

REFLEXIONES SOBRE EL ANÁLISIS Y LA POSICIÓN DEL ANALISTA

REFLECTIONS ON THE ANALYSIS AND ANALYST POSITION

Julieta Bareiro*

**Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires-Argentina**

*Recibido 20 de agosto 2013/Received August 20, 2013
Aceptado 15 de noviembre 2013/Accepted November 16, 2013*

RESUMEN

Muchas veces se plantea a la clínica psicoanalítica como carente de innovaciones desde su fundación, ignorando los grandes aportes realizados por Lacan, Klein, Bion, entre otros. En este trabajo se propondrá analizar la propuesta teórico-clínica de uno de los autores ingleses, D. W. Winnicott. La obra de Winnicott realiza un interesante viraje genético que orienta a la clínica hacia las condiciones mismas de la existencia. Este “giro” tiene efecto tanto en la praxis como en metapsicología. Sin embargo, pese a las diferencias que se pueden establecer entre Winnicott y Freud, ambos comparten un mismo principio metodológico que refiere a los rasgos enunciativos del discurso del paciente.

Palabras Clave: Freud, Winnicott, Clínica, Epistemología, Metapsicología.

ABSTRACT

Often times the psychoanalytic clinic is lacking innovation since its foundation, ignoring the great contributions made by Lacan, Klein, Bion, and others. In this paper we propose to analyze the clinical theoretical proposal of one of the authors English, D. W. Winnicott. Winnicott's work takes an interesting turn that guides genetic clinic to the very conditions of existence. This “twist” is effective in practice also metapsychology. However, despite the differences that can exist between Winnicott and Freud, both of them share a methodological principle concerns the declarative features of the patient's speech.

Key Words: Freud, Winnicott, Clinic, Epistemology, Metapsychology.

La posición del analista ha sido crucial en el estatuto de la clínica fundada por Freud. Y sobre todo, los modos de intervención que dicho lugar supone. El camino iniciado a comienzos del siglo XX marcó una tradición en el campo del psicoanálisis. Este trabajo se propone investigar específicamente los vínculos posibles entre el análisis formulado por Freud y por uno de los autores más originales de la escuela inglesa: D. W. Winnicott.

Winnicott inició su formación analítica en 1923, cuando ya estaba ejerciendo como médico

y en el mismo período en que comienza a ejercer como consultor en medicina infantil en Londres. Este acercamiento no tuvo, desde su comienzo, un aspecto dogmático respecto de la teoría freudiana. Por el contrario, su lectura de Freud siempre estuvo signada por una posición de reconocimiento crítico. Lo que implica tanto semejanzas como diferencias.

La clínica winnicottiana, en sintonía con la freudiana, reside en características vinculadas a lo inconsciente. Sin embargo, su clínica expande las neurosis de transferencia y se orienta a

* Yerúa 4939, Dto. C. CABA. C. P. 1427. Buenos Aires. Argentina. E-mail: jumba75@hotmail.com

problemáticas ligadas a las primeras experiencias de vida del infante que se ubican en el orden de la necesidad. Esta nueva clínica 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 como análisis, analista y transferencia. 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. Su contribución permite un desplazamiento de la clínica freudiana sin que por ello quede por fuera del campo del psicoanálisis. En efecto, si el vocabulario winnicottiano amplía las fronteras de la praxis cuyos contenidos se orientan hacia la creatividad, la existencia y el seguir siendo, esta apertura ¿menoscaba la metapsicología o la reafirma en su acto clínico? Y si la segunda opción resulta válida ¿qué condiciones epistémicas permiten establecer a Winnicott como psicoanalista, pese a las diferencias con Freud?

1. La terapia analítica en S. Freud

Cuando en 1895 Freud publica en colaboración con Breuer *Estudios sobre la histeria*, da comienzo a los inicios del movimiento psicoanalítico a partir de una nueva técnica que se abrió paso ante la enfermedad neurótica que se alejaba de la sugestión y de la hipnosis.

A partir de esta piedra fundacional, la cura por la palabra, la causalidad psíquica, el origen infantil de la sexualidad, las resistencias, etc., obligaron a lo largo de la historia de todo el movimiento psicoanalítico a definir su marco de intervención. En efecto, al mismo tiempo que se constituía como una disciplina inédita, también debía establecer sus principios a partir de un canon deontológico

que delimitara el quehacer del médico tratante, sus posibilidades y sus prohibiciones. Las nociones fundamentales para dicho propósito se asentaron en los principios de abstinencia y neutralidad. Ambas se configuran como el punto de partida del tratamiento, y como fundamento tanto de la técnica como de la ética del analista. Bajo estas columnas tiene lugar la interpretación como modo privilegiado de acceso a la naturaleza del inconsciente.

En “Sobre la iniciación al tratamiento” (1915), Freud plantea el análisis semejante al partido de ajedrez: solo los inicios y las salidas pueden estar altamente sistematizadas. 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 en la medida que no se puede anticipar qué va a suceder a lo largo de la cura, esto es, la manifestación de la transferencia, las asociaciones, las resistencias, etc. Estas son algunas de las razones que llevan a Freud a establecer sus coordenadas clínicas como consejo a los jóvenes practicantes:

Por otra parte, obro bien al presentarles como ‘consejos’ y no pretenderlas incondicionalmente de obligatorias. La extraordinaria diversidad de las constelaciones psíquicas intervinientes, la plasticidad de todos los procesos anímicos y la riqueza de los factores determinantes se oponen, por cierto, a una mecanización de la técnica (Freud, 1996d, p. 125).

Su intento es señalar la imposibilidad de ejercer el psicoanálisis desde una perspectiva automática, que tampoco implica que la cura quede 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, este tiene que ajustarse a una serie de principios que justifican su praxis. La cuestión de la neutralidad y la abstinencia definen la actitud profesional durante la cura, instaurando los cimientos de su acción. Por un lado, aparecen como herramientas idóneas al servicio de la interpretación y del tratamiento. Y por el otro, plantean los límites del maniobrar del analista. Ambas facetas, técnica y ética, no son dos cosas separadas, sino que se legitiman mutuamente.

Respecto de la neutralidad, Freud (1996c) la entiende en razón de los valores morales, religiosos y sociales. Y advierte la importancia de apartar la práctica clínica de la valoración moral. No se trata

de desentrañar en términos valorativos el quehacer de la vida del paciente, sino las satisfacciones pulsionales que en ella se realizan. Para ello apela a la figura distante del cirujano: “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” (p. 131).

Asimismo, la neutralidad se enlaza con la abstinencia, concepto que refiere al rechazo de las satisfacciones sustitutivas exigidas por el paciente. Freud (1996f) piensa en estos momentos en la expectativa de amor de sus pacientes histéricas. Esta manifestación es entendida como un efecto de la transferencia que se convierte en resistencia deteniendo el tratamiento. La cuestión de la abstinencia se encuentra así unida a las consideraciones de la cura: “Si su cortejo de amor fuera correspondido, sería un gran triunfo para la paciente y una total derrota para la cura” (p. 169). Aquí habla de lo advertido que debe estar el médico durante el tratamiento sobre el actuar de las pulsiones. Al convertirse en el motor de la transferencia, vehiculiza la resistencia del inconsciente que promueve a la repetición por sobre el recuerdo transformando a la transferencia en negativa que pasa del recordar al actuar. La operación analítica, retomando la figura del cirujano, involucra mediante la interpretación el abrirse paso a través del fenómeno de la transferencia amorosa resistencial como la vía de acceso al origen de la satisfacción pulsional que se pone en juego allí.

1.1. La interpretación

La interpretación se constituye como la herramienta idónea de la praxis. Al punto tal que es considerada 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 distinguir a la tarea freudiana por el arte de la interpretación. Laplanche & Pontalis (1996) la entienden 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. Esta explicación da cuenta de que la interpretación parte del analista con el propósito de poner en evidencia la realidad del inconsciente y su influjo en la subjetividad del analizante.

Sin embargo, la interpretación no pertenece exclusivamente a la tarea del analista. Esta ya

aparece ligada a una de las formaciones del inconsciente, como, por ejemplo, el sueño. 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. Tal como lo plantea Schejtman (2009) ya en el sueño hay interpretación mucho antes de la intervención de cualquier analista (Laplanche & Pontalis, 1996, p. 201).

Esta apreciación permite diferenciar dos tipos de interpretación:

- a) La del inconsciente, cuya función es enlazar la energía libre y que queda dentro de la característica económica del aparato psíquico y que conduce a la sobredeterminación de las representaciones y el síntoma.
- b) La analítica, que en oposición al anterior, no lo hace a favor de los enlaces de la energía sino en contraposición a ellos. De allí el verdadero sentido freudiano de “análisis” en tanto descomposición de las partes. La interpretación del contenido latente remite al desciframiento del deseo inconsciente que en ese sueño se escenifica de manera enigmática. Sin embargo, la interpretación no queda librada al azar, sino que 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, p. 90). Es decir, que se convierte en herramienta idónea, en la medida que se encuentre dentro del *setting* analítico y en relación con la transferencia, situando un marco al afán interpretativo. Precisamente fue lo que llevó a Freud a separar *interpretación analítica* de *interpretación salvaje*. Distinción que pone de nuevo el énfasis en la cuestión de la prudencia en la dirección de la cura¹.

Estas consideraciones sobre la interpretación han tenido compresiones diversas en el movimiento psicoanalítico posteriores a Freud. Según Roudinesco & Plon (2005): “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 matemas y nudos borromeos” (p. 539). En efecto, los diferentes modos de conceptualizarla e instrumentarla han llevado a grandes controversias entre las escuelas. Baste como ejemplo, el kleinismo y el lacanismo: mientras que para los primeros permite acercarse al sadismo originario del superyó; para los segundos debe seguir el ritmo del deslizamiento del significante. Estas consideraciones aun hoy en día siguen siendo motivo de debate y discusión.

1.2. La transferencia

La transferencia aparece como posibilitadora del análisis. Pero también se constituye como un obstáculo que atenta contra la continuidad del tratamiento. La actualización de la satisfacción pulsional y de las fantasías inconscientes que derivan de ella detiene las asociaciones. Freud dedica una serie de artículos, como “Consejos al médico” (1912), “Sobre la iniciación al tratamiento” (1913), “Recordar, repetir, reelaborar” (1914), para advertir cuáles son los caminos sinuosos en los que se sostiene el análisis, sus dificultades y desafíos.

La cuestión del objeto, su vertiente amorosa y pulsional son ineludibles en la dirección de la cura en la medida que da cuenta de la historia de cada sujeto en análisis, como de los recorridos pulsionales que en ella se satisfacen. A lo largo del tratamiento, el analista aparece como un objeto privilegiado por la transferencia a modo de sustitución. En su carácter resistencial señala la satisfacción de las pulsiones como repetición y el detenimiento de la cura.

En este sentido se pueden distinguir dos modalidades de la transferencia:

a) Como posibilidad del análisis: permite que el paciente se anoticie de las mociones reprimidas inconscientes que subsisten en él. Esta visión del concepto de transferencia la transforma en un proceso que estructura el conjunto de la cura según el prototipo de los conflictos infantiles y, conduce a Freud a establecer una concepción nueva que es la de *neurosis de transferencia*. La idea de una sustitución permite manifestar 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:

Le abrimos la transferencia como la palestra donde tiene permitido desplegarse con una libertad casi total, y donde se le ordena que escenifique para nosotros todo pulsionar patógeno que permanezca escondido en la vida anímica del analizado. Con tal que el paciente nos muestre al menos la solicitud de respetar las condiciones de existencia del tratamiento, conseguimos, casi siempre, dar a todos los síntomas de la enfermedad un nuevo significado transferencial, sustituir su neurosis ordinaria por una neurosis de transferencia (Freud, 1996f, p. 156).

b) Como obstáculo: expone de lleno el conflicto de la tensión entre realidad y realización. Lo que para él constituía el motor que avalaba las interpretaciones, resulta ahora “como la más fuerte resistencia al tratamiento” (Freud, 1996c, p. 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. 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. 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, p. 105).

La invitación legítima que hace es la de no temerle a la transferencia. En su carácter resistencial manifiesta la problemática de la pulsión y sus satisfacciones. Frente a este fenómeno se impone el marco analítico y la regla fundamental. En “Más allá del principio del placer” (1919) aparecerá de la mano de la compulsión a la repetición, expresando el carácter indestructible de la fantasía inconsciente.

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 & Wallbridge (1988), pronto se hicieron evidentes para el psicoanalista inglés, las limitaciones de la teoría freudiana en Inglaterra destinada a la atención de pacientes neuróticos de la alta y media burguesía² 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.

2. La clínica winnicottiana

Como bien lo señalan Davis & 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 todo, como la provisión de un ambiente apropiado, análogo al cuidado materno. Este detalle del amparo –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 & Wallbridge, 1988)³.

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 existenciaro 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:

Freud da por sentada la situación de maternalización precoz y mi argumento es que apareció en la provisión de un marco para su labor, casi sin que él se diese cuenta de lo que estaba haciendo. Freud pudo analizarse a sí mismo, en calidad de persona completa e independiente, y se interesó por las angustias propias de las relaciones” (Winnicott, 1979, p. 385).

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 aquellas.

Así, una de las diferencias más sustantivas entre la clínica de Freud y la de Winnicott radica en que, mientras el primero 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 estos no han sido lo suficientemente buenos. Esta elección, por llamarla así, obedecería al modo en que ambos entienden al hombre y sus avatares⁴.

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) 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 (p. 68).

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): “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” (p. 52). 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 (Phillips, 1997, p. 86):

“...pero la conciencia de que la base de lo que hacemos es el juego del paciente, una experiencia creadora que necesita tiempo y espacio, y que tiene para este una intensa realidad, nos ayuda a entender nuestra tarea” (Winnicott, 2007a, p. 75).

2.1. 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 propósitos consisten en dar cabida al verdadero *self*, en la medida en 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 (2007) 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” (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 solo 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”⁵.

Esta función tiene otra arista más aparte que la de brindar un marco confiable. Winnicott (2007a) 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 este 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: Al interpretar, el analista muestra cuánto y cuán poco puede recibir de la comunicación del paciente (p. 101).

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 Pelento:

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.

2.2. 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 paciente⁶.

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 terapéutica⁷, 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 ambiente 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 o 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: “El psicoanálisis no consiste tan solo en interpretar el inconsciente reprimido; consiste más bien en proporcionar un marco profesional a la confianza, en el cual esa interpretación pueda llevarse a cabo” (Winnicott, 2006a, p. 133).

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 solo 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 uso⁸.
- 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).

3. Conclusiones

En este trabajo se hizo un rastreo de las diferencias que relacionan a la clínica de Freud con la de Winnicott. El primero basa su clínica en las neurosis de transferencia, mientras que el segundo trabaja con perturbaciones acontecidas en etapas anteriores al complejo edípico. Ahora bien, si Winnicott propone un tipo de clínica que no pone exclusivamente el acento en el contenido inconsciente latente, ni ubica a la interpretación como lo nodal de todo análisis o al analista como cirujano; la pregunta que se desprende es: ¿puede considerarse a Winnicott dentro del movimiento psicoanalítico? Y, en caso de una respuesta afirmativa: ¿bajo qué condiciones?

Winnicott en el campo del psicoanálisis

El psicoanálisis aparece como un vasto campo en el que coexisten diferentes escuelas. De hecho, muchos analistas se denominan a sí mismos posfreudianos, lacanianos, kleinianos, etc. Si bien Winnicott no mostró pretensiones de fundar una escuela, sí tuvo discípulos que siguieron los recorridos clínicos que manifestó en su obra y ubicando su praxis bajo el signo del psicoanálisis. Ahora bien, cómo entender esta doble pretensión de, por un lado, tener perspectivas que no responden necesariamente al psicoanálisis propuesto por Freud y, al mismo

tiempo, considerar al ámbito clínico winnicottiano como un psicoanálisis.

Una forma de responder a esta pregunta es mediante una distinción artificial, que permita una organización del campo psicoanalítico en torno a dos variables que subyacen a su identidad. Estas son: a) pensar al psicoanálisis en relación con un *qué*; b) pensar al psicoanálisis en relación con un *cómo*. O, lo que es lo mismo, el psicoanálisis visto desde su *contenido* y desde su *método*.

La primera de ellas, el psicoanálisis en relación al *qué* (a), puede subdividirse en dos características: i) en relación con la cosmovisión; y ii) en relación con su doctrina. Esta clasificación vinculada a su contenido tiene destinos diversos.

Acerca de la cosmovisión, Freud se negó categóricamente a considerar el psicoanálisis como una totalidad cerrada como la filosofía. Esta intención es entendida por él como una cosmovisión (*weltanschauung*). En contraposición, el psicoanálisis se ubica más cerca de las ciencias de la naturaleza (*naturwissenschaft*) rechazando cualquier tipo de carácter metafísico: en su lectura de *Psicoanálisis y la teoría de la libido* (1923), Assoun precisa que teoría psicoanalítica se contrapone con disciplina filosófica en su intento de sistematización en la medida que este sistema aparece como clausurado, sin lugar a innovaciones y con un carácter que se sostiene en la búsqueda sobre el conocer de manera categórica y definitiva⁹.

El psicoanálisis no es un sistema como los filosóficos, que parten de algunos conceptos básicos definidos con precisión y procuran apresar con ellos el universo todo, tras lo cual ya no resta espacio para nuevos descubrimientos y mejores intelecciones. Más bien adhiere a los hechos de su campo de trabajo, procura resolver los problemas inmediatos de la observación, sigue tanteando en la experiencia, siempre inacabado y siempre dispuesto a corregir o variar sus doctrinas. Lo mismo que la física o la química, soporta que sus conceptos máximos no sean claros, que sus premisas sean provisionales, y espera del trabajo futuro su mejor precisión (Freud, 1996l, p. 249).

De acuerdo con esta lectura, el psicoanálisis se adscribe hacia el horizonte de la científicidad definiéndose a sí mismo como “ciencia de lo inconsciente”. La metapsicología sería su fundamento,

oponiéndose así “a disciplinas no científicas, es decir, filosóficas o literarias” (Assoun, 2005, p. 70).

En relación con la doctrina, esta puede entenderse como aquellos contenidos proposicionales o conceptos descriptores del psicoanálisis. Así, el psicoanálisis se edifica sobre lo inconsciente, lo pulsional, el carácter sexual de los síntomas neuróticos, etc. Desde esta perspectiva, cada escuela psicoanalítica se distingue por los modos de precisar dichos conceptos. Por ejemplo, mientras que para Freud el síntoma es la práctica sexual de los neuróticos, para Klein lo son las fijaciones pregenitales; mientras que Lacan lo entiende como una metáfora vinculada al significante. Estos diferentes modos de conceptualizar los fenómenos que se manifiestan en la clínica responden a la propuesta de Freud de considerar el psicoanálisis como una ciencia dispuesta a modificaciones y cambios que se concretiza en las diferentes escuelas que coexisten en el campo psicoanalítico. Cada escuela propone, más que una nueva forma de intervención, un modo de redefinir esas formas y a la vez, reorganiza la metapsicología en la que se sostiene. En esas redefiniciones, cada una de ellas se ha propuesto una lectura o “retorno” a Freud que señala la convicción en lo inconsciente, el fenómeno de la transferencia o la realidad del síntoma. Lo que ha cambiado, o en todo caso ampliado, es su definición. Tal vez una consecuencia desfavorable que se desliga del movimiento es el riesgo de una babelización que atenta contra el diálogo legítimo y necesario entre las diferentes escuelas psicoanalíticas.

Tomando ahora la perspectiva del método (b), el psicoanálisis aparece como un saber sobre los procesos inconscientes¹⁰. Esta idea puede encontrar un camino similar al que Heidegger realizó en torno al método fenomenológico, en la medida

que no designa un qué sino un cómo. Es decir, una perspectiva o modalidad de abordar los contenidos.

Esta modalidad que atraviesa el movimiento psicoanalítico es la constitución de un determinado campo de escucha que es el vínculo del sujeto frente a su propia verdad. De esta manera, Winnicott pertenece al campo psicoanalítico tanto como Freud, Lacan o Klein. Cada uno de ellos ha particularizado los contenidos de esa escucha. Mientras que para Freud se trata del conflicto pulsional o para Lacan lo real del goce; para Winnicott es sobre la problemática de la autenticidad y el vivir creador. Pese a estas diferencias, cada uno de ellos escucha las marcas subjetivas del discurso del paciente en la medida en que en toda producción humana hay huellas y marcas del sujeto. De allí que el método psicoanalítico consista en restituir la enunciación a partir de ese discurso. Si para Freud la clínica consiste en un nuevo reposicionamiento de lo pulsional y de la castración; Winnicott (2007a) halla su meta en el siguiente enunciado: “La expresión del yo soy, estoy vivo, soy yo mismo” (p. 83). Para él, esto significa la vivencia de la autenticidad y la experiencia creadora a la que toda praxis debe apuntar.

En última instancia, esta afirmación de que Winnicott pertenece al campo psicoanalítico se sostiene en que comparte con Freud la misma metodología, pero se distingue de acuerdo con sus contenidos. Es la diferencia sobre el *qué* por encima del sobre el *cómo*. En definitiva, Winnicott es metodológicamente psicoanalista; pero su clínica se sostiene sobre horizontes que no se definen exclusivamente por lo inconsciente. Las bases y los objetivos de todo tratamiento winnicottiano apunta a la problemática del *ser* y el *seguir siendo*; que constituye la base de toda la existencia y sus avatares.

Referencias

- Abadi, S. (2005). La idea de la cura en Winnicott. *Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana*, 14, 41-47.
- Abran, J. (1996). *The Language of Winnicott. Dictionary of Winnicott*. London: Kamac.
- Andafusso, A. & Indart, V. (2009). *¿De qué hablamos cuando hablamos de Winnicott?* Montevideo: Psicolibros.
- Assoun, L. (1982). *Freud: la filosofía y los filósofos*. Buenos Aires: Paidós.
- (2005). *Fundamentos del psicoanálisis*. Buenos Aires: Prometeo.
- Bareiro, J. (2012). *Clínica del uso de objeto: la posición del analista en la obra de D.W. Winnicott*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Bouhsira, J. & Durieux, M.C. (2004). *Winnicott insólito*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Coloma Andrews, J. (1999). El oficio en lo invisible (una paradoja psicoanalítica). En Outerial, J. & Abadi, S (eds.), *Donald Winnicott en América Latina: teoría y clínica psicoanalítica*. (pp. 16-45). Buenos Aires: Lumen.
- Davis, M. & Wallbridge, D. (1988). *Límite y espacio*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1996a). Estudios sobre la histeria. O.C. Tomo II. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1996b). Tres ensayos de la teoría sexual. O.C. Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1996c). Sobre la dinámica de la transferencia. O.C. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1996d). Sobre la iniciación al tratamiento. O.C. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1996e). Recordar, repetir y elaborar. O.C. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1996f). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. O.C. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1996j). Nuevos caminos de la terapia analítica. O.C. Tomo XVII. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1996k). Más allá del principio de placer. O.C. Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1996l). Dos artículos de enciclopedia. O.C. Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Martínez, H. (2007). *Donald Winnicott en el movimiento psicoanalítico*. Mar del Plata: EUEDEM.
- Nemirovsky, C. (2007). *Winnicott y Kohut: nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría*. Buenos Aires: Grama.
- 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*. 11, 187-197.
- Phillips, A. (1997). *Winnicott*. Buenos Aires: Lugar.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (2005). *Diccionario de Psicoanálisis*. Phillips, A. (1997). *Winnicott*, Buenos Aires: Paidós.
- Rodolfo, R. (2009). *Trabajos de la lectura, lecturas de la violencia*. Phillips, A. (1997). *Winnicott*, Buenos Aires: Paidós.
- Schejtman, F. (2009). *La trama del síntoma y del inconsciente*. Buenos Aires: Del bucle.
- Winnicott, D.W. (1979). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
- (2006a). *El hogar, nuestro punto de partida*. Buenos Aires: Paidós.
- (2006b). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Hormé.
- (2006c). *El niño y el mundo externo*. Buenos Aires: Hormé.
- (2006d). *Clínica psicoanalítica infantil*. Buenos Aires: Hormé.
- (2007a). *Realidad y Juego*. Buenos Aires: Gedisa.
- (2007b). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.

Notas

- ¹ Baste 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 inadmisiblemente puesto que procede de una ignorancia completa de la estructura psíquica del sujeto, de su resistencia de lo que reprime” (Roudinesco & Plon, 2005, p. 538).
- ² Excepto los trabajos de M. Klein en el abordaje de la psicosis
- ³ “Considero que solo 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 & Wallbridge, 1988, p. 39).
- ⁴ “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).
- ⁵ “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, p. 76).
- ⁶ Esta 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, p. 63).
- ⁷ “El hecho de cuidar-curar constituye una extensión del concepto de sostén” (Winnicott, 2006a, p. 138).
- ⁸ Cfr. Bareiro, J. (2012). *Clínica del objeto del uso de objeto: la posición del analista en la obra de D. W. Winnicott*. Buenos Aires: Letra Viva
- ⁹ “El sistema filosófico pretende ser conclusivo, de una vez por todas, de suerte que no deje ningún lugar para nuevos descubrimientos y puntos de vista mejorados. De ahí, su ideal de deducción absoluta: trátase de llegar a la inteligibilidad absoluta partiendo de ‘algunos conceptos fundamentales’ de los que todo se deduce rigurosamente. Ahora bien, esta imagen representa, precisamente, todo lo que el psicoanálisis no es” (Assoun, 1982, p. 51).
- ¹⁰ “Decir que el psicoanálisis se inscribe en el ideal *naturwissenschaftlich*, equivale a declarar que busca explicar (*erklären*) los fenómenos –y, progresivamente, llega a hacerlo– discerniendo en ellos los procesos que actúan, y deduciendo leyes a partir de esos procesos fenoménicos” (Assoun, 2005, p. 71).