentro del hombre”, al cual no toma como objeto de indagación, sino como sujeto, como persona, a cuyo interior busca llegar sin penetrar, dejando que el sujeto, que la persona, se revele, se despliegue; supone que hay un *alguien*, no un *algo* que debe ser abordado creando las condiciones de que ese alguien se revele, se muestre.

marco del tratamiento. Avanzado el tratamiento, podrán usar, para crecer, los fracasos del analista, siempre que éste se adapte al paciente que, ahora sí, podrá reaccionar con ira objetiva (que en estas circunstancias ocupará el lugar de la transferencia negativa).

En 1954, señala que “todo el marco en el que se desarrolla el psicoanálisis constituye una enorme tranquilización, especialmente en lo que respecta a la objetividad y comportamiento del analista”. En esta oportunidad menciona a Bettelheim al señalar que la tarea del analista es fundamentalmente la de brindar un marco especializado.

En este mismo artículo se refiere a lo que él denominó “*el encuadre clínico de Freud*”. Veamos cómo lo describe:

“A una hora prefijada diariamente, cinco o seis veces a la semana, Freud se colocaba al servicio del paciente. (La hora era fijada a mayor conveniencia del analista y del paciente).

El analista estaba allí, puntualmente, vivo, respirando.

Durante el breve período de tiempo fijado (cerca de una hora) el analista se mantenía despierto y se preocupaba por el paciente.

El analista expresaba amor por medio del interés positivo que se tomaba por el caso y expresaba odio por su mantenimiento estricto de la hora de comenzar y de acabar, así como en el asunto de los honorarios. El odio y el amor eran expresados honradamente, es decir, no eran negados por el analista.

El objetivo del análisis era el establecer contacto con el proceso del paciente, comprender el material presentado, comunicar tal comprensión por medio de palabras. La resistencia entrañaba sufrimiento y podía ser suavizada por medio de la interpretación.

El método del analista era la observación objetiva.

Esta labor se realizaba en una habitación, no en un pasillo, sino en una habitación que estuviese tranquila y en la que no hubiese riesgo de ruidos súbitos, pero no en una habitación tranquila como un sepulcro y a la que no llegasen los ruidos normales de la casa. La habitación estaría iluminada apropiadamente, pero sin que la luz diese directamente en el rostro y sin que fuese una luz variable. La habitación no tenía que estar a oscuras y estaría confortablemente caldeada. El paciente se tumbaba en el diván, es decir, estaba cómodo, si podía estarlo, y probablemente una manta y un poco de agua estarían a su alcance.

El analista (como es sabido) se abstiene de juzgar moralmente la relación, no se entremete con detalles de su vida e ideas personales y no toma partido en los sistemas persecutorios incluso cuando los

mismos aparecen en forma de verdaderas situaciones compartidas, locales, políticas, etc. Naturalmente que si hay guerra, se produce un terremoto o muere el rey, el analista se entera.

En la situación analítica el analista es mucho más digno de confianza que el resto de la gente en la vida normal. En general es puntual, está libre de arrebatos temperamentales, de enamoramientos compulsivos, etc.

Hay en el análisis una distinción muy clara entre la realidad y la fantasía, de manera que el analista no recibe ningún daño a causa de algún sueño agresivo.

*Es posible contar con la ausencia de una reacción del talión.
El analista sobrevive”.*

COMENTARIO

La lectura que Winnicott hace del marco freudiano destaca su concepción acerca del encuadre, que aquí adquiere una enorme importancia como elemento terapéutico. La objetividad ilusoria, que se obtendría a través de la fijación de ciertas variables, queda relegada a un plano más que secundario. A partir de los planteos de Winnicott, pienso que la estabilidad inherente al marco, no es consecuencia de establecer parámetros formales rígidos, sino que es sinónimo de confiabilidad y de las respuestas afectivas adecuadas a cada paciente. Aquello que depende de la cantidad (tiempo, espacio, honorarios etc.) es modificable, incluso, puede tornarse inestable o cambiante mientras la confiabilidad permanezca, sin afectar la tarea analítica. Esta situación la comprobamos a menudo, cuando algunos pacientes son poco afectados por una mudanza del consultorio, un cambio en los honorarios o cambios de hora a pedido del analista, por sentirse contenidos en la relación confiablemente estable, con el analista.

A estas situaciones se ha referido extensamente Bleger (1967) considerando al encuadre como depositario de los aspectos psicóticos o indiscriminados de la personalidad: habitualmente silenciosos, irrumpen cuando el marco se modifica. Considero que la disrupción consecuente a una modificación del encuadre, estará en función de la continencia experimentada por el paciente (entendiendo que la función de continencia del analista, no se manifiesta solamente por la presencia del encuadre instituido).

Justamente, el marco se establece, mantiene y respeta, *con la finalidad de posibilitar la confianza del paciente en el método y en el profesional que lo implementa.*

Gracias a esta confiabilidad, el encuadre no resulta una cáscara vacía. La actitud analítica –que Winnicott denomina “portarse bien”– estará al servicio de la acción específica, si se adecua a la necesidad de cada paciente. Esta actitud no depende del “saber” o de la “inteligencia” del analista. Seguramente los analistas más tenidos en cuenta por pacientes y colegas serán aquellos con capacidad para conservar calma, con posibilidad de “empatizar” con el consultante, con disponibilidad para poner en marcha en el paciente un sistema reflexivo, ofreciendo sus pensamientos (como lo propone Green, 1975), con posibilidades de vehiculizar mensajes de reconocimiento, aseguramiento, reflejo, sostén y atención, tanto más significativos cuanto más temprano es el momento regresivo con el que nos encontramos. Coinciden con estos conceptos Balint (1968), aludiendo al ámbito de la falla básica, pero también Bowlby, Stern, Emde, Lebovici, y otros.

Retomando el concepto de las necesidades tempranas, digamos que son diferenciadas claramente por Winnicott (1960) del accionar instintivo: “debe subrayarse que al referirme a la satisfacción de las necesidades del infante, no hablo de la satisfacción de instintos”.

El medio (en la figura de la madre suficientemente buena) responde a las necesidades del bebé con acciones específicas que son agrupadas en tres categorías: sostén (*holding*), manipuleo (*handling*) y presentación del objeto (*object-presenting*).

En 1955 señala Winnicott que “Con el paciente en estado de regresión la palabra deseo es incorrecta, en su lugar utilizamos la palabra necesidad”.

Estas necesidades son propias de cada individuo, aunque recorren un circuito universal: ser adivinado por la madre (¿frío?, ¿hambre?), ser sostenido “desde abajo” luego del nacimiento, reflejarse en los ojos de su madre, que le posibilitan construir su ser.

No debemos sorprendernos de que los encuentros terapéuticos sean originales únicos y privilegiados en la vida de una persona. ¿Acaso hay razones para pensar a los pacientes, como quienes han gozado de una primera infancia rodeados de objetos que responden a sus necesidades básicas editando un medio saludable? En un trabajo anterior (Nemirovsky, C., 1999) he considerado el tema de la “edición” y del establecimiento de un encuadre adecuado para

posibilitar ese proceso, como contrapartida conceptual de la reedición transferencial.

En el paciente adulto con trastornos tempranos, es excepcional que no nos veamos obligados a alterar algún parámetro del encuadre, en algún momento del tratamiento. En ocasiones, esto nos pasa desapercibido, ya que no necesariamente el encuadre habla en voz muy alta. Es sumamente útil observar(se) la conducta que tenemos como analistas. Por ejemplo, efectuamos mínimos cambios en la iluminación del consultorio que modificamos para “tal” paciente; los minutos de más –o de menos– que damos de sesión; cambiamos, o por el contrario, nunca tocamos, ciertos objetos que se encuentran en nuestra consulta, cuidamos la entonación de nuestra voz al dirigirnos a “este” paciente; intuimos que no debemos interrumpir su discurso: “si lo interrumpo puede desmoronarse, no va a soportar que intervenga, aunque sea importante lo que tengo para decirle”. Agreguemos también las situaciones que se nos imponen con ansiedad y con las que en algunos pacientes borderline o esquizoides graves fantaseamos con insistencia, y que a veces concretamos, como llamar a la familia, a su pareja o a su médico clínico para advertir alguna situación riesgosa del paciente o plantear algún especial cuidado; o la sensación de incertidumbre que nos queda al final de la última (¡a veces la única!) sesión de la semana o previamente a las vacaciones, que nos hace solicitarle al paciente que se comunique con nosotros, o con otro colega, telefónicamente o por mail. Por momentos nos acompaña la fantasía de medicarlo o directamente, proponerlo, especialmente si nos separamos de él por un tiempo.⁶ Podríamos enumerar más situaciones, que tienen por finalidad el intentar ampliar la contención que brindamos como analistas.

⁶ Zirlinger, S. (2002) sintetiza muy bien la función del analista: “...a partir de todo esto, podemos comprender que los aportes del analista se han diversificado, no es sólo quien develará el inconsciente a través de la interpretación, sino quien cumple numerosas funciones, tales como: aceptar la transferencia; sostener la situación y la paradoja; adaptarse a las necesidades de dependencia y contener la regresión; tolerar la no integración, lo insensato y la no comunicación; presentar el objeto y la realidad; contener interpretaciones y emociones; posibilitar el estado de juego; espejar; sobrevivir; ofrecer interpretaciones; rescatar los gestos reparatorios; aceptar ser usado y olvidado.”

Y agrega, “es posible que algunas de estas funciones estén implícitas en la regla de abstinencia y la atención flotante que todos los analistas observamos, pero creo que el trabajo con niños y pacientes graves, más sus descubrimientos acerca de la vida y la naturaleza humana, le han permitido subrayarlos de esta manera.”

SALUD: CREATIVIDAD, SUBJETIVO/OBJETIVO

Con la evolución del psicoanálisis, el concepto freudiano de salud (amar y trabajar), va dando paso a diversos nuevos criterios en función de la perspectiva teórica desde la cual sustentamos el desarrollo evolutivo y la organización del psiquismo. Así, como para M. Klein la integración del mundo objetal y la elaboración de los duelos, la reparación y la gratitud son centrales, Winnicott propone en diversos trabajos, especialmente en el de 1967, ítems que podemos enumerar como: la capacidad para crear, el responsabilizarse de las faltas cometidas y el habitar su propio cuerpo con plenitud.

La creatividad comienza en los primeros momentos de la existencia siempre que el objeto, dado por el medio aportador, esté allí para que el sujeto lo cree. El objeto (real) será el anclaje para el desarrollo de la subjetividad creadora. Pero aclaremos que el lenguaje de Winnicott es, especialmente en esta zona, un poco más complejo que su apariencia: cuando él nos habla de lo objetivo, no se refiere a lo real; tampoco lo alucinado es sinónimo de subjetivo. Es condición necesaria la presencia del objeto real, pero para que de él el sujeto haga su propio invento (el genio de Dalí decía: “cuando veo, invento”). Si no hay “invento” no hay creatividad, y estamos lejos de la salud. Winnicott utiliza de una manera poco feliz el término “alucinación”, de vieja raigambre psiquiátrica. En algunos párrafos de *Realidad y Juego* (1971) lo hace como un psiquiatra podría decirlo, al decir del Objeto Transicional: “[el OT] no viene de adentro; no es una alucinación”. En *Exploraciones psicoanalíticas I* (1964) expresa: “La madre posibilita al bebe tener la ilusión de que los objetos de la realidad externa pueden ser reales para él, vale decir puedan ser alucinaciones, ya que sólo a las alucinaciones [el bebé] las siente reales”.

Lo original de esta última idea de alucinación es que aquello que el sujeto creó en el objeto, allí estaba. Aparece de esta manera, lo más personal, lo más subjetivo y propio, entonces la (a)percepción del objeto será real: la relación con el objeto, para que éste sea significativo, debe ser la relación con una alucinación. Sólo si alucinó al objeto, el sujeto tendrá la vivencia de su propia realidad. Esta paradoja, que Winnicott nos plantea, exige del analista, que su postura no sea la de condenar ni interrogar respecto de si el objeto estaba allí o fue creado por quien necesitó hacerlo. No se trata de una

cuestión del “conocimiento de la realidad” (no está en juego el sentido de la realidad) sino que se trata de percibir que la vida vale la pena ser vivida porque *yo soy capaz de crear a mis objetos, y los hago a partir de aquellos que existen*. Entonces, la vida valdrá la pena ser vivida si es desde lo personal, desde lo que el mundo que yo creo, significa para mí. Esta omnipotencia –mágica, la denomina Winnicott– va finalizando con la transición, que posibilitará la entrada en la cultura, pero dejará la experiencia saludable de la actitud creadora.

Gozar de salud, implica una serie de vivencias como la de la experiencia creadora, así como las de sentirse vivo y real, experimentar continuidad en la propia existencia, vivir en el propio cuerpo.

El mantenimiento de un estado saludable no podrá ser forzado, ni derivar de las negaciones de la posibilidad de sentirse irreal, poseído, de sentir que no soy, de caer en el vacío, de carecer de orientación, de sentirse separado del cuerpo, de no ser nada, de no estar en ninguna parte. Resultará de la superación evolutiva, posibilitado por un medio adecuado, de estas situaciones universales. La salud, finalmente, no se define por la ausencia de enfermedad, y debe ser considerada siempre en relación a la madurez alcanzada, por la capacidad del Yo de contener las experiencias instintivas y los afectos, y por la diferenciación del sujeto del mundo externo. Es lícito la conclusión de Bleichmar, N. y otros (2001) cuando plantean que los tratamientos psicoanalíticos no se ocupan de la curación de enfermedades, sino de *favorecer el crecimiento mental del individuo*, crecimiento que lleva implícito el cambio en la estructura de su personalidad.

ALGUNAS PUNTUALIZACIONES ACERCA DE LA INTERPRETACION

Decíamos que el encuadre, como herramienta terapéutica, se vuelve especialmente significativo en quienes padecen traumas tempranos (los llamados depresivos y los predepresivos) y es particularmente, en estas categorías psicopatológicas, en las que nuestras formulaciones se alejan de la propuesta freudiana de hacer consciente lo inconsciente.

Winnicott (1971) alerta acerca de las formulaciones del analista que no consideran la madurez alcanzada por el paciente: la interpretación debe respetar el nivel evolutivo teniendo en cuenta el grado

de regresión de ese momento del tratamiento. Si se formula cuando el paciente carece de capacidad de jugar provoca, en el mejor de los casos, confusión y, en el peor, acatamiento o adoctrinamiento.

Es entonces cuando nos brinda su experiencia, útil y tranquilizadora —en los momentos en los que, con pacientes no neuróticos, vemos más tinieblas que luces:

“...sólo en los últimos años me fue posible esperar y seguir esperando la evolución natural de la transferencia que proviene de la creciente confianza del paciente en la técnica y marco psicoanalíticos y evitar la ruptura de ese proceso natural con interpretaciones... me aterra pensar cuántos profundos cambios impedí o demoré en pacientes de cierta categoría de clasificación [se refiere a borderlines, esquizoides, pacientes graves] 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”. “En pacientes con limitada capacidad para la identificación introyectiva o proyectiva... las interpretaciones (serán) verbalizadoras de experiencias, en el presente inmediato de la consulta y en este caso no rige con exactitud el concepto de la interpretación como verbalizadora de la conciencia naciente”.

También la interpretación tiene una función que podríamos denominar realista: “al interpretar el analista muestra cuánto y cuán poco puede recibir de la comunicación del paciente”. Y cuando señala uno de sus objetivos de la interpretación: “creo que en lo fundamental interpreto para que el paciente conozca los límites de mi comprensión”. El paciente restablecerá gradualmente su capacidad de jugar, que siempre corre el riesgo de ser robada por un terapeuta que “sabe demasiado”.

Veamos cómo procede, con un paciente grave, un analista de experiencia como era H. Rosenfeld (1979). El nos trasmite algunas conclusiones luego de afrontar una situación de impasse (creado por una transferencia delirante que no hallaba respuesta) de esta manera: ...“el analista debiera interpretar sólo muy poco y escuchar cuidadosamente las quejas del paciente”... “es particularmente importante evitar las interpretaciones de proyección o de identificación proyectiva en la transferencia aún cuando esto sea totalmente evidente en el material del paciente”... “el analista podrá preguntar y clarificar” (no interpretar)... “ocasionalmente el paciente quiere sentarse y hablar cara a cara al analista, yo tiendo a pensar que en una psicosis

de transferencia aguda y duradera esto es incluso aconsejable”. Rosenfeld sugiere actitudes técnicas por las que la utilización de la interpretación queda en un segundo plano, mientras el analista trata de dar cuenta de necesidades (como lo hiciera Etchegoyen en el ejemplo que veremos) que se descongelan en esta oportunidad. Las necesidades del paciente no pueden quedar de lado en aras de “interpretaciones profundas”. Como dice Rosenfeld “el paciente critica y acusa al analista de no comprender lo que está ocurriendo”, y seguramente el paciente tiene razón. Es la manera de formular sus reclamos basados en necesidades que, en la medida que encuentran una actitud analítica confiable, pugnan por emerger, intentando que (¡esta vez sí!) van a poder obtener la respuesta buscada.

He tomado este ejemplo, ya que me resulta harto ilustrativo de la situación compleja que deriva de la interpretación inadecuada o a destiempo. La interpretación, podría decir Winnicott, no deja de ser un “squiggle” (garabato) que requiere para su construcción de la participación de ambos protagonistas.

UN EJERCICIO CLINICO Y ALGUNAS CONCLUSIONES FINALES

Etchegoyen (1986), refiriéndose a la actitud analítica, plantea que:

“Hay dos formas de entender el encuadre: como un hecho conductual o como actitud mental.” Naturalmente, deja de lado la cuestión “ritual” de la conducta y propone que el encuadre emerge, sustancialmente, de una actitud mental del analista. Estos conceptos son vívidamente ilustrados. En un ejemplo nos cuenta: “Recuerdo a una mujer luego de una intervención ortopédica que le dificultaba notoriamente caminar y recostarse. En el postoperatorio inmediato me habló para preguntarme si yo consentiría en agregar algunos almohadones a mi diván para que ella pudiera venir. La alternativa era perder un número importante de sesiones, lo que a ella no le gustaría. Parecía muy dispuesta a aceptar lo que yo dispusiera. Le repuse de inmediato que pondría el consultorio en las condiciones necesarias y ella vino al día siguiente acompañada por una enfermera. La encontré en la sala de espera del brazo de esta mujer y yo mismo la conduje al consultorio y la ayudé a acomodarse en el diván. Preferí llevarla del brazo yo mismo al consultorio a pesar del contacto físico que

ello suponía, antes que delegarlo en la enfermera, lo que no era muy sintónico con mi *setting*, ya que nunca ingresó otra persona a mi consultorio analítico”.

Comenta luego, respecto al ejemplo: “Es evidente que esta decisión es muy discutible y si otro analista hubiera resuelto lo contrario, yo no pensaría que estaba equivocado.”

Este experto analista decidió no delegar el acompañamiento en la enfermera... a pesar, como él lo señala, del contacto físico. ¿Qué lo llevó a decidirse por ésta –tan simpática y solidaria, aunque arriesgada– actitud?

Hipotetizando, con ánimo de discutir estos conceptos y aclarar diferentes puntos de vista, me planteo que probablemente el analista percibió⁷ necesidades de la paciente y al hacerlo, facilitó o propició que de ese modo pudieran desplegarse en el análisis. Estas necesidades, desde mi parecer, poseen las características que hemos descrito relacionadas con la problemática temprana: sostén real y metafórico (*holding*), manipulación corporal (*handling*) y seguramente todas aquellas necesidades que coexisten, mudas, en todo contacto humano y que esperan el momento de ponerse en juego en la medida que hallen un receptor medioambiental confiable.

En este ámbito, seguramente gatillado a partir de la conmoción emocional del analista por la situación particular de la paciente, el analista se muestra disponible, sensible, vulnerable, condiciones de la figura que Winnicott crea en la madre suficientemente buena. Estos gestos, de “sentido común”, inocentes, encierran el sentido de permitir establecer un contacto humano, que hace posible la comunicación. No me refiero a los aspectos físicos del contacto, sino a toda relación que permita un acercamiento confiado entre dos personas. Un vínculo asimétrico como es el vínculo analítico, permitirá la recreación (o, lo más probable, la creación) de un ambiente que hará posible volver sobre aquellas marcas originadas en fallas tempranas, que llevaron a la retracción, cuando debió haber contacto.

La actitud de un analista experimentado, no deja de ser la “respuesta esperada promedio” de Hartmann y reproduce aquel medio que recrea Winnicott con uno de los pacientes mencionado en *Realidad y Juego* (1971): el del ambiente adecuado, metaforizado

⁷ Con “percibir” me refiero a una compleja operación. Recordemos cómo Carlo Ginzburg (1989) plantea el paradigma indiciario. Seguramente acordaremos que es el método por excelencia de captación del objeto psicológico, original y singular.

como el aceite en el cual trabajan los engranajes, o aquella idea que tan bien transmite Kohut (1977) cuando describe el ámbito que rodea al infante humano, tan necesario, como el oxígeno para la respiración. Estos objetos “ambientales” (madre medio ambiente, diferente de la madre objeto de la pulsión, diferencia conceptual con la que Winnicott insiste) son adecuados para facilitar el desarrollo del bebé y más tarde formarán parte de la transferencia positiva de las descripciones clínicas freudianas –y va de suyo que son parte de las historias de vida de los pacientes que Freud analiza– o quizá debiéramos decir, del material psíquico que Freud analiza en ellos y que excepcionalmente los encontramos contemplados en las historias clínicas de los casos, tanto del fundador del psicoanálisis, como de los autores posteriores.

Quisiera recordar ahora una reflexión de J. Puget (1991) “... mientras que la teoría de la transferencia ‘clásica’ presupone que todo es transferible, no todo es transferible en cualquier encuadre”... “no hay posibilidad de desplegar la transferencia porque el encuadre no es el adecuado”. A conclusiones similares llega Gioia, T. (1984).

En “Nuevas observaciones sobre la teoría de la relación parento-filial” (1961) dice Winnicott: “En el psicoanálisis de un caso, que ha sido bien seleccionado para un análisis clásico, el sufrimiento clínico aparece bajo la forma de angustia, asociado con recuerdos, sueños y fantasías. Pero como analistas tratamos pacientes que necesitan que los derrumbes clínicos de su infancia sean recordados reviviéndolos en la transferencia. En todos los casos, el alivio sólo se obtiene reviviendo la angustia insoportable original o el derrumbe psíquico original. El derrumbe está asociado a un factor ambiental, que no pudo en su momento, ser recogido dentro del área de la omnipotencia infantil. El bebé no conoce ningún factor externo, bueno o malo, y de lo que padece es de la amenaza de la aniquilación. Si el tratamiento tiene éxito, el paciente se vuelve capaz de localizar el trauma o falla ambiental y experienciarlo dentro del área de la omnipotencia personal, disminuyendo así la herida narcisista. De este modo, como analistas nos vemos repetidamente en la situación de fallar, y no nos es fácil aceptarlo, si no consideramos sus aspectos positivos. Sólo convirtiéndonos en padres que les fallan a sus hijos alcanzamos el éxito terapéutico. Este no es sino un ejemplo más de las múltiples paradojas de la relación parento-filial.”

Mitchell, S. (1997), muy bien sintetizado por Ariel Liberman, expone las razones que históricamente llevaron al desconocimiento

de estas tan importantes interacciones en la práctica psicoanalítica y los cambios que han permitido su reconocimiento: para él, la tradicional teoría de la técnica, con su énfasis en el analista neutral, objetivo y distante, parece designada para desmentir, a través del mandato, la complejidad de la participación del analista. La ilusión que configura esta actitud, consiste en pensar que ella no tiene consecuencias en el paciente y en el tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- BALINT, M. (1968) *The basic fault: Therapeutic aspect of regression*. London: Tavistock Publications.
- BLEGER, J. (1967) *Simbiosis y ambigüedad. Estudio psicoanalítico*. Bs. As.: Paidós.
- BLEICHMAR, H. (1997) *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica. Hacia una técnica de Intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós.
- BLEICHMAR, N. Y OTROS (2001) *Perspectivas del Psicoanálisis*. México: Paidós.
- ETCHEGOYEN, H. (1986) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Bs.As.: Amorrortu. 2da. Edición (2002), pág. 557.
- FERENCZI, S. (1967) *Teoría y técnica del psicoanálisis*. Bs.As. Paidós.
- FREUD, S. (1926) Inhibición, Síntoma y angustia, O.C. T. XX Amorrortu E. 1976, pág. 130.
- GIOIA, T (1984) "El miedo ¿emoción básica?" *Psicoanálisis Apdeba*, Vol 2-3.
- GINZBURG, C. (1989) "Morelli, Freud y Sherlock Holmes: indicios y método científico". En *El signo de los tres*. Edit. Lumen; Barcelona. Págs. 55-99.
- GREEN, A. (1975) "El analista, la simbolización y la ausencia en el marco Psicoanalítico". *De locuras privadas*. Amorrortu, Bs.As., 1994. Págs. 48-87.
- KOHUT, H. (1977) *The Restoration of the Self*. New York: Int. Univ. Press.
- LERNER, H. Y NEMIROVSKY, C. (1989) Personalidad borderline: Déficit estructural y problemas clínicos. XI Simposio y Congreso Interno de APdeBA.
- McDOUGALL, J. (1980) *Plea for a Measure of Abnormality*. N. York: Int. Univ. Press. En español: *Alegato por cierta anormalidad*, Ed. Petrel. Bs.As. Segunda Ed. (1993) Pág. 272.
- (1987) *Teatros de la mente*. Ed. Tecnipublicaciones. España.
- MITCHELL, S. (1997) *Influence and Autonomy in Psychoanalysis* (1997). The Analytic Press. Reseñado por A. Liberman en *Aperturas Psicoanalíticas*,

9. Revista de psicoanálisis en Internet: www.aperturas.org
- (2000) *Relationality: From Attachment to Intersubjectivity*. The Analytic Press, NJ.
- NEMIROVSKY, C. (1999) Edición-reedición: reflexiones a partir de los aportes de D. W. Winnicott a la comprensión y tratamiento de las psicosis y otras patologías graves. *Aperturas Psicoanalíticas*, 9. Revista de psicoanálisis en Internet: www.aperturas.org
- PAINCEIRA, A. (2002) "Hacia una nueva teorización del psicoanálisis a partir de la 'intuición fundamental' de Winnicott". *Psicoanálisis Apdeba*, Vol. XXIV, n.3, págs. 521-542.
- PINE, F. (1990) *Drive, Ego, Object, and Self: A Synthesis for Clinical Work*. New York: Basic Books.
- PUGET, J. (1991) "Entrevistando a Psicoanalistas. Reportaje del Dr. M. Spivacow". *Psicoanálisis Apdeba*, Vol. XIII, n.2. Págs. 391-404.
- ROSENFELD, H. (1979) Psicosis de Transferencia en pacientes Borderline, Ficha APdeBA. De "Borderline Advances", Edited by J. Leboit and A. Lapponi (1978).
- WALLERSTEIN, R. (1988) "One Psychoanalysis or many?" *Int. J. of Psycho.* Vol. 69.
- WINNICOTT, D. (1954) "Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico". *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona, Laia. Pág. 378.
- (1955-56) "Variedades clínicas de la transferencia". Libro citado, págs. 399-404.
- (1957) *Sobre la contribución al psicoanálisis de la observación directa del niño. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Ed. Paidós, Bs. As., 1993. Págs. 141-148.
- (1960) "La teoría de la relación progenitores e infante". *Los Procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Bs.As., Paidós. Pág. 48.
- (1961) "Nuevas observaciones sobre la teoría de la relación parentofamiliar". *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Bs.As., Paidós, 1989. Pág. 96.
- (1964) "Importancia del encuadre en el modo de tratar la regresión en psicoanálisis". *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Bs.As., Paidós, 1989. Pág. 123.
- (1967) "El concepto de individuo sano". *El hogar como punto de partida*. Bs.As. Paidós, 1993. Págs. 27-46.
- (1971) *Realidad y Juego*. Ed. Granica, Buenos Aires, Argentina.
- ZIRLINGER, S. (2002) Sobre la cura. Una visión sintética sobre los aportes de D. Winnicott a la idea de la cura. *Aperturas Psicoanalíticas*, 12. Revista de psicoanálisis en Internet: www.aperturas.org)

- ZUKERFELD, R. (1999) Psicoanálisis actual: Tercera tópica, vulnerabilidad y contexto social. *Aperturas Psicoanalíticas*, 2. Revista de psicoanálisis en Internet, www.aperturas.org
- (2002) Psicoanálisis, vulnerabilidad somática y resiliencia. Ponencia. IV Congreso Argentino de Psicoanálisis, Rosario, mayo 2002.

Carlos D. Nemirovsky
Laprida 1875, 7° “29”
(1425) Buenos Aires
Argentina