

# Encuadre, salud e interpretación

## Reflexiones alrededor de conceptos de D. Winnicott

Carlos D. Nemirovsky

### Resumen

*Los pacientes que hoy vemos en nuestra consulta, que entre perplejos y angustiados, se perciben «vacíos», «extrañados», «transparentes», nos inducen a renovar los conceptos operativos, para lograr dar respuestas terapéuticas a sus angustias, a la vez que intentamos desarrollar las conceptualizaciones teóricas que dan cuenta de estos fenómenos, tan corrientes cuanto inefables.*

*Los escritos de D. Winnicott son especialmente pertinentes para esta tarea. Tomándolos como puntos de partida, me propongo pensar al encuadre y a la interpretación como tubos comunicantes, de acuerdo al nivel de salud mental alcanzada por el paciente. La utilización del encuadre como instrumento terapéutico es inversamente proporcional al nivel de la madurez psíquica ostentada por quien se encuentra en tratamiento: cuanto más tardía es la problemática (que abarca las neurosis, los trastornos que llamaremos profundos) más silencioso será, dejando que la interpretación ocupe el primer plano en el tratamiento. La función del encuadre, especialmente su constancia y permanencia, adquirirá una relevancia particular en el otro extremo de la serie psicopatológica, en las patologías de origen temprano (borderlines, psicosis, neurosis graves).*

### Introducción: el análisis en función de la psicopatología

«En la labor que estoy describiendo {con pacientes en cuya “historia personal precoz no hubo un cuidado infantil suficiente” ...de sus necesidades} el marco cobra mayor importancia que la interpretación»... D. Winnicott (1955-56)

Algunas experiencias con pacientes complejos —que algunos llaman graves o de difícil acceso, cada vez más frecuentes en nuestra práctica actual— me han llevado a profundizar en los puntos de vista de algunos autores (Ferenczi, Fairbairn,

Kohut, Green, Kernberg, McDougall, pero particularmente Winnicott) intentando un diálogo en orden a concebir una respuesta personal que me permita resolver algunos problemas teóricos, pero especialmente muchos interrogantes clínicos. El origen de estas interrogaciones, generadoras de búsquedas, nunca es simple; si bien parten de lo que va aportando el paciente, siempre enigmático, los analistas nos embarcamos, junto a él, con rumbo desconocido, cursando una travesía llena de entrecruzamientos de diferentes niveles, al modo de nuestras propias series complementarias: las historias personales, los modelos profesionales, las variables epocales, las ideológicas, las vicisitudes político-institucionales... que nos sugerirán maneras de percibir las transferencias y determinarán complejas contratransferencias directas e indirectas.

Necesitamos con cierta premura, conceptualizaciones que abarquen los nuevos fenómenos clínicos, propios de los pacientes que hoy asistimos. Tenemos que ir aprendiendo de nuestra clínica, que difiere de la de décadas pasadas, ajustando nuestros conceptos para poder pensar y operar con sujetos que —entre perplejos y angustiados— se perciben «alejados-de-todo», «irreales», «transparentes», «extrañados», «inexistentes», «vacíos». Necesitamos ensayar respuestas a sus angustias en nuestras prácticas, a la vez que ir perfeccionando conceptualizaciones teóricas con el fin de explicarnos fenómenos tan inefables y corrientes como los que encontramos hoy como motivos de consulta. Necesitamos «teorías clínicas», como lo plantea Wallerstein, R. (1988); «teorías de bajo nivel de abstracción» como se propone Kohut (1977) en su intento de definir el sinuoso concepto de *self*.

Acaso, ¿alguna de las metapsicologías conocidas resulta suficientemente abarcativa, para percibir nuestra clínica actual, sin forzar los observables (ni hacerle perder al fenómeno semiológico toda su riqueza) comprimiéndolos dentro de una horma estrecha?

La metapsicología va recogiendo, como punto

de partida, una psicopatología que como emergente de la cultura que la nutre, crece especialmente por los «bordes» de las categorías, de allí que en las fronteras entre psicosis y neurosis aparece el *borderline*, pero habrá pronto que diferenciarlo del esquizoide que a su vez deberá distinguirse de ciertas psicopatías, de las esquizofrenias ambulatorias y de las neurosis graves. Los aportes que el vivir impone a la estructuración de la psicopatología y las «nuevas miradas de los profesionales», van complejizando los listados de estados patológicos. Nuestros afanes clasificatorios son siempre insatisfactorios —y también siempre inalcanzables, como lo demuestran los diversos bienintencionados listados de los D.S.M, los C.I.E y de otros códigos taxonómicos— y no resultan capaces de abarcar a las tan diferentes expresiones propias de nuestra especie, nuestra subjetividad, que en las diversas acepciones de la cultura, expresan su malestar psíquico.

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

Podríamos aferrarnos a algunos razonamientos, que nos llevarían a pensar, que respecto de las formas que adquieren los encuentros con los pacientes ya se ha dicho todo, pero el trabajo artesanal del consultorio impide que nos instalemos en esa tranquilizante creencia. Y seguramente porque intuimos que para construir un puente que permita el tratamiento, debemos proceder de una manera más compleja de la aprendimos en nuestros institutos de formación psicoanalítica. Es en este sentido que la cita del acápito nos resulta significativa.

Winnicott polariza los términos encuadre/interpretación, cuando es habitual que en los trabajos clásicos<sup>1</sup> el encuadre habitualmente permanezca mudo, yaciendo con el objetivo de posibilitar el protagonismo de la interpretación como principal figura de la acción psicoanalítica. A partir de los tempranos cuestionamientos de Ferenczi (desde 1919 en adelante), que lo llevan al desarrollo de la técnica activa —y consecuentemente a su alejamiento de Freud— diferentes autores han aludido a estas difíciles situaciones, denominando a «su» paciente grave como «severamente traumatizado» (McDougall),

«irrepresentado» (Botella), «traumatizado» (H. Rosenfeld).

Propongo que pensemos al encuadre y a la interpretación como tubos comunicantes, que trabajan en función al nivel de salud mental alcanzada por el paciente: la importancia del encuadre, como instrumento terapéutico, es inversamente proporcional al nivel de la madurez psíquica ostentada de quien se encuentra en el tratamiento: cuanto más tardía es la problemática (y nos referimos aquí a la clínica de los trastornos profundos, las neurosis) más silencioso será, menos aparecerá como «material» a analizar, dejando que la interpretación ocupe el primer plano en el tratamiento.

La función del encuadre, especialmente su constancia y permanencia, adquirirá una relevancia particular en el otro extremo de la serie psicopatológica, en aquellas patologías que dependen ya no de trastornos profundos, sino que son derivadas de los trastornos de origen temprano (*borderlines*, psicosis, neurosis graves).

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

Así, cada perspectiva psicoanalítica construye «su bebé» que adquiere como apellido el de la escuela que le ha dado a luz. Estos bebés (freudiano, kleiniano, lacaniano, winnicottiano, etc.) no resultan gemelos; se parecen como hermanos, pero entiendo que presentan rasgos irreductibles al otro. Pine (1990) ha tratado de marcar convergencias y divergencias refiriéndose a las cuatro psicologías: la psicología de las pulsiones, la del Yo, la de las relaciones de objeto y la del *self*.<sup>2</sup>

En la concepción de «su» bebé, Winnicott (1957) diferencia los contenidos profundos de los más tempranos. Estos últimos, que no forman parte del *self*, posibilitan el inicio de la historia del sujeto: se trata de lo que el medio brindó en los primeros momentos de la vida extrauterina, en términos de sostén y presencia. Lo temprano cumple la función de una red o de un molde, por cuya presencia un contenido va adquiriendo forma. La relación temprano/profundo es isomórfica con la de texto/contexto o con la de continente/contenido. Poco a poco, aquello que más tarde devendrá profundo, se va instalando como contenido del *self*, derivando de la experiencia y configurándose como mundo interno. Operar con el concepto de «temprano» in mente implica reconocer que la dependencia (de



los objetos primarios, que deben ocuparse de las necesidades ambientales) es el eje protagónico central en los primeros momentos de la vida.

Como lo señala Freud en *Inhibición, Síntoma y Angustia* (1926): «La ausencia de la madre [desamparo, Hilflosigkeit] deviene ahora en peligro».

Es la consecuencia de la prematuración, que conlleva el peligro que Freud señala, a la que Winnicott retoma como «lo temprano», partiendo de la inicial indiferenciación sujeto/ambiente y requiriendo «acciones específicas» —en el lenguaje freudiano— del medio, para con las necesidades del bebé. Podríamos, sin temor a equivocarnos, equiparar esas necesidades —no derivadas de la pulsión sexual— que aparecen en el bebé winnicottiano con las pulsiones de autoconservación freudianas. Winnicott no sólo considera que el medio provee de alimentos y de una temperatura acogedora, sino también el sostén (*holding*) real y metafórico del bebé, la posibilidad de ser manejado por un semejante como acción específica y también la de disponer de objetos en su entorno.

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

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

## El marco y el proceso

«El comportamiento del analista, representado por lo que he llamado “el marco”, por ser suficiente en lo que hace a la adaptación a la necesidad, es percibido gradualmente por el paciente como algo que da pie a una esperanza de que el verdadero self pueda, por fin, correr los riesgos propios de empezar a experimentar la vida». D. Winnicott (1955-56)

Lo que he desarrollado precedentemente, hace referencia a los aspectos evolutivos de la teoría psicoanalítica, pero involucra también conceptos psicopatológicos y conceptualizaciones técnicas de ellos derivadas. Los tomaré como pre-texto para desarrollar una variedad de conceptos a fin de aclarar las ideas de Winnicott acerca del encuadre y de la actitud del profesional, destacando su utilidad en nuestra clínica actual.<sup>3</sup>

Me propongo analizar en detalle estas citas, de apariencia simple pero, fiel al estilo del autor, evocativas de conceptos complejos.

Debemos aclarar en primer lugar, la tan maltratada idea de la madre suficientemente buena (*good enough mother*), especialmente cuando se la toma como precepto moral o se deducen recomendaciones acerca de cómo debe ser la madre, o cuando se considera, a veces maliciosamente, que la madre debe ser bondadosa. Winnicott no hace de estas descripciones de la función madre una «recomendación». No intenta «aconsejar» acerca de cómo ser una buena madre, sólo describe, sistematizándolo de esta manera, el polo materno de la interacción madre-bebé.

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

Finalmente, tendrá condiciones suficientes para sobrevivir a los ataques del bebé. Hoy incluiríamos la resiliencia, definida como «la capacidad humana de enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad». (Zukerfeld, R., 2002)

La psicopatología clínica de Winnicott parte



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

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

1. **Neuróticos o personas completas:** Es el modelo de paciente sobre el que Freud teorizó. Sufren por conflictos en el nivel de las relaciones interpersonales (celos, rivalidad, culpa). Son capaces de diferenciar sujeto/objeto, yo/no yo. La defensa básica es la represión (habitualmente exitosa). Amor y odio están diferenciados, como consecuencia es posible una clara alianza terapéutica. En *Importancia del encuadre en el modo de tratar la regresión en psicoanálisis* (1964) Winnicott señala que en estos casos que llama «corrientes», «[...] uno saca provecho del trabajo realizado por los padres y en particular por la madre, en la niñez temprana y en la infancia del paciente».
2. **Depresivos:** Se trata del modelo de paciente sobre el que (esquemáticamente) M. Klein y los postkleinianos teorizaron. «Depresivo» no implica un diagnóstico psicopatológico, alude a la posición depresiva descrita por Klein. Son, para Winnicott, los pacientes que evolutivamente no pudieron superar la etapa de inquietud (concern) y viven en permanente dependencia, ya que no pudieron elaborar la culpa generada por las fantasías destructivas (si aman, destruyen) por lo que es necesario con ellos abordar especialmente los estados de ánimo. La defensa básica es en ellos: la represión fallida, la escisión, las identificaciones superficiales —no estructurales— como defensa. Clínicamente son esquizoides y los *borderlines* más cercanos a la neurosis y los melancólicos.
3. **Predepresivos:** Este es el modelo de paciente sobre el que Winnicott (también Ferenczi, Balint, Searles, y también Green y McDougall)

ha teorizado, aunque no exclusivamente. Estos pacientes no diferencian externo/interno, no hay noción de alteridad, tampoco espacio proyectivo. El tipo de transferencia posibilitará —si el desempeño correcto del analista lo permite— editar la función madre medioambiente. La transferencia es básicamente fusional en base a necesidades. Si el analista se porta bien se vivirán en el análisis las primeras fases del desarrollo. Clínicamente corresponde a los más graves *borderlines* y a psicóticos.

Nuestro autor, en varias oportunidades, llama conducción al tratamiento de estos pacientes, aunque en otros escritos (1964), habla de psicoanálisis.

Si todo marcha bien, estos pacientes se integran en el contacto con el analista, por la actitud analítica en el marco del tratamiento. Podrán usar, para crecer, los fracasos del analista, siempre que éste se adapte al paciente, que, ahora sí, podrá reaccionar con ira objetiva (que en estas circunstancias ocupará el lugar de la transferencia negativa).

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

En este mismo artículo se refiere a lo que él denominó «el encuadre clínico de Freud». Veamos como lo describe:

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

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

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

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

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

El analista (como es sabido) se abstiene de juzgar moralmente la relación, no se entremete con detalles de su vida e ideas personales y no toma partido en los sistemas persecutorios incluso cuando los mismos aparecen en forma de verdaderas situaciones compratidas, locales, políticas, etc. Naturalmente, que si hay guerra, se produce un terremoto o muere el rey, el analista se entera.

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

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

Es posible contar con la ausencia de una reacción del talión.

El analista sobrevive.

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

A estas situaciones se refiere extensamente

Bleger (1968) considerando al encuadre como depositario de los aspectos psicóticos o indiscriminados de la personalidad: habitualmente silenciosos, irrumpen cuando el marco se modifica.

Volviendo a las concepciones de Winnicott, subrayamos nuevamente que entonces, que el marco se establece, mantiene y respeta con la finalidad de posibilitar la confianza del paciente en el método y en el profesional que lo implementa.

Gracias a esta confiabilidad, el encuadre no resulta una cáscara vacía, ya que resulta de la actitud analítica —que Winnicott denomina el «portarse bien»— y otros elementos que están al servicio de la acción específica a la necesidad de cada paciente. Estos elementos son sumamente valiosos y cotizados a la hora de seleccionar un analista y no dependen de su «saber» o de su «inteligencia». Seguramente son más tenidos en cuenta los analistas con capacidad para conservar calma, con la posibilidad de comprender o de «empatizar» con el consultante, con disponibilidad para poner en marcha en el paciente un sistema reflexivo, ofreciendo sus pensamientos, como lo propone Green (1975), más los componentes paraverbales y preverbales de los mensajes, que actuando a su vez de marco de las palabras, permiten vehiculizar mensajes de reconocimiento, aseguramiento, reflejo, sostén y atención, tanto más significativos cuanto más temprano es el momento regresivo con el que nos encontramos. Así también lo informa Balint (1968), aludiendo al ámbito de la falta básica, pero también Bowlby, Stern, Emde, Levovici, y otros.

Retomando el concepto de las necesidades tempranas,<sup>4</sup> digamos que son diferenciadas claramente por Winnicott (1960) del accionar instintivo: «debe subrayarse —dice— que al referirme a la satisfacción de las necesidades del infante, no hablo de la satisfacción de instintos».

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

Nuestro autor, en 1955 señala que... «Con el paciente en estado de regresión la palabra deseo es incorrecta, en su lugar utilizamos la palabra necesidad».

Estas necesidades son propias de cada individuo, aunque recorren un circuito universal: ser adivinado por la madre (frío?, hambre?) ser sostenido «desde abajo» luego del nacimiento, reflejarse en los ojos de su madre, que le devuelven su ser, ser importante para sus padres

y otras muchas.

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

En el paciente adulto con trastornos tempranos, es excepcional que no nos veamos obligados a alterar algún parámetro del encuadre «tradicional» en algún momento del tratamiento. En oportunidades, ésto nos pasa desapercibido, es decir, no necesariamente el encuadre habla en voz muy alta: es sumamente útil observar(se) la conducta que tenemos como analistas: efectuamos pequeñas modificaciones: la iluminación en el consultorio que cambiamos para «tal» paciente; los minutos de más —o de menos— que damos de sesión; cambiamos, o por el contrario, nunca tocamos, ciertos objetos que se encuentran en el consultorio. el tono o la modulación de nuestra voz al dirigirnos al paciente; nuestra convicción de que no debemos interrumpir el discurso del paciente, porque una inquietud un tanto difusa nos encuentra pensando: «si lo interrumpo puede desmoronarse, no va a aguantar que intervenga, aunque sea importante lo que tengo para decirle». Agreguemos situaciones con las que fantaseamos con insistencia, que a veces, pero las menos, se concretan en necesarios hechos, como la de llamar a la familia, la pareja o al médico clínico del paciente; o la sensación que nos queda al final de la última (a veces la única!) sesión de la semana o previamente a las vacaciones, de incertidumbre frente a la separación que nos hace pensar (a veces decir) le dejo mi teléfono, o de otro colega, o un mail que tendré en mis vacaciones como yo he hecho, por si necesita ponerse en contacto conmigo... En fin, distintos hilos en orden a configurar una red contenedora. Por momentos nos acompaña la fantasía de medicarlo o directamente, proponerlo, especialmente si nos separamos de él por un tiempo.

## Salud: creatividad, subjetivo/objetivo

Con la evolución del psicoanálisis, el concepto freudiano de salud (amar y trabajar), va dando paso a diversos nuevos criterios en función de la perspectiva teórica desde la cual se sustenta

el desarrollo evolutivo y la organización del psiquismo: así, como para M. Klein la integración del mundo objetual y la elaboración de los duelos, la reparación y la gratitud son centrales, Winnicott propone en diversos trabajos, especialmente en el de 1967, *items* que podemos enumerar como: la capacidad para crear, el responsabilizarse de las faltas cometidas y el habitar su propio cuerpo con plenitud.

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

Lo original de esta última idea de alucinación es eso que el sujeto creó en el objeto, que allí estaba. Aparece lo más personal, lo más subjetivo y propio, entonces la (a)percepción del objeto será real: la relación con el objeto, para que este sea significativo, debe ser la relación con una alucinación. Sólo si alucinó al objeto, el sujeto tendrá la vivencia de su propia realidad. Esta paradoja que Winnicott nos plantea, exige que nuestra postura no sea la de condenar ni interrogar, respecto de si el objeto estaba allí o fue creado por quien necesitó hacerlo. Entonces, no se trata se una cuestión del «conocimiento de la realidad» (no está en juego el sentido de la realidad), sino que se trata de percibir que la vida vale la pena ser vivida porque yo hago a mis objetos, y los hago creando sobre aquellos que existen. Entonces, la vida valdrá la pena ser vivida si es desde lo personal, desde lo que el mundo que yo creo, significa para mi. Este concepto se opone al de «no vida» equivalente al

de «muerte en vida» de los pacientes esquizoides, obsesivos graves y algunos *borderlines* «como si» y no al de la muerte como culminación de los procesos vitales.

También Winnicott señala que la salud no es la ausencia de la enfermedad, así como que debe ser considerada siempre en relación a la madurez alcanzada, no sólo por la evolución libidinal, sino por la capacidad del yo capaz de contener las experiencias instintivas y los afectos y de diferenciar al sujeto del mundo externo.

Salud, reiteramos, implica una serie de vivencias como la de sentirse vivo y real, experimentar continuidad en la propia existencia, vivir en el propio cuerpo.

El mantenimiento de un estado saludable no podrá ser forzado, ni derivar de las negaciones de la posibilidad de sentirse irreal, poseído, de sentir que no soy, de caer para siempre, de carecer de orientación, de sentirse separado del cuerpo, de no ser nada, de no estar en ninguna parte. Resultará de la superación evolutiva, posibilitado por un medio adecuado, de estas situaciones universales.

## Algunas puntualizaciones acerca de la interpretación

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

Winnicott (1971) alerta acerca de la interpretación formulada sin considerar la madurez alcanzada por el paciente: la interpretación debe respetar el nivel evolutivo teniendo en cuenta el grado de regresión de ese momento del tratamiento. Si se formula cuando el paciente carece de capacidad de jugar, podemos provocar en el mejor de los casos, confusión y en el peor, acatamiento o adoctrinamiento.

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

...sólo en los últimos años me fue posible esperar y seguir esperando la evolución natural de la transferencia que proviene de la creciente confianza del paciente en la técnica y marco psicoanalíticos y evitar la ruptura de ese proceso natural con

interpretaciones...me aterra pensar cuantos profundos cambios impedí o demoré en pacientes de cierta categoría de clasificación [se refiere a *borderlines*, esquizoides, pacientes graves] debido a mi necesidad personal de interpretar. Si sabemos esperar, el paciente llega a una comprensión en forma creadora y con inmenso júbilo y ahora disfruto de ese alborozo más de lo que solía gozar con el sentimiento de haber sido penetrante. «En pacientes con limitada capacidad para la identificación introyectiva o proyectiva... las interpretaciones (serán) verbalizadoras de experiencias, en el presente inmediato de la consulta y en este caso no rige con exactitud el concepto de la interpretación como verbalizadora de la conciencia naciente».

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

Veamos como procede, con un paciente grave, un analista de experiencia como era H. Rosenfeld (1979). Él nos trasmite algunas conclusiones luego de afrontar una situación de impasse (creado por una transferencia delirante que no hallaba respuesta) de esta manera: «[...]el analista debiera interpretar sólo muy poco y escuchar cuidadosamente las quejas del paciente [...] es particularmente importante evitar las interpretaciones de proyección o de identificación proyectiva en la transferencia aún cuando ésto sea totalmente evidente en el material del paciente [...] el analista podrá preguntar y clarificar» (no interpretar)... «[...] ocasionalmente el paciente quiere sentarse y hablar cara a cara al analista, yo tiendo a pensar que en una psicosis de transferencia aguda y duradera esto es incluso aconsejable». Rosenfeld sugiere actitudes técnicas, por las que la utilización de la interpretación queda en un segundo plano, mientras el analista trata de dar cuenta de necesidades (como lo hiciera Etchegoyen en el ejemplo que veremos) que se descongelan en esta oportunidad. Las necesidades del paciente no pueden quedar de lado en aras de «interpretaciones profundas». Como dice Rosenfeld «el paciente critica y acusa al analista de no comprender lo que está ocurriendo», y seguramente el paciente tiene razón. Es la manera de formular sus reclamos basados en necesidades que, en la medida que encuentran una actitud analítica confiable,

pugnan por emerger, intentando que (¡esta vez sí!) van a poder obtener la respuesta buscada. A una conclusión similar llegan Grimberg y Rodríguez Pérez (1987) y Wolf (1989).

He tomado este ejemplo, ya que me resulta hartamente ilustrativo de la situación compleja que deriva de la interpretación inadecuada o a destiempo. La interpretación, podría decir Winnicott, no deja de ser un *squiggle*, (garabato) que requiere que sea construida con la participación de ambos protagonistas.

## Un ejercicio clínico y algunas conclusiones finales

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

«Hay dos formas de entender el encuadre: como un hecho conductual o como actitud mental.» Naturalmente, deja de lado la cuestión «ritual» de la conducta y propone que el encuadre resulta sustancialmente de una actitud mental del analista. Estos conceptos son vívidamente ilustrados. En un ejemplo nos cuenta:

Recuerdo a una mujer luego de una intervención ortopédica que le dificultaba notoriamente caminar y recostarse. En el posoperatorio inmediato me habló para preguntarme si yo consentiría en agregar algunos almohadones a mi diván para que ella pudiera venir. La alternativa era perder un número importante de sesiones, lo que a ella no le gustaría. Parecía muy dispuesta a aceptar lo que yo dispusiera. Le repuse de inmediato que pondría el consultorio en las condiciones necesarias y ella vino al día siguiente acompañada por una enfermera. La encontré en la sala de espera del brazo de esta mujer y yo mismo la conduje al consultorio y la ayudé a acomodarse en el diván. Preferí llevarla del brazo yo mismo al consultorio a pesar del contacto físico que ello suponía, antes que delegarlo en la enfermera, lo que no era muy sintónico con mi *setting*, ya que nunca ingresó otra persona a mi consultorio analítico.

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

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

Hipotetizando, con ánimo de discutir estos

conceptos y aclarar diferentes puntos de vista, me planteo que probablemente el analista percibió<sup>5</sup> necesidades de la paciente y al hacerlo, facilitó o propició que de ese modo, pudieran desplegarse en el análisis. Estas necesidades, desde mi parecer, poseen las características que hemos descripto relacionadas con la problemática temprana: sostén real y metafórico (*holding*), manipuleo corporal (*handling*) y seguramente todas aquellas necesidades que coexisten, mudas, en todo contacto humano. (Winnicott diría que esperan congeladas el momento de ponerse en juego en la medida que hallen un ámbito confiable).

Ese ámbito, seguramente gatillado a partir de la conmoción emocional del analista por la situación particular de la paciente, lo muestra disponible, sensible, vulnerable, condiciones de la figura que Winnicott crea (para hablar de lo que Hartmann denomina «respuesta esperada promedio» del medio): la madre suficientemente buena.

Estos gestos, de «sentido común», inocentes, encierran el sentido de permitir establecer un contacto humano que hace posible la comunicación. No me refiero a los aspectos físicos del contacto, sino a toda relación que permita un acercamiento confiado entre dos personas. Un vínculo asimétrico como es el vínculo analítico, permitirá la recreación (o, lo más probable, la creación) de un ambiente que hará posible volver sobre aquellas marcas derivadas de tempranas fallas que llevaron a la retracción, en donde debió haber contacto.

La actitud de un analista experimentado, reproduce aquel medio que recrea Winnicott con uno de los pacientes que menciona en *Realidad y Juego* (1971), el del ambiente metaforizado como el aceite en el cual trabajan los engranajes, o aquella idea que tan bien transmite Kohut (1979) cuando describe el ambiente del infante humano, tan necesario, como el oxígeno para la respiración.

Estos objetos «ambientales» (madre medio ambiente, diferente de la madre objeto de la pulsión, que tanto insiste Winnicott) adecuados para facilitar el desarrollo del bebé, forman parte de la transferencia positiva de las descripciones clínicas freudianas y va de suyo que son parte de las historias de vida de los pacientes que Freud analiza, o quizá debiéramos decir, del material psíquico que Freud analiza en ellos, aunque excepcionalmente los encontremos descriptos en los informes de los casos, tanto del fundador del psicoanálisis como de autores posteriores.

Quisiera recordar ahora una reflexión de J. Puget (1991) «[...] mientras que la teoría de la transferencia «clásica» presupone que todo es





trasferible, no todo es transferible en cualquier encuadre [...] no hay posibilidad de desplegar la transferencia porque el encuadre no es el adecuado».

En *Nuevas observaciones sobre la teoría de la relación parento-filial* (1961) dice Winnicott:

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

Mitchell, S. (1997) muy bien sintetizado por A. Liberman, expone las razones que históricamente llevaron al desconocimiento de la interacción en la práctica psicoanalítica y los cambios que han permitido su reconocimiento: para él, la tradicional teoría de la técnica, con su énfasis en el analista neutral, objetivo y distante, parece designada para desmentir, a través del mandato, la complejidad de la participación del analista. La ilusión que configura esta actitud es pensar que ella no tiene consecuencias en el paciente y en el tratamiento. El psicoanálisis tradicional, declarando la situación analítica como campo de una persona, vuelve esto invisible.

Estas situaciones clínicas, como tantas otras que podemos evocar en nuestros propios anecdotarios, hacen lícita la conclusión de Bleichmar, N. y otros (2001) en la que los tratamientos psicoanalíticos no se ocupan de la curación de enfermedades, sino de favorecer el crecimiento mental del individuo, crecimiento que lleva implícito el cambio en la

estructura de su personalidad.



**Carlos D. Nemirovsky**  
Virrey Loreto 1799, piso 3  
1426 - Buenos Aires, Argentina  
telfax.: 5411-4787-1816  
carlosnemi@fibertel.com.ar  
cnemirovsky@janssen.com.ar

## Notas

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

2. Gedo, J y Goldberg (1973) también proponen diferentes modelos o teorías adecuadas a cada paciente o a diferentes momentos del paciente: así, el modelo de la primera tópica freudiana, es especialmente útil para abordar actos fallidos y ciertos síntomas neuróticos aislados. El modelo tripartito del Yo y el Ello explica mejor los fenómenos provocados por conflictos yoicos y superyoicos inconscientes, así como los trastornos de carácter, los sueños disfóricos y algunos problemas superyoicos. Si se pretende explicar la psicosis, los trastornos narcisistas de la personalidad y otras perturbaciones de la psique primitiva mediante el uso de alguno de estos modelos, debe ponerse el acento en la fallas de estructura o en su ausencia...

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

4. Respecto al concepto de «necesidad», más allá del uso freudiano del concepto siempre vinculado al desamparo (*hilflosigkeit*) me interesa subrayar aquí la perspectiva clínica de J. McDougall (1987): «La búsqueda del otro no tiene tanto que ver con el deseo como con la economía psíquica de la necesidad sobre la que se asienta la conducta adictiva y las organizaciones de sexualidad perversa, en las que la sexualidad se utiliza como una droga».

Unos años antes (1982) había afirmado: «Narciso desempeña un papel más importante que el Edipo, en cuanto a la dilucidación de las perturbaciones más profundas de la psiquis humana; la supervivencia ocupa un lugar más fundamental en el inconsciente que el conflicto edípico, hasta el punto que para algunos la problemática del deseo incluso puede aparecer como un lujo.»

5. Con «percibir» me refiero a una compleja operación.





Recordemos como Carlo Ginzburg (1989) plantea el paradigma indiciario. Seguramente acordaremos que es el método por excelencia de captación del objeto psicológico, original y singular.

## Bibliografía

- BALINT, M. (1968). *The basic fault: Therapeutic aspect of regression*. London: Tavistock Publications.
- BLEGER, J. (1967). *Simbiosis y ambigüedad. Estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- BLEICHMAR, N. Y OTROS (2001). *Perspectivas del Psicoanálisis*. (2001) México: Paidós.
- ETCHEGOYEN, H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- FERENCZI, S. (1967). *Teoría y técnica del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- DAVIS, M. Y WALLBRIDGE, D. (1981). *Límite y espacio*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988.
- GEDO, J. Y GOLDBERG, A. (1973). *Modelos de la mente*, Amorrortu, 1980
- GINZBURG, C. (1989). «Morelli, Freud y Sherlock Holmes: indicios y método científico» en *El signo de los tres*; Barcelona: Edit. Lumen.
- GREEN, A. (1975). *El analista, la simbolización y la ausencia en el marco Psicoanalítico. De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1994.
- GRIMBERG, L. Y RODRÍGUEZ PEREZ, S. (1987). *Sobre algunos aspectos del análisis de una paciente borderline*. Ficha Apdeba.
- KOHUT, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: Int. Univ. Press
- LERNER, H. Y NEMIROVSKY, C. (1989). *Personalidad borderline: Déficit estructural y problemas clínicos*. XI Simposio y Congreso Interno de Apdeba.
- (1995). *Reflexiones acerca del encuadre*. XVI Simposio y Congreso Interno de Apdeba.
- MITCHELL, S. (1997). *Influence and Autonomy in Psychoanalysis* (1997). The Analytic Press: Hillsdale, NJ. Reseñado por A. LIBERMAN en la *Revista de Psicoanálisis Aperturas*, [www.aperturas.org](http://www.aperturas.org), n. 9.
- (2000). *Relationality: -From Attachment to Intersubjectivity*, The Analytic Press, NJ.
- NEMIROVSKY, C. (1999). «Edición-reedición: reflexiones a partir de los aportes de D. W. Winnicott a la comprensión y tratamiento de las psicosis y otras patologías graves». *Revista de Psicoanálisis Aperturas*, en [www.aperturas.org](http://www.aperturas.org), número 3, noviembre de 1999.
- PAINCEIRA, A. (1997). *Clinica Psicoanalítica*. Buenos Aires: Ed. Lumen.
- PINE, F. (1990). *Drive, Ego, Object, and Self: A Synthesis for Clinical Work*. New York: Basic Books.
- PUGET, J. (1991). *Entrevistando a psicoanalistas. Reportaje del Dr. Miguel Spivacow*. Psicoanálisis, Vol. XIII, núm. 2.
- ROSENFELD, H. (1965). *Psychotes states*. New York: Int. University Press.
- WALLERSTEIN, R. (1988). *One Psychoanalysis or many?* Int. J. of Psycho. Vol. 69.
- WINNICOTT, D. (1954). *Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
- (1955-56). *Varietades clínicas de la transferencia*. Libro citado, pág. 399-404.
- (1957). *Sobre la contribución al psicoanálisis de la observación directa del niño. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1993.
- (1960). *La teoría de la relación progenitores e infante. Los Procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.
- (1961). *Nuevas observaciones sobre la teoría de la relación parento-filial (1961) Exploraciones Psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós, 1989.
- (1964). *Importancia del encuadre en el modo de tratar la regresión en psicoanálisis. Exploraciones Psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós, 1989.
- (1967). *El concepto de individuo sano. El hogar como punto de partida*. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- (1971). *Realidad y Juego*. Buenos Aires: Ed. Granica.
- WOLF, E. (1989). *Comentarios sobre el proceso terapéutico en psicoanálisis*. Psicoanálisis, Vol. XI, n. 1.
- ZUKERFELD, R. (2002). *Psicoanálisis, vulnerabilidad somática y resiliencia*. Ponencia. IV Congreso Argentino de Psicoanálisis, Rosario, mayo 2002.

