

EL OFICIO DE ANALISTA EN PSICOANÁLISIS: DE FREUD A WINNICOTT

THE OFFICE ANALYST ON PSYCHOANALYSIS: FROM FREUD TO WINNICOTT

Bareiro, Julieta¹

RESUMEN

Este trabajo tiene por propósito establecer las particularidades que hacen a la labor analítica desde Freud a Winnicott. La intención es, por un lado; señalar el camino histórico de los conceptos propios del psicoanálisis que enlaza uno al otro (transferencia, análisis e interpretación) para dar cuenta de la vigencia de la clínica y; por el otro, establecer las innovaciones que aporta el psicoanalista inglés a las condiciones del análisis (lugar del analista, fin de análisis)

Palabras clave:

Freud - Winnicott - Clínica - Analista

ABSTRACT

This work proposes to establish the characteristics that make analytical work from Freud to Winnicott. The intention is, on the one hand; noted the historical path of the own concepts of psychoanalysis links to each other (transfer, analysis and interpretation) to account for the effect of clinical and; on the other, establish the innovations introduced by the English psychoanalyst to the conditions of the analysis (place of the analyst, finish of analysis)

Key words:

Freud - Winnicott - Clinic - Analyst

¹Dra. en Psicología, (UBA) Magistra en Psicoanálisis (UBA), Profesora Adjunta "Psicología, Ética y DDHH" Cat. II. Facultad de Psicología, UBA, Directora Proyecto UBACyT. E-mail: jumba75@hotmail.com

Desde el inicio, el psicoanálisis ha considerado la importancia de delimitar la figura del analista en todo proceso analítico. La obra de S. Freud es prolífica y minuciosa en dicho aspecto. En desarrollos posteriores, discípulos de Freud han trabajado la misma senda—basta nombrar a M. Klein, J. Lacan, K. Abraham, para citar a algunos— y Winnicott no ha sido la excepción. Si es posible establecer que el campo analítico se sostiene en su propia praxis, el lugar y el modo de aparición del analista en el proceso terapéutico resultan fundamentales para dar cuenta del trabajo propio del análisis. A partir de los postulados freudianos, se han propuesto diferentes maneras de conceptualizar y problematizar esta temática. El aporte de Winnicott resulta novedoso al entender que el analista debe ocupar el lugar del objeto de uso en ese “juego de a dos” que propone como análisis. No hay que dejar de lado la ubicación y la importancia de su obra en la Escuela Inglesa. Sobre todo, su resistencia a tomar partido excluyente de las posturas tanto kleinianas como de la psicología del yo de Anna Freud, compromiso que lo distancia *de* o *entre* ambas, y lo ubica en el denominado “middle group” junto con Balint, Bowlby, entre otros. Parte de esa postura, reside en el rol decisivo que le atribuye a las relaciones tempranas entre el niño y sus figuras de apego, destacando la importancia de las relaciones reales y de las experiencias vividas en éstas. De ahí se derivan consecuencias para examinar la relación entre analista y paciente, así como implicancias para las intervenciones terapéuticas. Y si bien Winnicott es conocido por su aporte a la clínica con niños, no debe dejarse de lado que su experiencia se extiende al análisis de adultos. La razón de ello es que las nociones como amparo, sostén, confiabilidad y creatividad remiten a lo propiamente distintivo de la existencia humana, más allá de las etapas etarias.

En este sentido, la clínica winnicottiana, en sintonía con la freudiana, reside en características vinculadas a lo inconsciente. Sin embargo, expande las neurosis de transferencia y se orienta a problemáticas ligadas a las primeras experiencias de vida del infante que se ubican en el orden de la necesidad. Ello presupone un giro y reordena nuevas condiciones para la dirección de la cura que refieren al cuidado, a la posibilidad de alteridad, a la experiencia de agresividad y a la transicionalidad. No se trata tanto de la habilidad interpretativa, como de la capacidad de alojar la necesidad de autenticidad por parte del paciente. De este modo, al análisis se conforma como un acto donde dos juegan cuyo espacio se inspira en el modelo materno en términos de *holding* y *handling*.

Así planteado, más que realizar una comparación entre Freud y Winnicott, se intentará develar al Winnicott que lee a Freud a fin de analizar la epistemología subyacente en esta diferencia clínico-teórica. El método utilizado será establecer puntos de exploración a través de las nociones cardinales de la praxis clínica tales como análisis, interpretación y transferencia. Términos que son propios del oficio de analista. A partir de esta tensión, se intentará discernir en cuáles puntos Winnicott se diferencia aportando sus más radicales innovaciones. El propósito de

ello, es analizar las consideraciones epistemológicas de la clínica winnicottiana que se abordaran en las Conclusiones, para situar su contribución y dar cuenta del desplazamiento que produce de la clínica freudiana sin que por ello quede por fuera del campo del psicoanálisis.

1. La noción de transferencia en Freud

El concepto de transferencia—eje en el cual fundamenta su trabajo el analista— fue introducido por Freud y S. Ferenczi entre 1900 y 1909. El descubrimiento de este fenómeno sorprendió al mismo Freud, por ejemplo en el modo del vínculo amoroso que Anna O. intenta establecer con J. Breuer. Pero, pese a que se trata de una noción polémica, el acuerdo general dentro del campo psicoanalítico ha sido su relación con la cura. En efecto, la transferencia es la herramienta por la cual el tratamiento no sólo avanza, sino que permite que el análisis sea efectivo. Claro que no sin dificultades. Se podrían mencionar dos modos generales en que estas dificultades aparecen: como las variantes múltiples de transferencia y como el conjunto de las concepciones de cada analista/escuela.

En relación con el primer modo, el concepto de transferencia sufre diversas modificaciones a medida que avanzan las investigaciones psicoanalíticas freudianas. En “Sobre la dinámica de la transferencia” (1912), comienza a distinguirse entre transferencia positiva (ligada a mociones tiernas y eróticas) y negativas (hostiles), mostrando así los propios escollos. Más adelante, este aspecto binario será abandonado y percibido más bien como un obstáculo, vinculando de esta manera al analista con la pulsión.

En el segundo modo, los desarrollos posfreudianos continuaron interrogando las vías propuestas en la literatura psicoanalítica. Lo que las distintas corrientes mostraron son las divergencias entre las diferentes escuelas: su lugar en la cura, las maniobras del analista, su aparición, los momentos (si desde el inicio, si ya avanzado el tratamiento), su disolución, etc. Por ejemplo, para Klein la relación de objeto ubicaba la transferencia al inicio mismo del análisis. En cambio, para Lacan ésta constituía, por sobre todas las cosas, la puesta en acto de la realidad sexual del inconsciente. Debido a ello, la instalación de la transferencia aparecía de la mano de la rectificación subjetiva entre las entrevistas preliminares y el análisis propiamente dicho.

1.1 La transferencia como posibilidad del análisis

En un primer momento, la transferencia aparece como la herramienta del análisis. Su misión es permitir que el paciente se anocie de las mociones reprimidas inconscientes que subsisten en él. La transferencia, en este punto, resulta operativa de dicho propósito:

Esperamos alcanzar esa meta aprovechando la transferencia del paciente sobre la persona del médico; para que él haga suya nuestra convicción de que los procesos represivos sobrevenidos en la infancia son inadecuados al fin y de que la vida gobernada por el principio de placer es irrealizable (Freud, 1996j: 155).

Esta visión del concepto de transferencia, que hace de

ésta un proceso que estructura el conjunto de la cura según el prototipo de los conflictos infantiles, conduce a Freud a establecer una concepción nueva que es la de *neurosis de transferencia*. Así, la transferencia hace posible el ejercicio del análisis: la idea de una sustitución permite que sobre el médico se pongan de manifiesto los modos privilegiados de vínculo precedidos por la historia infantil. En él se juegan tanto los conflictos inconscientes como los avatares de la pulsión. Esta forma privilegiada de vínculo adquiere el carácter de artificial. Es a partir de allí que el médico puede trabajar en lo que Freud denomina análisis: la descomposición de los motivos y las mociones pulsionales sobredeterminadas y de naturaleza compuesta que aparece, por ejemplo, en el síntoma¹. Éste es el sentido que tiene la idea de la transferencia como motor. Cataliza los procesos inconscientes en la figura del médico, permitiendo su análisis.

Otro factor de la transferencia es su condición de repetición: el desplazamiento hacia la persona del analista conlleva un carácter de actualización. Esta particularidad les permite tanto al analista como al paciente descubrir los elementos de la problemática de las primeras experiencias del infante. En el ámbito analítico se escenifica de forma actualizada la problemática singular del paciente, es decir, su propia existencia, sus vivencias, sus deseos y los efectos subjetivos de la pulsión. Sin embargo, debe tenerse en cuenta la siguiente salvedad: cuando Freud habla de la repetición en la transferencia, de las experiencias del pasado, de las actitudes hacia los padres, etc., este hecho no debería entenderse como una repetición de experiencias efectivamente vivenciadas. Lo que el fenómeno transferencial revela, en última instancia, es el material de la realidad psíquica, el deseo inconsciente reprimido y las fantasías involucradas. No obstante, estas características de la transferencia como sustitución y repetición también acarrearán sus problemas. Son los que llevan a Freud a pensar la transferencia como resistencia.

1.2 La transferencia como resistencia

En "Sobre la dinámica de la transferencia", Freud establece que la conjunción entre las disposiciones innatas y la historia infantil resulta determinante para la experiencia de la vida amorosa. Y en estas vivencias se manifiestan tanto las condiciones de amor como las metas y las satisfacciones pulsionales. En el fenómeno amoroso, va a decir:

Sólo un sector de esas mociones determinantes de la vida amorosa ha recorrido el pleno desarrollo psíquico; ese sector está vuelto hacia la realidad objetiva, disponible para la personalidad consciente (...) Otra parte de esas mociones libidinosas ha sido demorada en el desarrollo (...) y sólo tuvo

¹"Hemos llamado psicoanálisis al trabajo por cuyo intermedio llevamos a la conciencia del enfermo lo anímico reprimido en él. ¿Por qué análisis que significa desintegración, descomposición, y sugiere una analogía con el trabajo que el químico emprende con las sustancias que halla en la naturaleza y lleva a su laboratorio? Porque esa analogía se da de hecho en un punto importante. Los síntomas y las exteriorizaciones del paciente son, como todas sus actividades anímicas, de naturaleza en extremo compuesta" (Freud, 1996i: 156).

permitido desplegarse en la fantasía o bien ha permanecido por entero en lo inconsciente (Freud, 1996c: 98).

Aquí expone de lleno el conflicto de la tensión entre realidad y realización: si por algún motivo la expectativa amorosa no es respondida en la realidad (irrealización), el libido se reencauzaría hacia una nueva persona, en donde "las dos porciones de su libido, la susceptible de conciencia y la inconsciente participen de tal acomodamiento" (Freud, 1996c: 98). Lo que está haciendo aquí Freud es anticipar las causas del enamoramiento sobre el analista en la cura como resistencia.

Respecto de las particularidades de la transferencia en la persona del médico, éste aparece en serie con otras figuras significativas de la vida del paciente. Lo que para Freud constituía el motor que avalaba las interpretaciones, resulta ahora "como la más fuerte resistencia al tratamiento" (Freud, 1996c: 99). Aquí las asociaciones se detienen, el paciente no recuerda, las verbalizaciones desaparecen. Algo de la presencia del analista se pone al servicio de la resistencia. Freud lo ubica del lado de que las mociones inconscientes (que remiten al infantilismo de la sexualidad) no se satisfacen tanto en el recuerdo verbalizado, sino en su reproducción, vale decir, su actuación.

Algo de la satisfacción pulsional se pone en juego en la relación transferencial, de manera tal que nada quiere saber sobre su propia causa. Poco importa la artificialidad de la neurosis de transferencia o la ubicación en serie de la figura del médico: la resistencia adquiere realidad en el análisis y lo pone en jaque. Sin embargo, Freud, sube aún más la apuesta. A la presencia real del analista frente a dichas dificultades advierte lo siguiente:

Es innegable que domeñar los fenómenos de la transferencia depara al psicoanalista las mayores dificultades, pero no se debe olvidar que justamente ellos nos brindan el inapreciable servicio de volver actuales y manifiestas las mociones de amor escondidas y olvidadas de los pacientes; pues, en definitiva, nadie puede ser ajusticiado *in absentia* o *in effigie* (Freud, 1996c: 105)

Lo que esta ya famosa frase de Freud señala es que, justamente, porque la transferencia también es resistencia, resulta válida para la cura. Porque se escenifica puede ser trabajada en análisis. La invitación legítima que hace es la de no temerle y adentrarse de manera tal que de ella pueda manifestarse la problemática de la pulsión y sus satisfacciones. Frente a este fenómeno se impone el marco analítico, y la regla fundamental, con todo, no se puede encerrar en su vertiente temporal. Es en este sentido que, debido a su actualización, la transferencia como resistencia aparece del lado de la experiencia del paciente en análisis. Por tanto, la función del analista es darle cabida como tal. Por un lado, la transferencia positiva permite que el análisis prosiga hasta ciertos puntos. Pero cabe pensar que la raíz conflictiva de la pulsión se manifiesta en plenitud bajo la modalidad de la resistencia. Sólo en la medida que la transferencia tiene un costado resistencial, el trabajo analítico tiene un alcance cabal; y esto, en razón de que:

La transferencia a menudo basta por sí sola para eliminar los síntomas del padecer, pero ello de manera sólo provisional, mientras que ella subsista. Así sería sólo un tratamiento sugestivo, no un psicoanálisis. Merecerá este último nombre únicamente si la transferencia ha empleado su intensidad para vencer las resistencias” (Freud, 1996d: 144)

Sin embargo, hay un punto a considerar en la relación objeto de amor/objeto de la pulsión y transferencia. La cuestión del amor y el odio en la transferencia no deben confundirse con el objeto de la pulsión. Es decir, no son sinónimos sino realidades distintas de objeto. Así, por ejemplo, Rabinovich entiende que:

Aun cuando se plantee la posición del analista como objeto en la transferencia, esta ubicación pierde su operatividad cuando se confunde el amor o el odio en la transferencia –la transferencia resistencial ya para Freud– con la función del objeto en el deseo y la pulsión (Rabinovich, 2007:37).

Finalmente, en “Mas allá del principio del placer”, la transferencia como resistencia aparecerá de la mano de la compulsión a la repetición. Esto quiere decir que, en última instancia, en la cura se expresa el carácter indestructible de la fantasía inconsciente.

2. La terapia analítica

Cuando en 1895 Freud publica en colaboración con Breuer *Estudios sobre la histeria*, da comienzo a los inicios del movimiento psicoanalítico. Una nueva técnica se abría paso ante la enfermedad neurótica: un novedoso modo de proceder alejaba, ahora al analista, de la sugestión y de la hipnosis.

A partir de esta piedra fundacional, la cura por la palabra, la causalidad psíquica, el origen del infantilismo de la sexualidad, las resistencias, obligaron a lo largo de la historia de todo el movimiento psicoanalítico a definir su marco. En efecto, al mismo tiempo que se constituía como una disciplina inédita, también debía establecer sus principios. Un canon deontológico, por decirlo así, que delimitara el quehacer del médico tratante, sus posibilidades y sus prohibiciones. En este sentido, ética analítica y técnica estaban íntimamente relacionadas.

2.1 Los inicios de la terapia analítica

En “Sobre la iniciación al tratamiento”, Freud plantea el análisis semejante al partido de ajedrez: sólo los inicios y las salidas pueden estar altamente sistematizadas. Pero, en el juego, se torna imposible cualquier tipo de anticipación. Lo que esta analogía pretende es dar cuenta de la inconmensurabilidad de la clínica psicoanalítica. La singularidad de cada paciente hace que cada tratamiento tenga un valor único en sí mismo. No se puede anticipar qué va a suceder a lo largo de la cura, cómo va a manifestarse el fenómeno de la transferencia, las asociaciones, etc. Éstas son algunas de las razones que llevan a Freud a establecer sus coordenadas clínicas a los practicantes como consejos. Para Freud, no se puede practicar el psicoanálisis desde una perspectiva automática de aplicación. La complejidad subjetiva atenta contra ello.

Pese a esta dificultad evidente, la cura no queda bajo el libre albedrío del analista. Esta posición lo acercaría de nuevo a la sugestión, de la que Freud siempre intentó alejarse. Por el contrario, el analista tiene que ajustarse a una serie de principios que justifican su praxis. Nociones tales como regla fundamental, interpretación, abstinencia no son conceptos vagos que pueden utilizarse o no. Constituyen las coordenadas mismas del análisis. En efecto, así como no se puede anticipar el análisis de cada paciente, sí se puede plantear bajo qué óptica será tratado.

Freud resulta claro sobre los inicios del tratamiento: la prudencia fija su ritmo, por ejemplo, en las entrevistas preliminares que él establece como “período de prueba”. En este lapso no sólo se toma en cuenta el diagnóstico diferencial, también es el momento de la elección del analista para asumir o no la responsabilidad sobre la dirección del tratamiento. Ello da cuenta de que, desde el inicio, el horizonte ético es el lugar en donde un analista afianza su práctica².

Otro punto a considerar en relación con la ética y la técnica analíticas, desde los inicios mismos, es la cuestión de la neutralidad y la abstinencia. Ambas definen la actitud del analista durante la cura. Constituyen, por decirlo así, los cimientos de su acción. Por un lado, aparecen como herramientas idóneas al servicio de la interpretación y de la cura. Y, por el otro, plantean los límites del accionar del analista. Ambas facetas, técnica y ética, no son dos cosas separadas; son la misma, en manifestaciones de diversa índole.

Con respecto a la neutralidad, Freud la entiende en razón de los valores morales, religiosos y sociales. A la vez, ésta previene al analista de cualquier intento de consejo. Lo que está haciendo aquí es distanciar la práctica clínica de la valoración moral. No se trata de establecer en términos valorativos el quehacer de la vida del paciente, sino los cimientos y las satisfacciones que en ella se realizan. En este sentido, la figura del analista toma la distancia de la del cirujano³.

Asimismo, la neutralidad se enlaza con la abstinencia. Este concepto refiere al rechazo de las satisfacciones sustitutivas exigidas por el paciente. Freud piensa en estos momentos en la expectativa de amor de sus pacientes histéricas. Esta manifestación es entendida por él como un efecto de la transferencia que reclama satisfacciones sustitutivas de los síntomas. Es, al mismo tiempo que un efecto de la transferencia, una resistencia. La cura se detiene. Es responsabilidad del analista no dar lugar a esa satisfacción y, en cambio, ubicarla como un fenómeno del tratamiento. Esta lectura nuevamente enlaza la técnica analítica con su ética.

La cuestión de la abstinencia, por un lado, se encuentra

²“En un tratamiento de prueba de algunas semanas percibirá a menudo signos sospechosos que podrán determinar a no continuar. Por desdicha, no estoy en condiciones de afirmar que este ensayo posibilite de manera regular una decisión segura; sólo es una buena cautela más” (Freud, 1996d: 127).

³“El analista, al igual que el cirujano, no debe tener más que un objetivo que llevar a buen término, tal hábilmente como le sea posible, su operación” (Freud, 1996c: 131).

unida a las consideraciones del tratamiento: “Si su cortejo de amor fuera correspondido, sería un gran triunfo para la paciente y una total derrota para la cura” (Freud, 1996f: 169). Aquí habla de lo advertido que debe estar el médico durante el tratamiento sobre el actuar de las pulsiones. Dejarse engañar por ellas sería nocivo para la cura y, a la vez, daría cuenta de la incompetencia profesional⁴. Por el contrario, el camino analítico es su operativización⁵. Esto es, utilizar el fenómeno de la transferencia amorosa resistencial como la vía de acceso al origen de la satisfacción pulsional que se pone en juego allí. Es, justamente, lo que habilita para la interpretación.

3. La interpretación

La interpretación se constituye como la herramienta idónea del análisis. O, dicho de otra manera, como el instrumento que se encuentra en el corazón de la doctrina y la técnica analítica. Si bien no es la única dentro del proceso de la cura (coexiste con la construcción, por ejemplo), se podría caracterizar a la tarea analítica por el arte de la interpretación.

Ésta se define como “la comunicación hecha al sujeto con miras a hacerle accesible el sentido latente, según regla impuesta por la dirección y la evolución de la cura” (Laplanche y Pontalis, 1996: 201). Esta explicación da cuenta de que la interpretación parte del analista con el propósito de poner en evidencia la realidad del inconsciente y su influencia en la subjetividad del analizante.

Sin embargo, la interpretación no pertenece exclusivamente a la tarea del analista. Ésta ya aparece ligada a una de las formaciones del inconsciente, como, por ejemplo, el sueño.

El trabajo interpretativo presente en el soñar se declara, de esta forma, religioso. Su labor estriba en ‘re-ligar’ la energía libre tramitando las cargas con el fin de mantener al aparato en los límites del principio de placer. La interpretación propia del sueño obedece así al deseo de dormir que en él impera. En otras palabras, si el sueño es interpretación, lo es en tanto “guardián del dormir (Schejtman, 2006: 41).

Las características particulares que propone la materialidad del sueño, tales como la desfiguración, la transposición en imágenes, ya se configuran como una interpretación del deseo infantil sexual inconsciente freudiano. Lo que se señala acá, entonces, es que la interpretación adquiere ciertas modalidades. Una de ellas sería la del inconsciente como interpretante, por decirlo así, cuya

función es enlazar la energía libre. Función que queda dentro de la característica económica del aparato psíquico. A ésta se contraponen la interpretación analítica.

El analista, cuando interpreta, no lo hace a favor de los enlaces de la energía que conducirían a la sobredeterminación, sino, en contraposición a ellos. De allí el verdadero sentido de “análisis”. Justamente, la interpretación del contenido latente remite, en última instancia, al deseo inconsciente que en ese sueño se escenifica de manera enigmática. Así se puede entender que lo que se comunica en la interpretación analítica es, por excelencia, el modo de acción por el cual se direcciona la cura.

Sin embargo, la interpretación no queda librada al azar; está sujeta a la técnica analítica: “Abogo pues, que en el tratamiento analítico la interpretación de los sueños no se cultive como un arte autónomo, sino que su manejo se someta a las reglas técnicas que en general gobiernan la ejecución de la cura” (Freud, 1996g: 90). Es decir que la interpretación se convierte en herramienta idónea, en la medida que se encuentre dentro del *setting* analítico y en relación con la resistencia, la transferencia, el momento, etc. Lo que hace esta red de la técnica es ponerle un coto o marco al afán interpretativo. Precisamente fue lo que llevó a Freud a distinguir *interpretación analítica* de *interpretación salvaje*. Distinción que pone de nuevo el énfasis en la cuestión de la prudencia en la dirección de la cura⁶. Estas consideraciones sobre la interpretación la han constituido en una cuestión de las que mayor polémica ha reflejado en el movimiento psicoanalítico. En efecto, diferentes modos de teorizarla e instrumentarla han llevado a grandes controversias entre las diferentes escuelas. Como, por ejemplo, el kleinismo y el lacanismo. Ambas proponen distintos modos de utilizar y conceptualizar la interpretación. Mientras que para los primeros permitiría acercarse al sadismo originario del superyó, para los segundos debía seguir el ritmo del deslizamiento del significante⁷. Estas consideraciones aun hoy en día siguen siendo motivo de debate y discusión.

Los desarrollos posteriores continuaron interrogando sobre la interpretación y la transferencia. Esto muestra el carácter de desarrollo al que siempre aspiró Freud para el movimiento psicoanalítico. Dentro de estos aportes, una de las contribuciones más significativas es la reformulación que realiza Winnicott. Según Davis y Wallbridge (1988), pronto se hicieron evidentes para el psicoanalista inglés, las limitaciones de la teoría freudiana en Inglaterra

⁶Baste con mencionar el siguiente pasaje: “Más tarde, en 1910, a propósito de un médico neófito que le ha explicado ‘salvajemente’ a una paciente que ella padece de falta de actividad sexual, Freud denomina por primera vez ‘psicoanálisis salvaje’ al error técnico que comete un profesional ignorante cuando, en la primera entrevista, arroja a la cabeza del paciente los secretos que ha intuido. En este caso, sea la interpretación ‘verdadera’ o ‘falsa’, resulta inadmisibles puesto que procede de una ignorancia completa de la estructura psíquica del sujeto, de sus resistencias de lo que reprime” (Roudinesco y Plon, 2005: 538).

⁷“Mientras que los freudianos hacían surgir en todas partes símbolos sexuales, y los kleinianos intuían detrás de todo discurso el odio arcaico a la madre, los lacanianos inventaron un nuevo discurso interpretativo hecha de matemáticas y nudos borromeos” (Roudinesco y Plon, 2005: 539).

⁴La abstinencia tiene para Freud dos agentes. Principalmente la acción del analista, pero también existe una referida al paciente en que se pide que él mismo se mantenga en cierto grado de abstinencia.

⁵“Consentir la apetencia amorosa de la paciente es entonces tan funesto para el análisis como sofocarla. El camino del analista es diverso, uno para el cual la vida real no ofrece modelos. Uno debe guardarse de desviar la transferencia amorosa, de ahuyentarla o de disgustar de ella a la paciente; y con igual firmeza uno se abstendrá de corresponderle. Uno retiene la transferencia de amor, pero la trata como algo no real, como una situación por la que se atraviesa en la cura que debe ser reorientada hacia sus orígenes inconscientes” (Freud, 1996f: 169).

destinada a la atención de pacientes neuróticos de la alta y media burguesía⁸ y la poca observación directa de niños que podía tener importancia para una mejor comprensión en el análisis de adultos.

Phillips (2010) también percibe esta nueva lectura sobre lo temprano. En contraposición al hombre freudiano, el sujeto winnicottiano busca ser sí mismo a partir del sentido de la propia existencia. De allí procede un novedoso modo de comprender y ejercer la clínica.

4. La clínica winnicottiana

Como bien lo señalan Davis y Wallbridge (1988); los intentos de Winnicott sobre el análisis lo llevan a traducir una teoría del deseo sexual, hacia una teoría de la crianza emocional. Esta posición lo lleva a entender el análisis, antes que nada, como la provisión de un ambiente apropiado, análogo al cuidado materno. Este detalle del aparato —como modo de cuidado indispensable para la primera infancia— sirvió de modelo, en el sentido que el análisis se podía extender hacia atrás, más allá de la conflictiva edípica, hasta elementos constitutivos de la personalidad (Davis y Wallbridge, 1988)⁹.

Lo que puede destacarse es que este tipo de clínica no se detiene en el conflicto psíquico freudiano, entendido como la tensión entre deber y realización del deseo, o como la triangularidad del complejo de Edipo. Aparecen fenómenos de diversa naturaleza que remiten a la incertidumbre entre *ser* y *existir*: la experiencia de futilidad, de inautenticidad, de vacío. No se trata de que rechace el factor del síntoma, la rivalidad edípica, el problema del deseo y su satisfacción. Pero pareciera que da un paso atrás y pone el acento en donde estos factores se sostienen. En todo caso, la problemática freudiana podría leerse como un derivado del existencial winnicottiano. Para el psicoanalista inglés, lo radical es la continuidad de la existencia a partir de donde un sujeto comienza a ser. Los avatares pulsionales y la diferencia sexual se manifiestan con posterioridad. La diferencia que Winnicott menciona es que, en los primerísimos estadios, el problema no está frente al deseo, sino ante la *necesidad*. Justamente, necesidad de existir. Resulta indispensable la existencia de otro que cobije y sostenga, aunque no se tenga conciencia alguna de ello. Es lo que Winnicott atribuye al niño, visto y analizado por Freud. Cuando Freud se encuentra con sus pacientes, ellos ya han sido —según Winnicott— cuidados de manera tal que las primerísimas experiencias resultaron adecuadas. Cuestiones como sostén, amparo, dedicación, ya se han dado por descontadas. Lo que lleva a la posibilidad de arribar a conflictos más sofisticados, que se asientan a partir de aquéllas.

Así, una de las diferencias más sustantivas entre la clínica de Freud y la de Winnicott radica en que, mientras el pri-

mero se abocó al trabajo clínico de las neurosis de transferencia, el segundo se dedicó —en especial— a aquellos cuyas perturbaciones podían responder a conflictos ubicados en momentos anteriores. Mientras que Freud da por sentado el cuidado de las necesidades del niño, Winnicott advierte acerca de los fenómenos que aparecen en su clínica, cuando éstos no han sido los suficientemente buenos. Esta elección, por llamarla así, obedecería al modo en que ambos entienden al hombre y sus avatares¹⁰.

Este desplazamiento la cura winnicottiana no es algo que el análisis le hace al paciente, sino en la medida de lo que el paciente es capaz de hacer consigo mismo en presencia del analista. Este giro sobre el comando del análisis indica que, en última instancia, lo significativo es que el paciente se *sorprenda a sí mismo*. El acento está puesto sobre lo propio del sí, lo creativo y lo espontáneo.

De lo que se trata aquí, es la emergencia del verdadero *self* que no responde a las interpretaciones sagaces. Winnicott siempre advierte que la interpretación en todo caso, muestra lo poco que sabe el analista. Esta lectura constituye una versión de la clínica, de la labor terapéutica y de la regla fundamental. El análisis surge como un ámbito confiable metaforizando el cuidado materno. La tarea es la de sostener la experiencia de ser, resguardando la singularidad. Estas formulaciones traducen al análisis no como la imagen freudiana de una partida de ajedrez, sino como juego espontáneo. Para Phillips (1997, p. 68) la teoría winnicottiana no se adhiere al saber del inconsciente como piedra fundamental y en su lugar ubica a la salud caracterizada por la espontaneidad y la intuición; términos ausentes en el pensamiento de Freud o Klein.

No se trata tanto de que el análisis no “tiene reglas”, sino de que el ajuste extremo a ellas sería del orden del sometimiento. Como bien lo señala Coloma Andrews (1999, p. 52): “Winnicott le da al juego un rol básico para poder dejar expresar la espontaneidad que, en su criterio, es la creatividad. Esto hace posible un resultado que importe al paciente como individuo y no al acatamiento a referentes psicopatológicos como patrón de trabajo en la técnica” Lo que Winnicott invita es a que el análisis no quede enquistado en fórmulas o definiciones enigmáticas, sino a que sea una experiencia real y significativa para el paciente. Es por ello que jugar es terapéutico en sí mismo. Esta particularidad del análisis en relación con el juego y el jugar, traducen la experiencia analítica como un fenómeno transicional.

5. El analista winnicottiano y la interpretación

La figura del analista se inspira en la madre de los primeros cuidados. Es el sentido de la preocupación que el analista da a la creación de un marco suficientemente bueno para el trabajo analítico con el paciente. Aquí aparecen conceptos como *holding* y *handling*, cuyos propósi-

⁸Excepto los trabajos de M. Klein en el abordaje de la psicosis

⁹“Consideró que sólo si el infante, o el paciente, eran amparados —en el juego de la espátula, el infante era amparado físicamente por la madre, y la situación lo era por el propio Winnicott, en su condición de médico—, podían surgir el gesto espontáneo, la revelación del propio ser, dentro de una seguridad experimentada por el infante o el paciente” (Davis y Wallbridge, 1988, p. 39).

¹⁰“Lo cierto es que la mera cordura equivale a la pobreza, o la verdadera neurosis no es necesariamente una enfermedad... deberíamos considerarla como un tributo al hecho de que la vida es difícil; aun cuando nuestros pacientes no lleguen a curarse, se sienten agradecidos porque los vemos tal como son” (Winnicott, citado en Phillips, 1997, p.27).

tos consisten en dar cabida al verdadero *self*, en la medida que el paciente pueda sorprenderse a sí mismo.

La tarea del analista se sostiene en condiciones muy distintas a la de ser una especie de cirujano de las motivaciones inconscientes. Aparece, en cambio, el analista como *anfitrión*, hacia una experiencia singular que incluye lo inconsciente, pero que no se limita únicamente a él. Su función es la de ofrecer un marco sostenedor y vital, lo suficientemente bueno, como para que el paciente pueda correr el riesgo de confiar. Esta distinción entre *cirujano* o *anfitrión* adquiere un profundo sentido en las perturbaciones psicóticas, donde fenómenos tales como *caer para siempre*, *despedazarse*, o *despersonalizarse* suelen ser vividos como experiencias agónicas, según el vocabulario winnicottiano. Martínez entiende que para Winnicott, “el primer sentido de la interpretación radica en el reconocimiento del gesto comunicativo del paciente y en el reconocimiento del paciente como “persona” (Martínez, 2007, p.128). De esta forma se abren dos variables que se relacionan entre sí: por un lado, la tarea del analista de habilitar el saber del paciente; y, por el otro, el paciente que se descubre a sí mismo.

El analista, a través de sus interpretaciones, muestra el margen de su labor: “Creo que, en lo fundamental, interpreto para que el paciente conozca los límites de mi comprensión. El principio es que él –y sólo él– conoce las respuestas” (Winnicott, 2007a: 118). La función del sostén habilita el acercamiento sobre lo más propio de sí del paciente. En virtud de que la interpretación enmarca cierto límite, “el paciente llega a una comprensión de sí mismo, en forma creadora y con inmenso júbilo, y, ahora, disfruto de ese alborozo más de lo que podía gozar con el sentimiento de haber sido penetrante” (ibíd.).

Esta particularidad de la clínica winnicottiana no es de acatamiento sobre lo inconsciente como tampoco de su rechazo. Se trata de un encuentro sostenido en el tiempo donde el analista acompaña el descubrimiento existente del paciente. Esta visión del análisis no objeta las intervenciones del analista, sino que se ordenan a partir de variables como el sostén y la confiabilidad. Así se puede comprender la imagen del análisis como “juego de dos”¹¹ Esta función tiene otra arista más aparte que la de brindar un marco confiable. Winnicott parece muy preocupado en que el analista pueda convertirse en un falso seductor, dando muestras equívocas de omnipotencia y saber. Aquí aparece un factor inédito en el analista, y es que éste falle. Esta idea se sostiene en que el paciente se dé cuenta de cuán poco hay de saber en el analista, derrumbando toda sobrevaloración de él. Las fallas del analista apuntan a que el paciente pueda innovar desde sí mismo. No en cualquier momento –de allí la importancia del *timing* del análisis– sino cuando aparezcan las condiciones de que el paciente a lo largo del proceso analítico pueda soportarlas, aportando lo propio como novedad. Como lo establece Pelen-

to: “Si el análisis es el lugar en el que se puede recubrir el hueco de experiencia que el paciente trae, no lo es solamente por la adecuación casi perfecta a sus necesidades, sino porque el analista –lo quiera o no– produce fallas. Fallas que repiten, metafóricamente, otras de las que el paciente no tiene recuerdo. Frente a estas fallas, el paciente puede resolverlas como no lo pudo hacer en otro momento” (Pelento, 1985, p.188). Estas fallas además de inevitables son operativas. Del mismo modo en que lo transicional aparece en el proceso de ilusión-desilusión entre la madre y el niño, el analista *desilusiona* sobre la superioridad de algún tipo de saber. Así lo creativo del paciente puede emerger como acontecimiento inédito no ligado a ningún tipo de sumisión al analista.

6. La transferencia como sostén

Este concepto se materializa tanto en el analista como en el análisis mismo. La transferencia transforma el marco analítico winnicottiano en un marco sostenedor, tal como el de las primeras experiencias del infante y habilita la experiencia del sujeto para ser sí-mismo.

Para ello es condición necesaria que el análisis se constituya como una superposición de espacios en donde dos juegan. La noción de juego en el análisis refiere tanto a la posibilidad de *jugar con* (el analista) como también a la *capacidad de* (término que para Winnicott tiene consecuencias clínicas) jugar del paciente¹².

En este contexto, el *setting* analítico se pone al servicio de la cura, entendida por Winnicott como sinónimo de *cuidado*. Este término se orienta hacia la confiabilidad, en condiciones de dependencia transferencial tal como sucede en las primeras etapas de la vida. Un entorno terapéutico confiable es aquel que se adapta a la impredecibilidad de cada paciente. Esto es, que cada análisis adquiere singularidad en la medida que se inventa (crea) un marco que permita el despliegue de esa misma impredecibilidad. No se trata de estandarizar los pacientes a los modos del análisis, sino de que el análisis se pueda adaptar a la emergencia del propio ser del paciente. *holding* y *handling* se presentan como los rasgos constitutivos de este *setting* winnicottiano.

holding hace referencia al sostén que todo tratamiento debe brindar, desde los inicios hasta su finalización. Esta característica es considerada como fundante para la labor terapéutica¹³, en la medida que es condición de toda interpretación y transferencia. El *holding* es la variable constante de todo tratamiento como realidad propia del análisis. Que sea contenedor, implica que el paciente puede correr el riesgo que involucra abandonar defensas, proyectar, fantasear, así como también la posibilidad de enfrentar temores, miserias, recordar y construir sin riesgo de ser evaluado, juzgado o abandonado. Que el am-

¹¹“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 psicoterapia” (Winnicott, 2007a: 76).

¹²Esta capacidad no se distingue entre etapas vitales: da lo mismo ser niño o adulto. Si bien en el primero es más evidente la capacidad –o no– de jugar, en el segundo se manifiesta en “la elección de las palabras, en las inflexiones de la voz y, por cierto, en el sentido del humor” (Winnicott, 2007a: 63).

¹³“El hecho de cuidar-curar constituye una extensión del concepto de sostén” (Winnicott, 2006a: 138).

biente se constituya como contenedor, no quiere decir que sea condescendiente. Por el contrario, lejos de todo sentimentalismo, la clínica se orienta hacia la experiencia de ser sí mismo sin modelos ni referentes. El propio-ser winnicottiano implica novedad y vulnerabilidad.

Con referencia al *handling* entendido como manipuleo, toma como modelo a la figura materna en el cuidado del niño. Pero también alude a las necesidades del infans, que utiliza aquello que el ambiente le provee. En la situación analítica involucra tanto la presencia y la continuidad del analista y del análisis como la singularidad del caso. Por ello, resulta imposible estandarizar u anticipar los requerimientos de cada paciente en particular. La cantidad de sesiones semanales, la duración de cada una de ellas, la forma de pago, la utilización o no del diván son modos de manipuleo que el paciente usa y que el encuadre y el analista proporciona.

Bajo estas nuevas condiciones, la confiabilidad emerge como la herramienta principal que dirige la cura. Sin este entorno de sostén, cualquier tipo de intervención puede ser vivida como un ataque o una intrusión. Para la clínica winnicottiana existen nuevas coordenadas que no contradicen las tradicionales pero que se ordenan a partir de un nuevo enfoque. Lo importante es el cuidado que el analista le brinda a su paciente que puede formularse como “proteger al paciente de lo impredecible” (Winnicott, 2006a, p. 135). No se trata tanto de evitar situaciones de angustia o malestar, sino de que, cuando ocurran, exista un entorno lo suficientemente contenedor. Es a partir de esta “garantía” de presencia y sostén que el análisis puede ser llevado a cabo. Para que esto sea viable, es necesaria una serie de factores que operan de manera conjunta:

a) Si el análisis y el analista son ubicados en la zona de lo transicional, el “juego analítico” es posible. La interpretación sólo adquiere sentido en este ámbito.

b) La agresividad como vector que posibilita el pasaje de un estado al otro: de lo puramente subjetivo a lo distinto-de-mí. Este giro posibilita al analista como objeto de uso.

c) La prudencia del analista: frente a la fragilidad del verdadero *self*, el saber del analista puede resultar abrumador: “esa creatividad (la del paciente que se descubre a sí mismo) puede ser robada con suma facilidad por el terapeuta que *sabe demasiado*” (Winnicott, 2007a, p. 83).

7. Conclusiones: del analista como cirujano al analista como cellista: consecuencias epistemológicas

A lo largo de los escritos técnicos como “Sobre la dinámica de la transferencia” (1912), “Consejos al médico” (1912), “Trabajo sobre la técnica psicoanalítica” (1914), “Conferencias de introducción al psicoanálisis” (1916), entre otros, Freud se esfuerza por establecer las coordenadas de la praxis a partir de la instrumentalización de la regla fundamental y de la posición del analista, cuyo función es idéntica a la del cirujano¹⁴. Tal como lo establece Assoun

¹⁴“No sé cómo encarecería bastante a mis colegas que en el tratamiento psicoanalítico tomen por modelo al cirujano que deja de lado todos sus afectos y aún su compasión humana y concentra sus fuerzas espirituales en una meta única; realizar una operación lo más acorde posible a las reglas del arte” (Freud, 1996: 114)

“Freud hace de su método de investigación y de su clínica, al analista un científico de los procesos psíquicos” (Assoun, 2006: 123). Winnicott, por el contrario, establece que en la relación analista-paciente, se debe sostener en la confianza de un ambiente sostenedor, vital, semejante a los primeros cuidados maternos.

En este tipo de relación terapéutica, la instalación de la transferencia habilita a que sea la noción de *cuidado*, entendido como sinónimo de *cura* (*to care*) la que establezca el modo de desarrollo del proceso analítico. A diferencia de la imagen freudiana, el analista winnicottiano interviene activamente como sostén a través de dos términos que son *holding* y *handling*. Estas no apuntan exclusivamente para la interpretación de lo inconsciente, sino que su propósito es construir un marco de confiabilidad para que la interpretación se lleve a cabo¹⁵. Este viraje obedece a que lo inconsciente no tiene la misma relevancia que en el psicoanálisis freudiano. El lugar más destacado y basal es el de la existencia auténtica o propio ser (*true self*), cuya relevancia se extiende desde las neurosis de transferencia hacia las psicosis y los trastornos borderlines. El acento no está en la determinación inconsciente sino en la posibilidad de *experimentarse siendo*. Las motivaciones reprimidas adquieren significación en la medida que la experiencia de sentirse “vivo, verdadero y real” se convierten en el objetivo de todo tratamiento. Este corrimiento va de la sobredeterminación inconsciente en Freud hacia al sentido de la propia existencia en Winnicott. Según Coloma Andrews “el psicoanálisis de Winnicott se orienta a tratar esa totalidad entre ser y actuar, entre ser y hacer, y por esto considero su acción como paradójica” (Coloma Andrews, 2000:58)

Así como Freud aconsejaba aferrarse a la técnica para no caer en la trampa de la transferencia, Winnicott entiende que debe ser flexible de acuerdo a las condiciones del caso. El uso de la técnica debe adaptarse junto con el de la interpretación. Si la interpretación en la neurosis se vuelve el modelo de todo tratamiento, la clínica de la psicosis muestra su límite. Aquí no tiene sentido la interpretación de lo reprimido, sino la posibilidad de establecer continuidad en la experiencia del ser. Frente a estos cambios sobre el quehacer del analista, la imagen ya no será la del cirujano, sino la del músico:

“La única compañía que dispongo cuando me interno en un caso es la teoría que siempre está conmigo, que se ha constituido en parte de mi ser y a la que ni siquiera necesito recurrir de modo deliberado (...) Podría comparar mi situación con la de un cellista que, sólo después de transitar el arduo sendero de la técnica, y una vez que ésta se da por supuesta, se halla en condiciones de hacer música (...) deseo comunicarles a aquellos que se encuentran este duro camino de la técnica, transmitirles las esperanzas de que algún día podrán hacer música” (Winnicott, 1993: 14)

¹⁵“El análisis no consiste sólo en interpretar el inconsciente reprimido, consiste en propiciar un marco confiable donde la interpretación pueda llevarse a cabo” (Winnicott, 2006, p. 133)

Esta metáfora del cellista señala la condición de la clínica no se sostiene en la aplicación de una técnica, sin más recursos que la simple ejecución. La técnica en el tratamiento es condición necesaria pero no suficiente. Algo más aparece en que la transforma en música. Será la particularidad del caso la que determine el uso de determinada técnica, siendo ésta flexible a las condiciones del diagnóstico. Para Winnicott no alcanza con manipular instrumentalmente las herramientas del psicoanálisis, sino que debe estar al servicio de un desafío mayor. Si en Freud la imagen del cirujano otorgaba una distancia relevante entre analista y paciente; en Winnicott se orienta hacia una posición vital del que se espera una elevación de la técnica. Esto produce cambios importantes que conllevan consecuencias epistémicas que se han puntualizado a lo largo del trabajo: la consideración de la existencia por sobre la del inconsciente, la del tratamiento por sobre la técnica, y la del arte (cellista) por sobre la figura de la ciencia (cirujano). Ello conduce a reflexionar a su vez, en la apertura clínica winnicottiana que parte desde el campo de las neurosis de transferencia hacia la psicosis y trastornos borderlines.

BIBLIOGRAFÍA

- Abadi, S. (2005) La idea de la cura en Winnicott. En *Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana*, (pp. 41-47) Bogotá
- Abran, J. (1996) *The Language of Winnicott. Dictionary of Winnicott*. London: Kamaç Andafusso, A. e Indart, V.
- (2009) *¿De qué hablamos cuando hablamos de Winnicott?* Montevideo: Editorial Psicolibros
- Assoun, L. (1982) *Freud: la filosofía y los filósofos*. Buenos Aires: Paidós
- Assoun, L. (2005) *Fundamentos del psicoanálisis*, Buenos Aires: Prometeo
- Bouhsira, J. y Durieux, M.C. (2004) *Winnicott insólito*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Coloma Andrews, J. (1999) "El oficio en lo invisible (una paradoja psicoanalítica)". En *Donald Winnicott en América Latina: teoría y clínica psicoanalítica*. Ouerial, J. y Abadi, S (eds.) Buenos Aires: Lumen
- Davis, M. y Wallbridge, D. (1988) *Límite y espacio*. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1895) "Estudios sobre la histeria". O.C. Tomo II. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1905) "Tres ensayos de la teoría sexual". O.C. Tomo VII: Bs. As: Amorrortu
- Freud, S. (1912) "Sobre la dinámica de la transferencia". O.C. Tomo XII Bs. As: Amorrortu
- Freud, S. (1913) "Sobre la iniciación al tratamiento". O.C. Tomo XII
- Freud, S. (1914a) "Recordar, repetir y elaborar". O.C. Tomo XII, Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1914b) "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia". O.C. Tomo XII
- Freud, S. (1918) "Nuevos caminos de la terapia analítica". O.C. Tomo XVII.
- Freud, S. (1920) "Más allá del principio de placer". O.C. Tomo XVIII. Bs As: Amorrortu
- Freud, S. (1922) "Dos artículos de enciclopedia". O.C. Tomo XVIII Bs As: Amorrortu
- Laplanche, J. y Pontalis, J.-B. (1996) *Diccionario de Psicoanálisis*. Bs. As.: Amorrortu
- Martínez, H. (2007) *Donald Winnicott en el movimiento psicoanalítico*, Mar del Plata: EUEM
- Nemirovsky, C. (2007) *Winnicott y Kohut: nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría*. Buenos Aires: Grama ediciones.
- Pelento, M. (1985) Teoría de los objetos y proceso de curación en el pensamiento de Donald Winnicott. En *Anuario de la Asociación Escuela de Psicoterapia para Graduados*, (pp. 187-197) Buenos Aires, Vol. 11
- Phillips, A. (1997) *Winnicott*, Buenos Aires: Lugar editorial
- Rabinovich, D. (2007) *El concepto de objeto en la teoría psicoanalítica*. Manantial, Buenos Aires.
- Roudinesco, E. y Plon, M. (2005) *Diccionario de Psicoanálisis*, Bs. As. Paidós
- Rodulfo, R. (2009) *Trabajos de la lectura, lecturas de la violencia*. Bs. As, Paidós.
- Schejtman, F. (2006) *La trama del síntoma y del inconsciente*. Del Bucle, Buenos Aires.
- Winnicott, D.W. (1957) *El niño y el mundo externo*. Bs. As.: Hormé
- Winnicott, D.W. (1965a) *La familia y el desarrollo del individuo*. Bs. As: Hormé
- Winnicott, D.W. (1965b) *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Bs. As: Paidós
- Winnicott, D.W. (1971a) *Clínica psicoanalítica infantil*. Bs. As.: Hormé
- Winnicott, D.W. (1971b) *Realidad y Juego*. Bs. As: Gedisa
- Winnicott, D.W. (1979) *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia
- Winnicott, D.W. (1986) *El hogar, nuestro punto de partida*. Bs. As.: Paidós

Fecha de recepción: 28 de mayo de 2016

Fecha de aceptación: 31 de octubre de 2016