

Donald Winnicott
Obras Completas

P S I K O L I B R O

[John Bowlby II. Debate sobre la aflicción duelo en la infancia](#)

[John Bowlby. Reseña de "Maternal care and mental health"](#)

[Breve comunicación sobre la enuresis](#)

[Reseña de "The Cambridge evacuation survey: a wartime study in social welfare and education"](#)

[El desarrollo de la capacidad de preocuparse por el otro](#)

[Un caso en psiquiatría infantil que ilustra la reacción tardía ante la pérdida](#)

[Reseña de "Childhood and society"](#)

[Autismo, observaciones clínicas](#)

[Comentarios al "Informe del Comité sobre los castigos en cárceles y correccionales \[Borstals\]"](#)

[Comentario sobre la neurosis obsesiva y "Frankie", 1965](#)

[El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia, 1965](#)

[De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo](#)

[La clasificación: ¿hay una contribución psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica?](#)

[Consejos a los padres](#)

[Consultas en el departamento infantil](#)

[La disociación revelada en una consulta terapéutica](#)

[El valor de la consulta terapéutica](#)

[La contribución de la madre a la sociedad](#)

[Crecimiento y desarrollo en la inmadurez](#)

[La cuerda: una técnica de comunicación](#)

[El cuidado hospitalario que complementa la psicoterapia intensiva en la adolescencia](#)

[De boca de los adolescentes](#)

[El desarrollo de la capacidad para la inquietud, 1963](#)

[Deducciones extraídas de una entrevista psicoterapéutica con una adolescente](#)

[Ideas y definiciones, 1950](#)

[Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso, 1960](#)

[La defensa maniaca](#)

[La delincuencia juvenil como signo de esperanza](#)

[El delincuente y el transgresor habitual](#)

[Desarrollo emocional primitivo](#)

[La formación en psiquiatría infantil: el departamento pediátrico de la psicología](#)

[Necesidades ambientales; primeras etapas; dependencia total e independencia esencial](#)

[El valor de la depresión](#)

[La madre deprivada](#)

[La posición depresiva en el desarrollo emocional normal](#)

[Influencia del desarrollo emocional en los problemas alimentarios](#)

[El desarrollo del sentido de lo correcto y lo incorrecto en el niño, 1962](#)

[Desilusión temprana, 1939](#)

[El destino del objeto transicional, 1959](#)

[Dorothy Burlingham. Reseña de "A study of three pairs of identical twins"](#)

[Dos niños adoptados](#)

[Educación sexual en las escuelas](#)

[Diagnóstico educacional](#)

[Introducción Educación para la salud a través de charlas radiales](#)

[El efecto de los padres psicóticos sobre el desarrollo emocional del niño](#)

[Los efectos de la enfermedad depresiva en ambos progenitores o en uno de ellos](#)

[Efectos de la pérdida en los niños](#)

[El efecto de la psicosis en la vida familiar](#)

[Ejemplo clínico de la sintomatología posterior al nacimiento de un hermano](#)

[El comunicarse y el no comunicarse que conducen a un estudio de ciertos opuestos](#)

[Terapia física del trastorno mental: la terapia convulsiva \(electroshock\)](#)

[El impulso a robar](#)

[El maestro, los padres y el médico](#)

[Sobre los elementos masculino y femenino escindidos, 1966](#)
[El niño de cinco años](#)
[El regreso al hogar](#)
[Los casos de enfermedad mental, 1963](#)
[El enfermo mental entre los casos del asistente social](#)
[Psiconeurosis en la niñez, 1961](#)
[Nuevos esclarecimientos sobre el pensar de los niños, 1965](#)
[La capacidad para estar a solas](#)
[La ética y la educación](#)
[Evacuación de niños pequeños](#)
[Apéndice a "la localización de la experiencia cultural", 1967](#)
[Factores de integración y desorganización en la vida familiar](#)
[La etiología de la esquizofrenia infantil en términos de la falla adaptativa](#)
[Enfoque clínico de los problemas familiares: la familia](#)
[Psicogénesis de una fantasía de ser pegado, 1958](#)
[La asociación para la psicología y la psiquiatría infantil como fenómeno grupal](#)
[Los fines del tratamiento psicoanalítico](#)
[Formulación teórica del campo de la psiquiatría infantil](#)
[Fragmentos concernientes a algunas variedades de confusión clínica, 1956](#)
[El niño en el grupo familiar](#)
[La distorsión del yo en hermanos de self verdadero y falso](#)
[Higiene mental del preescolar](#)
[Importancia del encuadre en el modo de tratar la regresión en psicoanálisis, 1964](#)
[Las influencias grupales y el niño inadaptado: el aspecto escolar](#)
[El concepto de individuo sano](#)
[Introducción primaria a la realidad externa: las primeras etapas](#)
[Aprendizaje infantil](#)
[Sobre ejercer y sufrir las influencias](#)
[La dependencia en el cuidado del infante y del niño, y en el encuadre psicoanalítico](#)
[Inmadurez adolescente](#)
[La integración del yo en el desarrollo del niño](#)
[La asistencia en internados como terapia](#)
[Ernest Jones - nota necrológica](#)
[El juego en la situación analítica](#)
[¿Por qué juegan los niños?](#)
[Un modo personal de ver el aporte kleiniano](#)
[La lactancia natural](#)
[La contratransferencia](#)
[La cura](#)
[La adolescencia](#)
[La familia y la madurez emocional](#)
[La formación en psiquiatría infantil](#)
[La agresión](#)
[La pareja madre-lactante](#)
[La píldora y la luna](#)
[La psicología de la locura: una contribución psicoanalítica, 1965](#)
[Libertad](#)
[Terapia física del trastorno mental: lobotomía](#)
[Luchando por superar la fase de desaliento malhumorado](#)
[El lugar de la monarquía](#)
[La madre de devoción corriente, 1966](#)
[Manejo residencial como tratamiento para niños difíciles](#)
[Michael Balint](#)

[Reseña de "Memories, dreams, reflections"](#)
[Necesidades de los niños menores de cinco años en una sociedad cambiante](#)
[Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico](#)
[Marion Milner - Nota crítica sobre "On not I eing able to paint"](#)
[Melanie Klein - sobre su concepto de envidia](#)
[La mente y su relación con el psiquesoma](#)
[Nada en el centro, 1959](#)
[Hacia un estudio objetivo de la naturaleza humana](#)
[Necesidades ambientales; primeras etapas; dependencia total e independencia esencial](#)
[La negativa de los niños a dormirse](#)
[Sobre la neurosis cardíaca en los niños](#)
[Los niños en la guerra](#)
[El niño evacuado](#)
[Los niños y sus madres](#)
[La juventud no dormirá](#)
[Nota sobre la normalidad y la angustia](#)
[La persecución que no fue tal](#)
[Notas sobre un niño pequeño](#)
[Notas sobre el factor tiempo en el tratamiento](#)
[Nota sobre la relación entre la madre y el feto, 1960](#)
[Nota sobre un caso vinculado a la envidia , 1963](#)
[La observación de niños en una situación fija](#)
[Obstáculos en la adopción](#)
[El odio en la contratransferencia](#)
[Para padrastros, 1955](#)
[Las necesidades del niño y el papel de la madre en las primeras etapas](#)
[Nuevas observaciones sobre la teoría de la relación parento-filial, 1961](#)
[Pediatría y neurosis infantil](#)
[Pediatría y psiquiatría](#)
[Peligros de la adopción](#)
[Peligros de la adopción](#)
[El pensamiento y el inconsciente](#)
[Perturbaciones físicas y emocionales en una adolescente](#)
[Virginia Axline](#)
[El precio de desentenderse de la investigación psicoanalítica](#)
[Preocupación maternal primaria](#)
[El primer año de vida](#)
[El trastorno psiquiátrico en los términos de los procesos infantiles de maduración](#)
[¿Las escuelas progresivas dan demasiada libertad al niño?](#)
[La contribución del psicoanálisis a la obstetricia](#)
[Psiconeurosis oculares de la infancia](#)
[Las psicosis y el cuidado de niños](#)
[Psiquiatría infantil, el cuerpo tal como lo afectan los factores psicológicos](#)
[Psicología de la separación](#)
[El psicoanálisis y el sentimiento de culpabilidad](#)
[¿Qué es lo que fastidia?, 1960](#)
[Las raíces de la agresión](#)
[Los recuerdos del nacimiento, el trauma del nacimiento y la angustia](#)
[El recién nacido y su madre, 1964](#)
[Algunas reflexiones sobre el significado de la palabra "democracia"](#)
[El concepto de regresión clínica comparado con el de organización defensiva, 1967](#)
[Reparación con respecto a la organización antidepresiva de la madre](#)
[Replegamiento y Regresión](#)

[Notas sobre el repliegue y la regresión, 1965](#)

[Reseña de libro sobre el autismo](#)

[Reseña de libro sobre el autismo](#)

[Reseña de libro sobre el autismo](#)

[El retorno del niño evacuado](#)

[Saber y aprender, 1950](#)

[La provisión para el niño en la salud y en la crisis](#)

[Comentario acerca de "Sobre el concepto de superyo"](#)

[Reseña de "The non-human environment in normal development and in schizophrenia"](#)

[El concepto de falso self](#)

["Sí, pero... ¿cómo sabemos que es cierto?"](#)

[Susan Isaacs](#)

[Sobre la seguridad](#)

[Sobre la contribución al psicoanálisis de la observación directa del niño](#)

[La teoría de la relación entre progenitores-infante](#)

[La timidez y los trastornos nerviosos en los niños](#)

[Terapia ocupacional](#)

[La psicoterapia de los trastornos del carácter](#)

[La tolerancia de síntomas en pediatría](#)

[La urticaria papulosa y la dinámica de la sensación de la piel](#)

[Dos notas sobre el uso del silencio, 1963](#)

[Variedades clínicas de la transferencia](#)

[Variedades de psicoterapia](#)

[Vivir creativamente](#)

[W. R. D. Fairbairn](#)

Biblioteca D. Winnicott

Este fragmento de un análisis se ofrece como ejemplo de la posición depresiva tal como aparece en el curso de un análisis.

El paciente es un hombre de treinta años, casado y con dos hijas. Estuvo en análisis conmigo durante la guerra, pero por las circunstancias de esta última ese período de análisis debió interrumpirse tan pronto estuvo lo bastante bien, desde el punto de vista clínico, como para trabajar. En esta primera etapa vino en un estado de depresión con fuertes tintes homosexuales, aunque sin homosexualidad manifiesta. Se hallaba obnubilado y en un estado de irrealidad. No adquirió mucho insight pero mejoró clínicamente como para realizar su trabajo de guerra. Tenía un cerebro muy bueno y esto le permitía barajar conceptos y filosofar; y en general, cuando trababa alguna conversación seria, era considerado un hombre interesante y con ideas.

Siguió la profesión de su padre pero no lo satisfacía y pronto pasó a estudiar medicina, con lo cual probablemente pudo retener (de manera inconsciente) su uso de mí como figura paterna que desplazó a su padre real, quien había muerto.

Contrajo matrimonio, y al hacerlo brindó a una chica que lo necesitaba una oportunidad de hacer terapia a través de la dependencia. Tenía la esperanza (inconsciente) de sentar las bases en su matrimonio de una terapia mediante dependencia para sí mismo, pero (como suele suceder) cuando a su vez reclamó de su esposa una especial tolerancia hacia él, no la obtuvo. Por fortuna, ella se rehusó a ser su terapeuta, y fue en parte el reconocimiento de este hecho el que lo llevó a una nueva fase de su enfermedad. Tuvo un derrumbe psíquico mientras trabajaba (como médico en un hospital), y resolvió internarse por su propia voluntad en una institución a raíz de que tenía sentimientos de irrealidad y, en general, se sentía incapaz de hacer frente a su trabajo y a su vida.

En ese momento no advirtió que lo que estaba buscando era a su analista anterior, ni de que era incapaz de solicitar siquiera el análisis -aunque, como se vio luego, esto era justamente lo que estaba haciendo, y ninguna otra cosa tenía valor para él-.

Transcurrido un mes del nuevo análisis, pudo retomar su trabajo como médico en el hospital.

A la sazón era un caso esquizoide. Su hermana había padecido una enfermedad esquizofrénica tratada mediante psicoanálisis (con un éxito considerable). El acudió al análisis diciendo que no era capaz de hablar libremente, que no sabía charlar de cualquier cosa ni tenía capacidad

imaginativa o para jugar, ni tampoco podía tener un gesto espontáneo o excitarse.

Al principio, puede decirse que vino al análisis y habló. Su lenguaje era premeditado y retórico. Gradualmente se puso en claro que lo que hacía era escuchar conversaciones interiores y contarme algunas partes, las que pensaba que podían interesarme. Con el tiempo, podría decirse que se trajo a sí mismo al análisis y habló de sí mismo, como una madre o un padre puede venir con su hijo y hablarme de él. En estas primeras etapas (que se prolongaron durante seis meses) no tuve oportunidad alguna de mantener con el niño (con él) ninguna conversación directa.

En otro lugar he descrito la evolución de esta etapa del análisis.

Siguiendo un derrotero muy particular, el análisis cambió de carácter y pude tratar directamente con el niño, que era el paciente.

Esta etapa tuvo un final bien definido, y el propio paciente dijo que ahora veía él al tratamiento y que por primera vez tenía esperanzas. Era más consciente que nunca de su falta de espontaneidad y de su imposibilidad de entusiasmarse. Poco era lo que podía achacarle a su esposa, quien había encontrado en él a un compañero monótono y falto de vida, salvo cuando entablaba alguna discusión sobre un tema que algún otro había planteado. Su potencia estaba incólume pero no podía hacer el amor y, en general, el sexo no le interesaba. Había tenido una hija, y después tuvo otra.

En esta nueva fase, el material fue produciendo gradualmente una neurosis de transferencia de tipo clásico. Sobrevino un breve período que llevó sin duda a la excitación, de carácter oral. Esta excitación no fue experimentada, pero condujo al trabajo que se expone en detalle en las notas que siguen. Las notas de este caso se refieren al trabajo realizado entre el entusiasmo que apareció en la transferencia, pero que no fue sentido, y la experiencia del entusiasmo.

El primer signo del nuevo proceso fue comunicado por el paciente como un sentimiento, totalmente nuevo, de amor por su hija, del cual se percató volviendo del cine, donde efectivamente había llorado. Esa semana lloró dos veces, y para él éste era un buen presagio, ya que hasta entonces había sido incapaz de llorar o de reír, así como había sido incapaz de amar.

Por imperio de las circunstancias este hombre sólo pudo concurrir tres veces por semana, pero lo permití porque el análisis obviamente andaba bien e incluso con rapidez.

Biblioteca D. Winnicott

Jueves 27 de enero

Paciente: El paciente dijo que no tenía mucho que contar, salvo que había tenido tos. Probablemente se trataba de un resfrío común. Sin embargo, se le ocurrió pensar en una tuberculosis, y le anduvo dando vueltas en la cabeza el uso que podía hacer de eso si resultase que tenía que ir a un hospital. Podría decirle a su esposa: "Aquí me tienes, ahora...".

Analista: Había varias interpretaciones posibles en este punto, y elegí la siguiente: le dije que lo que pasaba por alto era la relación de esa enfermedad con el análisis; me refería a la interrupción que iba a significar en el tratamiento. Le dije que no estaba del todo seguro de que esta elaboración, bastante superficial, de las consecuencias fuese la parte más importante de la angustia. Al mismo tiempo me ocupé del aspecto real y le dije que iba a dejarlo en sus manos. Él era consciente de que quería que yo me ocupase de eso como material de análisis, y no que interviniese en la formulación de un diagnóstico.

Paciente: Después de mi interpretación dijo que, en realidad, la idea que le había venido no era de tuberculosis sino de cáncer en los pulmones.

Analista: Ahora yo contaba con un material más poderoso para trabajar, y le interpreté que me estaba hablando del suicidio. Es como si hubiese un cinco por ciento de suicidio, según lo llamé. Le dije: "Usted nunca tuvo que vérselas con un verdadero impulso suicida en toda su vida, ¿no es así?".

Paciente: Dijo que eso era cierto sólo en parte. Le había hecho creer a su esposa que se iba a suicidar, pero no lo decía en serio. No fue importante. Por otro lado, a veces pensaba que el suicidio era parte de toda la historia; de todos modos, dijo, había que tener en cuenta los dos intentos de suicidio de su hermana, aunque sólo fueron suicidios parciales y el propósito de ella no había sido concretarlos. Sea como fuere, a él le enseñaron cuán real puede llegar a ser un suicidio, aunque no sea un impulso derivado de toda la personalidad.

Vinculó todo esto con la barrera que, según creía, él tenía que atravesar para avanzar.

Analista: Le recordé (él lo habla olvidado) que, según él había dicho, una persona le impedía atravesar esa barrera.

Paciente: Dijo que sentía que esa barrera era como una pared que debía derrumbar o contra la que debía chocar, y tenía la sensación de que debía superar corporalmente esa dificultad.

Analista: Le dije que entonces teníamos pruebas de que entre él y la salud estaba el suicidio, y que yo debía estar al tanto de eso para cuidar que él no se muriese.

Paciente: Tenía la idea de empezar a vivir de nuevo de diversas formas, sobre otras bases. Pausa. Habló de sus frecuentes tardanzas de los últimos tiempos, y dijo que se debían a que había ocurrido algo nuevo; podía llegar a tiempo dejando todo lo que tenía que hacer y dando vueltas durante un cuarto de hora, o cosa así, hasta que fuese la hora. En lugar de eso, su trabajo había cobrado mayor importancia y ahora terminaba sus cosas antes de venir; con suerte, podía llegar a horario. Suponía que el análisis se había vuelto menos importante que su trabajo, en cierto sentido.

Analista: Aquí hice una interpretación. Uniendo material de sesiones anteriores le subrayé que yo podía ver esto con más facilidad que él: primero él sólo podía aportar para sí mismo, luego pudo aportar al análisis, y ahora podía aportar con su trabajo en el análisis. Articulé esto con la culpa subyacente en toda esta fase, incluido el suicidio. Le recordé que el análisis estaba llevando a la excitación y a que el instinto incluyera el comer. Aquí la culpa por la destrucción cruel era demasiado grande, salvo en la medida en que se manifestasen impulsos y capacidades constructivos.

Pausa

Paciente: El efecto de estas interpretaciones se puso de relieve en su siguiente observación, cuando dijo, con mucho más soltura: "Ahora cuando pienso en la enfermedad me da risa; podría ser sarampión, algo infantil".

Analista: Le señalé que había habido un cambio en él desde que formulé la comunicación sobre el suicidio oculta en las fantasías acerca de la enfermedad.

Paciente: A continuación él dijo que por primera vez se le ocurrió que, si se presentaba la oportunidad, podía tener alguna aventura amorosa para equilibrar la infidelidad de su mujer.

Analista: Le señalé que esto indicaba que en la relación con su esposa se habían atenuado los elementos de dependencia, que ahora se concentraban en el análisis.

Biblioteca D. Winnicott

Martes 29 de marzo

(No concurre a la sesión del lunes; me avisó por teléfono.) Paciente: "Bueno, tengo dificultades para empezar. En primer lugar, no hay problemas inmediatos, y en segundo lugar, es curioso, pero el hecho de que haya tenido un fuerte resfrío parece interferir. Enturbia las cosas. Es como si la asociación libre y la relajación fuesen una tensión igual a la de un ejercicio físico".

Analista: "Entiendo perfectamente que si está resfriado no tenga ganas de hacer el trabajo de análisis, que por cierto crea tensión".

Paciente: "Ya sucedió antes: el hecho de resfriarse tiende a encubrir las cuestiones fundamentales. Más bien tengo ganas de acurrucarme y dormirme, que de hacer un esfuerzo mental".

Analista: "Para usted sería más conveniente retraerse".

Paciente: "Pienso que si estoy aquí debería relajarme, y eso tendría que ser sencillo, pero es como si fuera un trabajo".

Analista: "Sí, de modo que la limitación de la tarea a una hora no sólo beneficia al analista".

Paciente: "Me lleva a preguntarme cuál sería la duración ideal de la sesión y el intervalo ideal entre sesiones. ¿Sesiones diarias serían demasiado frecuentes, y se aprovecharía menos el análisis?".

Analista: "Tal vez el resfrío fue lo que hizo que no viniera ayer".

Paciente: "No, no fue eso; ocurre que hubo que atender un caso especial. El resfrío todavía no ha empezado. Siento que habíamos hablado de problemas inmediatos y que es difícil volver a las cuestiones más profundas. No puedo hacer el pasaje. Esto me recuerda a los chicos cuando están soñando y los despiertan, se sienten molestos porque les resulta muy difícil volver al sueño".

Analista: "Aquí hay algo que se vincula con su análisis, el que se lleva a cabo en un estado que

apunta al estado onírico. Parecería que gradualmente, en los últimos meses, usted fue resurgiendo del estado onírico, hasta la vez pasada, cuando casi se diría que el análisis se estaba realizando estando usted despierto, vale decir, como parte de su realidad de la vigilia".

Paciente: "Hoy tuve que visitar un hospital por motivos de trabajo y pude hablar con más libertad que nunca, incluso con residentes del otro hospital que eran extraños para mí, y pude dirigir la conversación. Creía que jamás me iba a suceder esto; representa un gran cambio, no tener que esperar a conocer íntimamente a la gente para proponer mis ideas". Pausa. "Además, unas noches atrás soñé algo, y sentí que no debía recordar esto; es un sueño común y corriente."

Analista: "Sí, un sueño es un puente común y corriente entre la realidad interna y la externa, y en esa medida usted se sentía bien y no necesitaba el análisis, ya que tenía su propio puente representado en el sueño".

Paciente: "Esto se mezcla con la idea de no venir aquí. Parece haber disminuido mi necesidad de venir".

Analista: "O sea, su necesidad del psicoanálisis, ya que el síntoma principal era su disociación entre el estado del dormir y el de la vigilia, que usted resolvía parcialmente no estando nunca realmente despierto".

Paciente: "Quiero interrumpir esto que estamos diciendo. Estuve charlando con un amigo sobre mi futuro, las diversas alternativas que tengo de especialidades médicas y clínica general, y le mencioné la psiquiatría. Se me ocurrió que hay en este punto una gran dificultad para la cual en este momento no estoy maduro, porque no estoy seguro de tener capacidad para evitar la identificación. Decididamente me disgustan las personas verborrágicas y sin una enfermedad organizada, y las dejo de lado. Quizá revise a un paciente con la esperanza de encontrarle algo malo porque no estoy interesado en él como persona.

Ahora bien, en psiquiatría tendría que tratar exactamente con esas personas. Tendría que interesarme en cada una por sus méritos propios".

Analista: "Siente alivio cuando encuentra una enfermedad física".

Paciente: "Para un psiquiatra puede ser una carga insoportable tener a un paciente durante una hora entera".

Analista: "Creo que está pensando en mí y en usted".

Paciente: "Bueno, supongo que sí. A veces evité hablar de esto, o surgió pero no quise contarle mi preocupación por lo que usted puede sentir".

Analista: "Por supuesto, está el cuidado básico que debe tener un psiquiatra, pero dentro de él hay amor y odio".

Paciente: "Es extraño, estaba pensando en dos o tres cuestiones más. Una es: ¿qué haré esta noche? Otra era casi un sueño confuso sobre un paciente en un hospital, en el que había varias personas involucradas. Era una reproducción en miniatura de un caso preocupante que nos ocupó el fin de semana. Yo estaba discutiendo el caso con otros".

Analista: "Por lo tanto, para usted es importante que en el psicoanálisis haya una sola persona yo mismo, en este caso y no se hagan consultas".

Paciente: "De eso estaba hablando con mi amiga. Si es seguro contarle cosas a un psicoanalista. Ella me dijo que los psicoanalistas no son personas seguras a las que pueda contárseles todo, pero que uno debe hacerlo. Mi opinión era que sería muy posible disimular un detalle desagradable. Ella me dijo que esto llevaría el análisis a la ruina".

Analista: (A esta altura me pareció importante dejar de tomar notas. Desde luego, quizás el paciente ya sabía que yo lo estaba haciendo, y en tal caso necesitaba que se lo dijera francamente. O, por el contrario, si no lo sabía, era importante no interrumpir ahí el curso del análisis introduciendo falsamente esa idea. Yo tenía el convencimiento de que el paciente estaba bajo la fuerte influencia de la interpretación principal de la sesión anterior, y entonces debía sacrificar las notas en aras de la labor que teníamos entre manos.)

(Me di cuenta de que este hombre me estaba transmitiendo material proporcionado por su amiga, del cual yo sólo podía hacer un uso indirecto, pero que al mismo tiempo no debía desperdiciar.)

Mencioné las discusiones sobre material clínico que por cierto mantienen los analistas.

Paciente: "En realidad yo sólo me estaba refiriendo a los chismes".

Analista: Puntalicé que esa cuestión decididamente debía preocupar a su amiga, ya que un chisme inútil de mi parte dejaría trascender detalles de la vida privada de esa chica que podrían llegar al conocimiento de personas allegadas a ella.

Paciente: Aludió a los médicos del hospital en el que había estado internado y a los chismes que le contaban sobre sus enfermos, presumiendo que como él era médico, podían confiar; pero esto lo amargó mucho, porque él era un paciente, y debía vérselas con los chismes de otro médico y no con un debate científico entre médicos sobre los casos clínicos.

Analista: Le dije que los psicoanalistas contaban chismes como todo el mundo, pues eran seres humanos imperfectos, pero en la práctica psicoanalítica se recomendaba no hacerlo.

Paciente: Dijo que su amiga había planteado la cuestión de los actos contrarios a la ética profesional. ¿Cómo procedería el analista si un paciente le comunicaba haber cometido un acto antisocial? Ella tenía miedo de ir a otro analista porque tendría que contarle sobre la conducta de su primer psicoterapeuta, que evidentemente para ella no había sido correcta desde el punto de vista profesional.

Analista: Coincidí en que si ella no podía hablar de eso libremente, no debía iniciar un nuevo análisis.

Aparentemente, la chica pensaba que para poder hablar con libertad debía partirse del supuesto de que el segundo analista no actuara, llevado por sus acusaciones, contra el primero.

Señalé que durante un análisis el paciente debe poder hablar con libertad, lo cual significa no limitar siempre sus observaciones a lo que es estrictamente objetivo. Tiene que haber lugar para las ideas delirantes, y si el analista actúa no se les da lugar; el material es llevado al análisis con una sola finalidad, a saber, el análisis del paciente.

Siguiendo otra pista, le expresé que para mí era importante saber que lo que me estaba manifestando provenía de su amiga. Tal vez él quisiera decir algo semejante en alguna otra oportunidad, y entonces sería material para el análisis. Quizá, con el tiempo, repasando lo hecho, comprobásemos que el día anterior no había venido porque sospechaba de mí; pero actualmente estaba claro que fue el trabajo lo que lo hizo faltar.

Paciente: Dijo que quizás había algo de verdad en eso, en el sentido de que en una etapa previa del análisis sin lugar a dudas habría venido, aunque eso significase dejar de lado su trabajo.

Analista: "Podemos decir, entonces, que antes tenía un miedo respecto a mí del cual usted nada sabía, y al cual sólo podía enfrentar portándose bien".

Ahora, agregué, él estaba algo más en contacto con ese temor hacia mí, y por lo tanto era capaz de desafiarme de forma encubierta usando, o exagerando, la necesidad que había de sus servicios en el hospital.

Luego le señalé que por primera vez en el análisis tenía motivos para desconfiar de mí, ya que en la sesión anterior yo aparecí en el papel del padre que prohíbe el incesto. Le recordé que en la sesión anterior él había pensado que el padre eludía la cuestión principal del odio entre él y su hijo, y por ende el hijo no le temía al padre. Fue lo nuevo surgido en su relación conmigo lo que lo volvió capaz de traer la desconfianza, tal como había sido expresada por su amiga. Podía decirse que todavía no estaba preparado para traerla él directamente.

Biblioteca D. Winnicott

Viernes 1 de julio

Paciente: "Lo primero que me acude es algo que noté la semana pasada. Cierta duda sobre el modo de empezar, porque usted dijo que yo me esforzaba demasiado al principio, y eso me impresionó como si hablar de entrada fuese casi un error. Tengo que ser cauteloso con esto".

Analista: "Siente que es antinatural que sea usted el que empieza".

Paciente: "Las dos últimas veces empecé con un impulso bárbaro, pero, en general, pensaba en esto al venir para aquí, ésa sería la forma natural de conducirse".

Analista: "Usted es tan cuidadoso, que por cierto impide tanto el silencio como que haya sorpresas".

Paciente: "Asimismo recordé que anoche tuve un sueño claro, aunque después lo olvidé. Es curioso: lo recordé una hora después de despertarme, y luego lo perdí. Hay dos cosas asociadas con el sueño. Hay en él una apariencia de verdad y también hay un forcejeo, aunque esto puede ser artificial".

Analista: "Un puente entre su realidad interior y la vida externa, aunque ahora se olvidó del sueño. ¿Piensa que fue agradable o desagradable?".

Paciente: "Notan desagradable como los sueños anteriores".

Analista: "Parece haber un forcejeo".

Paciente: "Sí, creo que era con el amigo de mi esposa". Pausa. "En este momento estoy dando vueltas en torno de varias ideas, para ver si encuentro por dónde empezar. Las ideas me vienen y luego las descarto por incoherentes, sin importancia."

Analista: "Lo que usted evita es tomar ideas informes y ver dónde conducen. Tal vez ni siquiera lleguen a ser palabras, sino sólo meros sonidos".

Paciente: "Es una mezcla de palabras, que no significan nada. Fragmentos y piezas sueltas... señales".

Analista: "Estoy pensando en ese período del que hemos hablado, antes de que usted fuera capaz de expresar ideas, cuando lo que podía hacer era parlotear, o incluso apenas balbucear. La cuestión es qué público tiene usted, y qué piensa que yo espero de usted".

Paciente: "También está el temor de dejarle saber cosas que todavía yo no tuve tiempo de repasar. Me angustia que usted se descamine y vaya en pos de una idea equivocada. Asimismo, está un posible temor más profundo de que yo llegue a una situación embarazosa". Pausa. "Un montón de estas ideas se vinculan con cosas que hacer en mi trabajo. En realidad, no hay motivos para angustiarse. En el pasado, ante esta clase de situaciones la interpretación era que yo no quería aburrirlo con los asuntos del hospital. Ahora está más bien el elemento de mantenerlo a usted deliberadamente aparte de esos asuntos."

No quiero que usted se meta en todos los rincones de mi mundo. Tengo una sensación de peligro de que usted se vuelva demasiado omnipotente. Tiene que haber algún modo de mantenerlo apartado."

Analista: "Me está hablando de los elementos positivos que tiene mantenerme fuera, lo cual significa que tiene derecho a su propio interior. Pienso que aquí puede haber algo vinculado a mamá".

(Se adormece.)

Paciente: "Hoy estoy adormilado, y hay cierta excusa. Viernes es un día atareado, etc., pero eso no es todo".

Analista: "No estoy seguro de que sepa lo que yo estaba diciendo".

Paciente: "Sí, creo que lo sé, pero mientras usted hablaba yo estaba pensando en algo".

Analista: "Creo que yo no tendría que haberlo despertado".

Paciente: "Me siento acusado. No quiero quedar atrapado".

Analista: "Usted estaba durmiendo en secreto, y siente que yo descubrí ese secreto".

Paciente: "Hay varios motivos. Por un lado, al dormirse lo agravio a usted; por otro, no me gusta que se disculpe por mandarme a dormir. Hay una pauta de no querer verlo a usted demasiado dispuesto a replegarse y disculparse, etc. Esto me pone en la posición de tener que cuidarlo".

Analista: "Y también arruina la idea del forcejeo".

Paciente: "Si me disculpo con mi esposa, ella se fastidia. Las disculpas pueden exagerarse. Una disculpa exige reconocimiento. No puede dejársela tal cual; implica una acción ulterior".

Pausa. "Supongo que yo desconfío de dormirme. Este no es el lugar apropiado para hacerlo. Se notará, y por lo tanto tengo que despertarme a fin de evitar los comentarios."

Analista: "Si se duerme me abandona, como hace unos días, cuando me dijo que se había quedado atrás porque yo iba demasiado rápido".

Paciente: "Sí, no pude seguirle el ritmo, y no valía la pena intentarlo. En este momento estoy pensando en términos del progreso en el análisis. Dormirse es irritante porque, mientras estoy dormido, no puede haber ninguna comunicación aquí. De una u otra manera, mi dificultad para hablar aquí se vincula con dificultades externas que son bastante nuevas. Hoy tuve un día agitado. Me atrasé con unas notas y otras cosas. Es un motivo de inquietud. Y es nuevo que estas inquietudes externas se reflejen en una desarticulación de lo que pasa aquí en el análisis".

Analista: "Este es otro ejemplo de una menor diferenciación entre dos aspectos de su vida".

Paciente: "Por lo general, los problemas externos me estimulan aquí, pero hoy sólo me provocan confusión y adormecimiento. Las cosas que se están poniendo demasiado confusas son las de fuera". Pausa. "Tuve una idea asociada a todo este escaparse. En primer lugar, guardar silencio y dormirse es lo mismo que escaparse. Segundo, y esto es nuevo, hoy siento que me metí en un lío y quisiera escapar de esta situación. Una vez le hablé de pasar junto a usted haciéndolo a un lado, pero en ese entonces no admitía que estaba hartado. Ahora siento que había una confusión insuperable, y yo quería irme y probar de nuevo la próxima vez. Esto me recuerda la situación de un niño que sueña: la gente le dice que es sólo un sueño. La cosa es despertarse. Es algo del mismo tipo. Me gustaría despertarme, o sea, levantarme, irme."

Analista: "El sueño parece llevarlo hacia lo embarazoso".

Paciente: "Una idea es que usted se muestra crítico conmigo por no desempeñar mi papel. También que yo le hago perder el tiempo, y debería justificar el hecho de venir aquí".

Analista: "¿Hasta qué punto la sesión fue perturbada por haber yo interrumpido su dormir? Me parece que lo que yo hice se parece al trauma original que lo perturbó a usted".

Paciente: "El peligro fue que se me alentó a ser precoz. Yo sabía leer desde muy temprana edad, por cierto, y ahora me da la sensación de que ésta fue una ventaja dudosa".

Analista: "Al leer precozmente, usted se pierde la posibilidad de que le lean mientras se duerme".

Paciente: "Se me ocurre una cosa de mi esposa que me ha molestado durante dos años, y es que no le gusta que hablemos por la noche antes de dormirnos".

Analista: "Es posible que ella le hable y usted se quede dormido mientras tanto".

Paciente: "Pero me irrita que me haya hecho esta declaración tajante: 'No voy a charlar'. La comunicación se corta. En esto también hay algo de mi necesidad de que ella esté accesible para mí hasta que me duerma. Es una idea borrosa, pero me doy cuenta de que me fastidia que ella no me diga buenas noches."

Me gustaría que se pudiera charlar hasta que uno de los dos se duerma".

Analista: "Hay, entonces, un elemento positivo en que yo charle mientras usted se duerme. La falta de este elemento puede haber contribuido a que usted se chupase el dedo".Pausa.

(En este momento el paciente tiene una mano puesta sobre la boca y el rostro.)

Paciente: "Además, si yo le creo mucha ansiedad para evitar. despertarme, podría generarse una situación en la que a usted le asuste hacer cualquier cosa. Es un peligro indefinido, producto de mi dormirme, que usted no haga nada y yo no me despierte jamás. Esto forma parte de mi angustia por sus excesivas disculpas y porque usted no se pone al mando".

Analista: "Yo hago dos cosas: una, cuando soy suficientemente bueno, desplazo a su madre y a otras personas que le fallaron; cuando soy malo, le reactivo un pasado malo que se vuelve presente".

Paciente: "Parte de la angustia reside en que si yo me pongo en su situación -y pensaba en esto mientras venía para aquí en el tren-, yo no sería capaz de manejar estas cuestiones difíciles. Hace poco usted me hizo reparar en los efectos de sus propias acciones. Si yo hiciese lo mismo, lo que haría estaría lleno de desaciertos. Parece que usted tiene que estar arriba de todo".

Analista: "Cometo errores, por cierto; pero a veces, si se los reconoce, los errores pueden ser útiles".

Biblioteca D. Winnicott

Martes 22 de marzo

Paciente: "Bueno, empezaré por contarle lo que pasó esta tarde. Había arreglado para salir con mi amiga y no quería decírselo a mi mujer. Sí quería, pero sabía que no sería beneficioso, que sólo podría originar fricciones. Yo sabía que ella había pensado en salir a su vez (el paciente se iba a quedar con las niñas), pero le telefoneé y le dije que no volvería a casa. Se enojó y me colgó, negándose a discutir el asunto. Me agarró un temblor de furia, ¿o fue un malestar?, que no se me va desde hace tres horas. Decididamente no quiero precipitar una crisis en este momento. Las opciones son extremas: la paz significa renunciar a mi amiga; así que hay un dilema ahora: seguir adelante, con crisis inacabables, o volver mansamente, aunque la vida en casa sólo sea fría. La relación con mi chica no es ideal, pero a su modo es muy satisfactoria en este momento". Pausa. "El problema es como el que ya tuvimos. ¿Qué puede hacer usted con este material?"

Analista: "En primer lugar, usted confía en que yo integre dos aspectos de su vida que por ahora usted es incapaz de integrar: la relación con su esposa, con todas sus potencialidades buenas y malas, y la relación con su amiga, satisfactoria en lo inmediato".

Paciente: "Parece que en la actualidad estoy más cerca que nunca de forzar una separación, así que es todavía más perturbador". Pausa. "Están las dos opciones: una es mi casa, que sólo funciona sobre la base de una total irrealidad -ninguna amistad, vale decir, apartarse de todas las relaciones-, la otra, mi amiga, aunque con ella hay un gran elemento de imaginación. Veo que está sazónada de romance. Es más real. En la relación con mi esposa estoy en un punto muerto, pero no quiero tirarla por la borda. De una u otra manera, todavía acaricio una esperanza, por más que no crea que pueda llegar a nada. Entiendo la posición de mi mujer, pero no puedo aceptar su actitud de falta de sentimientos; además, está el hecho de que jamás puedo conversar de nada con ella. Ella ha fijado condiciones. Indudablemente, estoy terriblemente irritado por haberme colgado el teléfono, o sea, por su negativa a conversar."

(Hasta aquí, ya había pasado la tercera parte de la sesión.)

"Tengo motivos para no decir nada más. No quiero que esto siga toda la hora, pero no puedo pasar a otra cosa sin un intervalo. El asunto arrojó un desaliento demasiado grande."

Analista: "Usted sigue afectado por su reacción frente al hecho de que ella le colgara el tubo."

Posiblemente fue una reacción de furia, dijo".

Paciente: "Sí, que me colgara... quedé en un estado de impotencia, sin poder hacer nada. Debería ser indiferente y tomarlo en broma y decir que la culpa es de ella, pero la furia se relaciona con la rabia que tengo hacia mí mismo. Tal vez me da rabia que esto me irrite".

Analista: "Como recordará, antes el antagonismo se daba entre la actitud de su esposa y el análisis; ahora cobra la forma del antagonismo que usted siente en ella respecto de la relación que usted tiene con su amiga".

Paciente: "Sí, esto interfiere con cuestiones más fundamentales". Pausa. "Esperaba que usted encontrase cómo abordar estas cosas, de algún modo, para apartarlas del camino; pero por supuesto usted no puede."

Analista: "Un aspecto es que aquí usted tiene una relación triangular en la que no hay ningún otro hombre. El odio potencial se da entre dos mujeres".

Paciente: "Al principio, a mi amiga no le preocupaba mi esposa. Nuestro asunto no tenía como propósito llegar a ninguna parte. Pero ahora ella quiere obtener algo más de esto, y tiene miedo de volver a desilusionarse. Sin embargo, ambos tenemos recelos sobre una relación más permanente... Sus demandas, su dependencia de mí, la expresión directa de sus necesidades, me entusiasman, así que nos hundimos cada vez más en un callejón sin salida, sin solución. Vuelvo a tener que elegir entre dos callejones sin salida". Pausa. "También es nuevo que yo me interese por la parte suya de la relación. Lo cierto es que hay otros hombres, uno en particular. Empiezo a encontrar que esto es interesante, competir con otro hombre y tratar de eliminarlo. Es por cierto algo nuevo con respecto a los hombres. Primero, es nueva la rivalidad, es parte de mi desarrollo, y segundo, está ese interés inmediato vinculado a una pelea con un hombre por una chica. Nunca fui capaz de hacer frente a esto antes."

Analista: "En cierto sentido, todo el tiempo está buscando al hombre que usted odia a raíz del amor de una mujer. Ala larga es papá, un nuevo aspecto de papá con el que rara vez se encontró, sobre todo porque él deliberadamente se incorporó a su vida en una etapa muy temprana e hizo valer su condición de madre alternativa suya, cuando era bebé". (En este momento el paciente apoyó un pie en el piso.)

Pausa

Paciente: "Hay otro factor del que en realidad no he hablado aquí: es el aspecto de la relación sexual con mi chica. La excitación y la satisfacción son mucho más reales que con mi mujer, aun cuando las cosas con ésta andan bien. Y esto en parte se debe a que yo cambié gracias al análisis. La dificultad que se ha introducido es la idea de que si yo disfruto de los resultados del tratamiento, ¿cómo me va a seguir el ritmo mi esposa, o es que todo esto se va a desperdiciar? Originalmente yo no estaba preparado para esto. Antes, yo pensaba que si mejoraba podía arreglarme con mi mujer. Ahora debo vérmelas con el sentimiento de que tal vez ella se deprima como resultado de mis cambios; muy posiblemente ella sufra un deterioro. ¡Hay tantas cosas que con ella no puedo explorar directamente! Ni siquiera espera tener un

orgasmo, así que desde su punto de vista el sexo es algo indeseable. Pero la cuestión es que quizá sea falta mía. Tal vez ella evolucionó así para hacer frente a mi torpeza inicial y a mi incapacidad para excitarla. Sería mejor si pudiera hablarlo con ella.

"La idea de que si mejoro habrá que dejar de lado la relación sexual me resulta inaceptable. Mi esposa me ha dicho que no debo tener la expectativa de que en el futuro haya una experiencia sexual con ella, pero esto en gran medida se debe a lo insatisfactoria que fue en el pasado. Ella insinuó que se siente en un plano superior al sexual, que el sexo es algo inferior. Creo que la relación con su amigo ha sido, como ella diría, espiritual. Le tengo lástima, pero ella rechazaría lo que yo estoy empezando a poder dar con respecto al placer y al entusiasmo. Si mejoro, lo que puede ocurrir es que me dé cuenta de que hay algo equivocado en ella sobre lo cual nada puede hacerse, ya que la sola idea la horrorizaría. Todas sus dificultades hasta la fecha han quedado ocultas por el hecho de que yo estuve enfermo, y antes de eso, no la satisfacía."



Biblioteca D. Winnicott

Viernes 4 de marzo

Paciente: "Bueno, no parece haber nada. Tal vez porque me duele la garganta. Tal vez porque es viernes, lo cual significa un hueco antes y después. El viernes parece apartarse del curso general del análisis". Pausa. "Hay una dificultad por la ruptura de la continuidad. Puedo enganchar esto con lo que decíamos la última vez: es como soltarse. Un chico camina, quiere decir que se soltó; pero debe ser capaz de sostenerse de algo. Empezar de vuelta significa volver a soltarse. Aquí parecería haber un obstáculo..."

Analista: "Una manera sería decir que usted tiene treinta años, y luego dos, y luego treinta de vuelta, y esas idas y vueltas son dolorosas por causa de la dependencia-independencia. O bien podríamos decir que yo mostré que lo decepciono, a raíz de las interrupciones, y no se justifica tenerme confianza copio para sostenerse".

Paciente: "Podría quedarme quieto (sin dormirse) la hora entera. Hoy no siento ninguna gran urgencia. Será que estoy indispuesto físicamente".

Analista: "Si usted está físicamente enfermo, sabe por experiencia que le será más fácil recibir los cuidados apropiados".

Pausa

Paciente: "Estoy planeando qué haré el fin de semana; me olvidé que estaba aquí. Llenaba el tiempo planeando y pensando en detalles triviales de mi trabajo. Parece que estoy haragán; siento que alguien tendría que hacerlo por mí, del mismo modo que cuando no me siento bien dejo que mi trabajo lo haga otro, y lo hace. En realidad, supongo que tendría que ser usted".

Analista: "¿Qué cosas triviales, por ejemplo?"

Pausa

Paciente: "Nada especial, sólo que no puedo aceptar desperdiciarlo, es improductivo. ¿Para qué vendría si voy a perder tiempo?" Pausa. "No hay nada de lo cual agarrarse. Entonces me puse a pensar en el hospital, y en lo que haré esta noche."

Analista: "¿Qué planes tiene?".

Paciente: "Bueno, me encontraré con mi chica, pero lo que suceda dependerá de cómo me sienta. Pero no era eso. También estaba pensando en mi casa, y en el hospital. Anoche hubo una extraña coincidencia, realmente. Pensé: desde que estuve enfermo, antes de reanudar el análisis, no había tomado píldoras para dormir, por más que las tuve a mano, mientras que en el hospital, cuando estuve internado, no dormía y necesitaba mucho los sedantes. Hace ya más de un año. Y justo viene a dolerme la garganta y pasé la noche casi sin dormir. Pero antes me había tocado un caso muy raro y difícil y me quedé levantado hasta las dos y media para escribir el informe; me tuve que concentrar; y después me agarró este dolor de garganta. Estuve como dos horas despierto, y entonces fui a buscar unos comprimidos".

Analista: "Tal vez no fue tanta coincidencia; ¿usted ya se sentía algo inseguro?".

Paciente: "Bueno, sí, eso es verdad. Por la tarde, antes de que viniera ese paciente, no me sentí bien, y recordé que ya hacía varias noches que no dormía del todo bien. Por supuesto, no es lo mismo que cuando estuve enfermo; simplemente pensé que si me iba a la cama temprano no iba a ganar nada, porque estaría un rato sin dormir. A decir verdad, en los últimos días no me sentí tan estable. Me faltaron ganas de hacer bien mi trabajo, aunque de hecho terminé haciéndolo tan bien como siempre. Aquí hay una paradoja: me preocupaba no preocuparme. Desde que estoy con esa chica tengo menos ambiciones, o tal vez menos tiempo para trabajar; y en el dilema entre trabajar o vivir, elijo vivir".

Analista: "¿Hubo sueños, quizás, en esta fase?".

Paciente: "No, más bien se me prolongó la conciencia".

Analista: "Puede haber una relación entre la fase actual y la ruptura de una disociación: usted no se sentía afectado en su vida hogareña por el asunto amoroso con esa chica, y después (según se vio en la última sesión) comenzó a sentir las dos cuestiones a la vez, y a sufrir el dolor del conflicto".

Paciente: "Sí". (Aquí repitió la interpretación, ratificándola.) "Es lo mismo que sostenerse de algo: no quiero soltarme de algo hasta que sé que cuento con alguna otra cosa segura de la cual sostenerme. Anoche pensé que quizás iba a suspender la sesión de hoy."

Analista: "Pero se las ingenió para venir, lo que significa que es posible hablar sobre el significado que tiene suspender la sesión, y averiguar el efecto de hacérmelo saber...". (En este punto el paciente dijo "Sí" con voz forzada, y noté que se había quedado dormido. Unos minutos más tarde yo hice un leve ruido, por error, y se despertó.)

Paciente: "Hoy tengo rechazo a hablar".

Analista: "Se quedó dormido mientras yo hablaba".

Paciente: "Creo que fui yo el que habló en último término".

Analista: "No". (Le repetí la interpretación, y él recordó su "Sí" forzado antes de cerrar los ojos.)

Paciente: "Sí, es mejor que venga, aunque no hable, de modo que podamos comprenderlo. No venir sería realmente desperdiciarlo todo.

"Además, no quería agrandar más todavía la interrupción no viniendo. Eso sería como no tomar el análisis en serio. No sería una actitud profesional."

Analista: "Pero lo que usted busca es el impulso, y al no venir le estaría dando más realidad al venir. Si se trata de una cuestión profesional, usted viene por otros motivos que no son el impulso".

Paciente: "Sí. Con mi chica la mayor parte de lo que charlamos es jerga profesional. Para mí es muy importante cuando puedo conversar con ella de algo que no tenga nada que ver con nuestra profesión común. A veces siento en casa que son preferibles las riñas y no que todo ande sobre rieles, que es cuando vuelvo a replegarme sobre mí mismo. Con mi chica, la charla es técnica y hay cierta tensión, pero... esto me recuerda una gran dificultad en la relación con mi esposa. Después del acto sexual, en las épocas en que lo practicamos regularmente, ella no quiere hablar, parece fastidiada o quiere dormir. Es justamente en esos momentos cuando yo me siento libre de tensión, y con mi chica es entonces cuando hablamos de forma natural y sin recurrir a la jerga técnica".

Analista: "Ese período después del coito es muy importante para usted, porque al menos entonces alcanza una capacidad de amar naturalmente. Por lo tanto, esa dificultad con su esposa es muy real para usted. Esto nos sugiere que en su relación con las mujeres siempre hay algo de angustia, basada en el temor inconsciente a la impotencia, el temor a que la mujer le demande algo. Durante un breve rato, después del coito, se siente libre de este peligro, libre de amar y ser amado, que es lo que siempre está buscando". Pausa. "También está la cuestión de que durante la semana pasada se le otorgó un breve rato adicional en dos oportunidades; esto puede haber afectado su actitud aquí.

Paciente: "No lo creo, porque en los dos casos se debió a que yo había llegado tarde; además, me di cuenta que usted me da una hora completa, siendo que el período normal de análisis son cincuenta minutos".

Analista: "¿Pero qué me dice de sus sentimientos ilógicos?".

Paciente: "Lo gracioso es que creo que, cuando llego tarde, siento más resentimiento por lo que pierdo al comienzo".

Analista: No proseguí, pero pude advertir la relación entre esto y las demandas que puede hacerle el analista; además, sus tardanzas eran un sucedáneo del "no venir" traído al análisis, e indicaban su necesidad de poder tenerme cuando se sentía impulsado a hacerlo-que era el aspecto positivo de su angustia ante mi demanda de fin de sesión-.

Biblioteca D. Winnicott

Miércoles 27 de junio

Paciente: "Después de la última sesión continué sintiendo cosas... Me angustia pensar lo que pueda pasar ahora que le pusimos un rótulo, ¿qué sucederá en el futuro? Parecería concluirse que el tratamiento debe seguir por un largo rato. La angustia se mezcla con cierto alivio y hasta cierta diversión. Alivio porque al ponerle un nombre a la enfermedad se vuelve menos oscura, más abordable, así que me siento más seguro; y diversión al pensar en los tontos que sostenían que la esquizofrenia no es tratable mediante psicoterapia, y en cuántos desconocen la naturaleza de la enfermedad esquizofrénica. Me divierte imaginar la cara que pondrían si les dijeran que yo mismo soy un esquizofrénico. Me las ingenié como para avanzar en la medicina hasta poder tener un puesto de residente. Incluso se horrorizarían, las personas con las que trabajé en los últimos tiempos y mis colegas médicos, en especial los que me entrevistaron al principio y querían un informe suyo. A esta altura ya se deben haber olvidado".

Analista: "Si todo anda bien, la gente se olvida; si las cosas marchan mal, se acuerdan".

Paciente: "Ahora me siento ansioso, inseguro sobre mi nuevo empleo, etc. No tengo medio de saber".

Analista: "Se está interrogando también sobre mi capacidad para este empleo, aquí".

Paciente: "De los seis o siete consultores para los que trabajo, sólo uno forma parte del comité de selección. Sigo sintiendo que necesitaría un poquito de ayuda. En mi trabajo, sigo dependiendo de que me empujen. Competir en un pie de igualdad me hace sentir inseguro. No tuve que hacerlo, salvo en mi primer empleo -cuando sufrí el derrumbe-.

"Además, en la etapa actual está la desventaja de que uno no se postula para un nuevo empleo hasta que se queda sin trabajo, de modo que yo podría quedar desocupado, en cuyo caso sería muy difícil pasar todo el día en casa. Finalmente, me sigue inquietando el futuro. Me veo enfrentado con problemas prácticos. No me tienta ser un médico clínico, pero parece haber muy pocas alternativas. Una razón por la cual no me atrae la clínica general es que el médico clínico depende sólo de sí mismo."

Analista: "La gente suele ignorar este aspecto de la clínica general, el aislamiento

en que se encuentra el médico clínico".

Paciente: "Sí, por ejemplo, es normal derivar a un paciente de hospital al clínico general, pero que el clínico mande a uno de sus pacientes de vuelta al hospital no se ve con buenos ojos. Esto crea una paradoja. Una de las cosas que me alarman en cuanto a ser médico clínico es este grado de seguridad, o sea, como empleo permanente. De cualquier modo, quedar comprometido es triste; lo atractivo es la inseguridad de las entrevistas hospitalarias. Uno no necesita todavía tomar una decisión sobre el futuro, puede continuar contemporizando. Pero una vez que es médico clínico, ya es médico clínico para siempre.

"Volviendo al tema de ayer, hay algo que olvidé. En el momento se me escapó. Tiene que ver con lo que pasaría si yo tuviera un empleo estable, fácil y monótono: perdería el interés. Me interesó ser médico porque hay problemas difíciles que abordar permanentemente, y sin horarios regulares. Me pregunto si hice bien en elegir medicina, porque tengo que vérmelas con una seguridad perfecta, largos horarios, paga inadecuada para la responsabilidad que uno asume; pero en el momento de elegir no había opción. Uno tiene que tener un entusiasmo de misionero para ser explotado. También está el problema de cuánto trabajo administrativo debe hacer el personal médico. A los médicos les desagrada mucho que los legos les digan lo que tienen que hacer, pero también les desagrada encargarse ellos de la organización. Al parecer, lo que a mí me gusta es que haya como respaldo una administración perfecta. Creo que me desprecio a mí mismo por esta debilidad de mi dependencia, al mismo tiempo que me molesta toda interferencia."

Analista: "Su dependencia de la administración es dependencia de las personas".

Paciente: "Esto es parte de lo que discutimos con mi esposa. A mí me gusta que ella sea administradora, la que se encargue de corroborar que yo hago lo correcto en el momento correcto. Ella espera que yo haga todo eso. Mi organización se derrumbaría si ella no atendiera esas cosas. Y a ella esto le molesta".

Analista: "Su empleo actual, ¿es más administrativo que el anterior?".

Paciente: "Todavía no lo sé con certeza. Al principio me resultó más sencillo estar en un cargo de asesoramiento, con menos ansiedades diarias sobre responsabilidades directas. Me inquieta que un consultor me diga: 'Encárguese del ingreso de este paciente en la sala', porque entonces a mí me incumbe la tarea. Esto es peor que un problema médico".

Analista: "Es como el problema del ambiente y de usted en un cierto ambiente".

Paciente: "Me parece que no me queda claro lo que usted dice. El trabajo administrativo me crea ansiedad, como cuidar hijos: no es algo en lo que uno pueda dejar que las cosas pasen. Si usted tiene hijos, debe ocuparse de ellos. No

puede decir un buen día: 'Bueno, ya hice bastante'. Esto es lo espantoso de la administración.

"Me pregunto si será expresión del sentimiento de insuficiencia de mi madre como madre, porque ella misma era una persona insegura, y ahora yo como padre soy más inseguro. De la misma manera que los problemas administrativos se parecen a los hijos, también el ajedrez. Hace mucho tiempo se me ocurrió que es difícil abordar los problemas ajedrecísticos porque si uno resuelve hacer una movida, lo cual de por sí ya es bastante difícil, la siguiente movida depende de lo que haga el otro. Por lo tanto, es un problema viviente. Al tenis lo siento distinto. Antes de abordar con confianza un problema, me gusta tener sujeta la situación, para que no haya ninguna urgencia... ninguna inseguridad dinámica."

Analista: "Esto podría trasladarse a la situación analítica, entre el analista y el paciente".

Paciente: "Sí, y a alguien cuyo futuro entero puede ser afectado por lo que uno haga con él. Esto es lo más inquietante, pero también lo más interesante, de la psicoterapia".

Analista: "Confía en integrar los dos aspectos, que en la actualidad no están integrados en usted".

Paciente: "En la época en que estaba más gravemente enfermo me sentía como en un pantano, o tratando de escalar un acantilado de arena o de ripio, perdiendo terreno a cada paso que daba porque lo que merodeaba estaba lejos de permanecer estático; era una dramatización de la inseguridad dinámica. Pero aun entonces sabía que lo que yo anhelaba era una seguridad básica, me daba cuenta de que nunca era feliz, y quería ser capaz de hacerle frente a la situación dinámica".

Analista: "Usted quería una seguridad básica, y anhelaba no necesitar esa misma seguridad básica".

Paciente: "Era un convencimiento intelectual. Ahora más bien es algo que siento; no se trata meramente de saberlo, o de encaminarse en la dirección del saber. Sigue pareciéndose demasiado a un juego de azar en el que el riesgo que corro si fallo es demasiado grande. No es la idea que yo tengo de un entusiasmo deseable. Solían decir que papá acostumbraba hacerme bromas porque cuando yo tenía que elegir entre dos cosas y darle una respuesta, siempre le decía: 'las dos'. Me horrorizó siempre la idea de perderme algo. Esto encaja con mi incapacidad de hacer frente a la inseguridad dinámica. Jugar con el azar no es una solución satisfactoria para ese problema, no es una decisión sensata, es un método equivocado".

Analista: "Sus alternativas son ser un individuo que da por sentado al ambiente, o

ambientarse y perder identidad individual. Lo que me está diciendo es que no puede resolver el dilema que plantean estas dos opciones". (Se duerme.)

Paciente: "Me siento desconcertado, fuera de lugar. Sí, me dormí. Dormirse es una manera de sortear un dilema". Pausa. "Una sola cosa se me ocurre, asociada con el adormecimiento. Ahora se relaciona con el desconcierto, cuando veo que soy incapaz de hacer frente a las cosas, desesperado, sin esperanza de mejorar alguna vez... entonces me adormezco."

Analista: "Intelectualmente comprende que para encontrar la solución del problema algo depende de mí, pero de hecho su problema no se ha resuelto, y usted se queda en un estado de desconcierto".

Biblioteca D. Winnicott

Martes 28 de junio

Paciente: "No tengo nada que decir, y parece haber cierto aspecto positivo en esto".

Analista: "Es algo en sí".

Paciente: "Sí. Desde que hablamos de la esquizofrenia tomé más conciencia del cambio en mis sentimientos. Estuve sobre alerta, esto me ha vuelto más crítico en cuanto a reconocer la normalidad. Antes yo estaba dispuesto a aceptar que el análisis podría permitirme retornar a lo que yo era hace varios años, pero sería un retorno a la irrealidad; ahora parto de la base de que siempre fui anormal, así que no tengo con qué comparar lo normal. Seguir adelante igual que siempre ya no sirve, entonces. Y esto, a su vez, contribuye a mi desesperanza. Si tengo que llegar a alguna parte, como no tengo experiencia, la perspectiva de arribar es menos tangible. Aquí podemos remover los obstáculos; que dar?"

"La primera vez que vine a verlo no me percataba de ningún problema. Mi único objetivo era llegar a algún lugar diferente, hacer posible un progreso. Mamá me ofreció el tratamiento, pero sin ninguna razón valedera. Dijo que podía beneficiarme, sin que yo me diera cuenta de que era necesario. Tal vez mamá sabía que algo andaba mal. En este momento parezco más bien sí, pero... ¿y los pasos positivos que hay un impostor pidiendo que me hagan diferente. No hay nada que se parezca a esto en la medicina corriente."

Analista: "En ella, se da por sentada la salud básica, y lo que se procura es modificar la enfermedad".

Paciente: "Antes de empezar yo tenía un idea positiva de la salud, pero desde que soy médico siento que eso se fue a pique, porque salud es algo que no tiene sentido. Sería una idea intelectual, haber perdido algo y estar convencido de que puede modificárselo".

Analista: "Lo único satisfactorio sería que sucediera".

Paciente: "Mi hija pequeña tuvo su primer cumpleaños y yo me olvidé, por más que había hablado de eso la noche anterior. Mi hija mayor lo mencionó en cuanto se levantó, y a mí me sacudió mi propia falta de entusiasmo. ¿Cómo puedo

aprender a entusiasmarme? Un proceso fundamentalmente subjetivo no se inculca, y sin embargo para eso vine aquí".

Pausa. (¿Se durmió?)

"En este momento enfrento la dificultad de no saber cómo seguir o cuál es el próximo paso. Podría estar callado largo rato, no como un chiste sino simplemente porque no tengo nada que decir."

Analista: "Parece dejar de lado que esto significa experimentar algo, el hecho de estar aquí pero sin tener ningún contacto conmigo".

Paciente: "Me doy cuenta de la naturaleza general del problema, pero no de los aspectos particulares del momento. Se me ocurrió que no hay ningún motivo válido en un tratamiento para hacer referencia a problemas concretos. Ahora mismo, no tiene sentido que diga lo que me viene a la mente. Me olvidé que ésta era la idea, supuestamente (asociación libre). No es útil recordar cosas. Todo el tiempo procuro evitar usar palabras inútilmente".

Analista: "En este caso, la asociación libre consiste en no hablar y quedar desconectado".

Paciente: "Las ideas desaparecen como antes, pero ahora para pensar tengo que mantenerme a gran distancia. Me vuelve la idea de que no soy capaz de charlar si no es a costa de un gran esfuerzo, así que lo que digo no es charla sino que son palabras forzadas. No hay una liviandad espontánea. Tengo una sensación de irrealidad a causa del esfuerzo por ser espontáneo. El esfuerzo es en sí mismo artificial".

Analista: "Mantenerse a distancia es real, aunque lo deja desconectado".

Paciente: "Allí fuera es la misma soledad, por la falta de contacto. Las otras personas se desconciertan y no es posible hacer amigos. Mi esposa piensa eso de mí: se queja de que no me doy cuenta de las cosas. Un ejemplo es que cuando alguien me habla, mi primera reacción es no decir nada. No hay nada que decir. Pero quiero tener amigos, y entonces hablo en un esfuerzo por mostrarme amistoso, pero permanentemente tengo conciencia de que no hay esperanza".

Larga pausa

"Cuando me desperté sentí que me asfixiaba [smothered] con pelo."

Analista: "Posiblemente eso tenía algo que ver con su madre [mother] y usted".

Paciente: "Así parece, pero... ¿y entonces qué? Siento que hay una conexión entre ser tratado maternalmente [mothering] y el asfixiarse [smothering]".

Analista: "Una madre puede ser capaz de estar en contacto con usted cuando usted se mantiene lejos".

Paciente: "En caso de ser cierto, es bastante difícil. Fuera de aquí, no hay nadie que sepa lo que yo necesito. Aquí dentro, cuando insinúo que quiero que usted diga algo, jamás lo dice. Parece que hubiera jurado no decirlo. Es una situación desesperanzada la de saber que usted decidió no hacer lo único que es necesario que haga".

Analista: "¿Cómo voy a saber lo que es necesario? Usted está en busca de la experiencia de no ser atendido porque nadie estaba ahí para establecer contacto con usted".

Paciente: "¿Lleva esto a alguna parte?".

Analista: "Creo que usted está próximo a sentir rabia, la cual está implícita permanentemente si usted está alcanzando los momentos en que hubo una falla".

(El paciente se duerme.)

"Tuvo, entonces, la necesidad de ser sostenido, y de que alguien se hiciera cargo mientras usted dormía."

Paciente: "Me enfrento con la dificultad de que aquí el procedimiento es esencialmente verbal. Es difícil imaginar un progreso en un plano verbal. Esperar beneficiarme de esto se parece demasiado a la magia. Sin embargo, en cierto sentido tal vez no sea tan ilógico".

Analista: "El diván soy yo, más aún que si efectivamente lo sostuviera en mis brazos. Todo el asunto es tan burdo, que no hace sino recordarle muy bien que usted no es el bebé que supone".

Paciente: "En casa de mamá, o en la casa de mi suegra, no sólo no tengo nada que decir, sino que me adormezco. En función de lo que dijimos, quizás estoy pidiendo que me sustenten, y tengo el deseo de sentarme o acostarme. Parece que no puedo tomarme la molestia de permanecer despierto".

Pausa

"Se me vuelve a ocurrir... me pregunto si el dormirme representa reconocer el deseo fallido de ser mimado como un bebé. Estoy muerto para alguna cosa. La dificultad radica en el miedo a la rabia. En el pasado, ya hemos hablado de la rabia escondida. Esto me recuerda una situación en que me sentí incómodo conmigo mismo por ser tan precavido y no dejar escapar la rabia. Podría soportar que se liberase mucha más rabia, y me incomoda alzar una barrera tan grande

contra el progreso, que depende de que uno se suelte."

Analista: "Siente la necesidad de estar lo suficientemente integrado como para soportar el efecto de su rabia".

Paciente: "Siento que ahora puedo soportar un mayor desorden".

Analista: "Si estoy en lo cierto con respecto a todo esto, usted me tiene rabia por no sostenerlo, que es la falla original que ahora se hace presente".

Paciente: "También aquí siento que cuando yo no tengo nada que decir, hay un mecanismo que dice: 'Estás bien; ¿vale la pena arriesgarse a un trastorno? Podrías ser capaz de manejarte'. No es bueno evocar a esta voz. Estoy preparado para correr el riesgo, pero la otra parte mía es demasiado precavida".



Biblioteca D. Winnicott

Lunes 9 de mayo

Paciente: "La vez pasada me fui de aquí con un sentimiento de impotencia, quiero decir impotencia sexual. No puedo imaginar qué sucedió exactamente. Hubo un cambio neto en mi manera de ser, comparada con lo que yo era antes de venir. Y ese cambio decididamente estuvo relacionado con la sesión. Había arreglado para encontrarme con mi amiga y con ella sucedió lo mismo. Yo me sentí muy trastornado. Para más complicación, su comportamiento se alteró. Se está enfriando ya que obtiene más de su amigo anterior. Ella excita más que yo, y entonces yo estoy convirtiéndome un poco en una molestia. Esto crea un dilema: ¿luchar o irse? Pero irme significa que me quedo sin nada; sin embargo, ésta no es una buena razón para seguir enganchado.

"Le expliqué a ella que no me gusta actuar como segundo violín, pero no sé hasta qué punto fui auténtico. Mientras venía para acá se me ocurrió que quizá tengo más necesidad de análisis, que fui demasiado optimista al pensar en que íbamos a terminar; por otro lado, tal vez sea un error usar el venir aquí como una ayuda directa para salir de una situación difícil. Esta es la clase de cosas de las que me acusa mi esposa, y es, en general, la crítica que se le formula al psicoanálisis. Es un modo cómodo de salir de las dificultades."

Analista: "Puede ver que, con respecto a este tema, yo cumpla aquí dos roles como analista. En uno de ellos, soy como su padre revivido, o como un tío, una persona con quien usted puede charlar sus cosas. Esta no es, sin embargo, mi función principal, aunque es importante. Soy también el psicoanalista con relación al cual suceden cambios en usted que lo afectan de un modo más general, y que no se vinculan con la solución efectiva de los problemas inmediatos".

Paciente: "Pienso que es un error usarlo a usted de la primera manera, que es una extravagancia".

Analista: "Un rol no excluye al otro, y es importante que usted advierta que yo no estoy rígidamente situado en uno ni en otro".

Paciente: "Vuelven mis viejas dificultades, como despertarme muy temprano. ¿Es que se han perdido todos los beneficios del análisis? ¿Qué fue lo que sucedió en la última sesión? Sé que fue algo relacionado con papá y mamá". Pausa. "Tenía

que ver con que mamá idolatraba a papá y por lo tanto yo no podía competir.
¿Por qué esto me produjo impotencia?"

Analista: "Lo primero que debemos tener en cuenta es: ¿fue correcto lo que le dije?".

Paciente: "Bueno, si no fue correcto, fue razonable. Y pienso que el hecho de que produjera una reacción significa que probablemente fue correcto. Cuando usted se equivoca, habitualmente la prueba es que no surte ningún efecto. Correcto o no, estoy preocupado por el descubrimiento de que mamá veía en papá un símbolo de la perfección". Pausa. "Siempre tendí a esperar que los demás me vieran bajo esa misma luz, y yo no tenía ninguna esperanza de ser considerado perfecto. Bastaba cualquier crítica o evidencia de que yo era de segunda categoría para que me deprimiese o me preocupase indebidamente. Hay una sola manera de lograr algo, y es siendo perfecto."

Analista: "Está diciendo permanentemente que no tiene ninguna esperanza de ser amado".

Paciente: "Sí; con las demás personas, y en especial con las chicas, todo va bien en un comienzo porque existe la perspectiva de ser perfecto, pero luego, poco a poco, a medida que se vuelve evidente que hay imperfección, la cosa queda fuera de control y yo pierdo la confianza. Con mi amiga luché por primera vez contra eso y conseguí entablar una relación más normal; de todos modos, sexualmente parece ser que soy perfecto, pero después de la última vez siento que ya no puedo lidiar más. Ella no me considera un amante ideal sino sólo satisfactorio. Queda destrozada una ilusión, y entonces retorno a la posición de tener que competir con otros, posición que nunca me agradó. Si soy de segunda categoría, salgo corriendo".

Analista: "La dificultad parece que estriba en concebir a los hombres como seres humanos que luchan por alcanzar una posición debido a su amor por una tercera persona. En esa posición, los hombres tienen que preguntarse: `¿vale la pena la tercera persona?' ".

Paciente: "Creo que yo sólo lucho cuando estoy seguro de ganar".

Analista: "Usted no está luchando por la chica, sino por establecer quién es el perfecto".

Paciente: "De la última vez me quedó una palabra importante, que es `rechazo'. Imperfección significa rechazo".

Analista: "Usted se refirió a que una razón para finalizar el análisis sería que éste fuese perfecto, o que usted hubiese alcanzado un estadio de perfección".

Paciente: "Aquí vuelve a aparecer el rechazo. ¿Sigo adelante en busca de la perfección y me detengo cuando ya he alcanzado evidentemente ese objetivo, o seguimos trabajando sobre la base de que la perfección no importa? En cuyo caso o bien soy rechazado en algún momento, o decido no venir más. El peligro reside en adoptar la idea de no venir con el fin de evitar el rechazo". Pausa. "Justo en este instante evitaba pensar en lo que pasa aquí. Estaba pensando en una cosa secundaria... ¿me daré un baño esta noche? ¿Me lavaré la cabeza? Lo importante es que yo no estaba aquí."

Analista: "Desde mi punto de vista, logró desprenderse de mí. Se fue a otra parte y pudo contármelo, a raíz de lo que veníamos diciendo".

Paciente: "Se me ocurre una idea que es para mí totalmente nueva... ¿usted me seguirá o no si yo me voy a otra parte? Si yo me voy, tengo que dar vuelta y regresar, lo que significa contárselo. Lo importante es, si uno se va, ¿habrá alguien que se moleste por eso? ¿Habrá alguien que quiera traerlo de vuelta? Es muy desagradable imaginar que uno se va y nadie le pide que regrese. Esto me hace pensar en las diferencias que hay en la educación de los niños. ¿Qué se hace cuando un chico es desobediente? Mi padre, por ejemplo... -aunque creo que no estoy describiendo a mi padre con exactitud- abordaba las rabietas infantiles no llevándoles el apunte. No, no es que él lo hiciera deliberadamente. Es que se dice que eso es beneficioso, porque cuando el chico descubre que no hacen caso de él, se calma. Desde el punto de vista del chico, para mí es un insulto".

Analista: "Lo deja pensando que si se va, es abandonado".

Paciente: "En realidad, por lo que recuerdo, papá era lo opuesto. Si sus hijos se portaban mal, decía: `Son infelices y necesitan que los quieran', y procedía sobre la base de ese principio".

(Nota: El analista recuerda que esto ya le había sido contado en la primera parte del análisis.)

"Papá ni regañaba ni ignoraba."

Analista: "Seguramente eso produciría una especie de parálisis en lo que respecta a la rivalidad común. Aprecio el valor que tiene decir que un niño con berrinches es infeliz, pero pienso que su padre evitaba los choques comunes que son propios de la relación padre-hijo".

Paciente: "Creo que era como yo. El sólo toleraba un choque si sabía que iba a ganar. En este asunto de las luchas, parece tonto luchar si uno sabe que va a perder. No me imagino cómo en los duelos de antaño podía satisfacerse el honor de un individuo cuando lo mataban. Parece sin sentido".

Analista: "Desde su punto de vista, sobre este tema sólo puede hablarse en términos de luchas concretas. En la actualidad, usted no es capaz de usar la fantasía o de jugar, o de ese alivio de la situación que se manifiesta en el touché de la persona que se bate a duelo. Por el momento, sólo puede pensar en términos de la muerte efectiva de uno de ustedes, en caso de pelear con su padre, y por lo tanto tiene que asegurarse bien de que el premio valga la pena".

Paciente: "Esto se conecta con mi pregunta sobre si falta poco para que termine la sesión. Forma parte de lo mismo. Si sigo adelante tal vez tenga que ser interrumpido, lo cual implica perder o ser despedido. Si me quedo en el diván y es la hora, siento que usted me ordena que me vaya".

(Esto acontecía siete minutos antes de la hora en que debía terminar la sesión.)

"Llegamos a una solución intermedia, por cuanto yo poco a poco termino y no tengo más nada que decir, y entonces usted me dice que es la hora. Yo estoy preparado de antemano, pero aun así recibo una sorpresa desagradable."

Analista: "No es habitual que usted se ocupe de este tema varios minutos antes de finalizar la sesión".

Paciente: "Por lo general me lo callo, pero eso me pone incómodo. Es muy difícil si a uno lo paran en medio de la corriente".

Analista: "Sé que la frase 'a uno lo paran en medio de la corriente' es una metáfora, pero es lo más cerca que usted ha estado nunca de la idea de la castración. Diría que es como si a usted lo hubiesen parado en el medio mientras orinaba, y esto me trae a la mente tres clases de rivalidad. En la primera hay perfección y lo único que usted puede hacer es ser perfecto también. En la segunda, usted y su rival se matan uno al otro. Y en la tercera, que es la que ahora se ha introducido, uno de los dos queda mutilado".

Paciente: "Acepto la idea de que me han parado en el medio mientras orinaba; también se parece mucho a que a uno lo paren en el medio del coito".

Analista: "Llegamos así a su uso de la palabra impotencia al describir lo que sentía cuando terminó la sesión de ayer. Me gustaría articular la idea de que usted es interrumpido en medio del coito con sus impulsos infantiles a interrumpir a sus padres cuando ellos estaban juntos".

Biblioteca D. Winnicott

Martes 10 de mayo

Paciente: "Pasé una noche agitada ayer. Supongo que por varias razones. Una fue el deterioro de la relación con mi amiga, que volvió menos tolerable mi casa para mí. También por lo que pasó aquí. No puedo entender bien por qué. ¿Es algo real, o son meras fantasías? Hay sin duda un elemento de querer que las sesiones analíticas me perturben. Siento que ésa es la única prueba que tengo de que algo está pasando. Me siento muy desilusionado si no hay ninguna perturbación, que para mí significa ningún progreso. La desazón de las dos últimas sesiones fue satisfactoria, desde mi punto de vista".

Analista: "¿Debo contarle de qué estábamos hablando?".

Paciente: "Bueno, si" (dubitativo). "Creo que sería conveniente."

Analista: "La idea de la rivalidad con un hombre, a la que tanto le costó llegar, parece haber aparecido en la relación conmigo. En la penúltima sesión usted se sintió impotente, y en la última llegó a la idea de ser interrumpido en medio de la corriente; de modo que en la fantasía se ha filtrado la idea de dos hombres, uno de los cuales mutila al otro. Antes sólo había matanza, lo cual significa que no valía la pena tomar en cuenta la situación de rivalidad".

Paciente: "No me explico por qué con las chicas tengo una particular dificultad para seducirlas, lo cual después de todo forma parte de la técnica del juego amoroso. Me parece irreal. No se me ocurre qué decir respecto de las chicas. ¿Será llevar las cosas demasiado lejos?, porque me parece que esto se vincula con la evitación de la rivalidad".

Analista: "Una idea sería que la chica debe buscarlo sin que usted la conquiste".

Paciente: "Sí, ésa fue la experiencia... la chica debe venir a buscarme".

Analista: "Se está refiriendo a la rivalidad en el proceso de hacer el amor".

Paciente: "Me resulta intolerable que tenga que haber rivalidad en cuanto a hacerle el amor a una chica".

Analista: "Si la chica no lo elige a usted; se siente abandonado".

Paciente: "Ha pasado con respecto a mi esposa y también con mi amiga. Ahora

que me convertí en una molestia para ella, lo único que puede hacer es tenerme lástima".

Analista: "Algo de esto puede enunciarse en términos de su situación como niño pequeño con sus padres y la rivalidad con su padre para ganarse el afecto de mamá".

Pausa

Paciente: "No creo que haya ninguna conexión de esa clase". Analista: "Tal vez usted estaba pensando en alguna otra cosa".

Paciente: "Sí, estaba pensando qué hacer en el futuro. Mi amiga me sugirió que tomara el puesto del servicio de emergencias para accidentes, porque en su hospital se había producido una vacante. Hasta entonces yo nunca había pensado en eso. Ahora se presenta un puesto similar en el hospital X, como médico no residente. Me pregunto si debo presentarme. Tiene ciertas ventajas. Por ejemplo, podría seguir viniendo aquí y continuar con el análisis si hay horarios libres por la noche; también hay cuestiones prácticas, no tendré que pagar el arancel de residente y me ahorraría una libra por semana. Sería cansador, habría que levantarse temprano; también estaría más tiempo en casa y tendría que enfrentarme con las dificultades hogareñas, pero la idea me atrae. El puesto del servicio de emergencias no conduciría de inmediato a una carrera profesional, pero sería una forma satisfactoria de posponer la decisión".

Analista: "En todo esto está presente la idea de continuar con el análisis".

Paciente: "Sí, el psicoanálisis reduce el tiempo libre y vuelve difícil tener tiempo para los amigos, pero quiero continuarlo".

Analista: "¿Hasta qué punto interferirá en la relación con su amiga?".

Paciente: "Eso ya no tiene importancia, se echó a perder. No puedo ponerlo seriamente junto a los demás factores que debo sopesar".

Analista: "¿Qué perspectivas tiene si se presenta a ese cargo?".

Paciente: "Le hablé por teléfono al médico que ocupa el puesto actualmente y charlé con él, y parece haber buenas perspectivas, salvo por el hecho de que nunca hice cirugía. De todos modos, puedo postularme y ver qué pasa. Esto significa un año más de psicoanálisis".

Analista: "Le da tiempo para redondear a su manera la idea de un objetivo final".

Paciente: "Sí". (Tema desarrollado.) "El puesto tiene también sus beneficios. Hay un punto muy curioso. Me atrae geográficamente: está en el otro sector de

Londres y conozco el lugar, X, por supuesto, a raíz del hospital. Tal vez no sea muy importante, pero vuelve el puesto más atractivo. Probablemente esté más cerca que ahora de aquí".

Pausa

Analista: "Algo sucedió. Usted se marchó y comprobó que yo no lo había abandonado. Se marchó al contemplar decididamente la posibilidad de interrumpir el análisis, y también, hace unos meses, al dejarse llevar por pensamientos que evidentemente no seguían la misma línea de lo que ocurre en esta habitación".

Pausa

Paciente: "Siento cierto grado de entusiasmo general. En parte es por la idea del nuevo empleo, como un modo de sortear las dificultades de interrumpir el análisis, pero en este preciso instante este entusiasmo me hace difícil ocuparme de nada. ¿No es muy común, que uno llega a algo que lo absorbe y durante un tiempo le es difícil ocuparse de otro asunto. Ahora quisiera levantarme y obrar de inmediato. Me siento como si quisiera sacudirme el yugo. Quiero tratar esto".

Analista: "¡Cuánto más fácil le es hacer algo así que puede manejarlo activamente, y no este asunto del psicoanálisis, donde tiene que esperar a que las cosas sucedan!".

Paciente: "Me siento culpable por la forma como conseguí mis empleos en los dos últimos años. Los obtuve sin tomar ninguna medida activa, salvo que en una oportunidad fui a la Asociación Médica Británica. Lo demás vino solo. No quiero seguir más a la deriva. Es deshonroso. Me da vergüenza. Me hace sentir débil, a merced de la marea; de todos modos no estoy decidido por ninguna carrera. Incluso para conseguir una chica no puedo hacer el esfuerzo de empezar, me dejo llevar. Cuando después de la escuela fui a la universidad, apenas si tuve que proponerme nada, simplemente me dejé llevar, y hasta la decisión de seguir medicina fue hasta cierto punto de mi madre. Ella me empujó un poco. La compadezco a mi mujer, que se queja de que cuando salimos de compras yo soy incapaz de decidir nada. Jamás puedo elegir un regalo. Mi esposa me desprecia. Así que ahora me entusiasma la idea de ir a conseguir lo que se me cruzó en el camino. Mi esposa me critica también que si salgo con ella, es ella la que tiene que elegir dónde ir".

(Lo importante en esta sesión fue que el paciente comenzó a superar su desesperanza, se manifestó en el cambio de su estado de ánimo general en comparación con la sesión previa.).

Biblioteca D. Winnicott

Viernes 10 de junio

Paciente: "Estuve en la escuela de mi hija el día en que invitan a los padres, y me resultó muy desconcertante. Tuve que hacer un esfuerzo para interesarme, pero después de una hora estaba muy agitado. Es imposible ser normal en un lugar así, y esto contrasta mucho con lo que sentía en el hospital. Cuando estábamos en la clase yo no sabía para dónde mirar, y me limité a seguir mansamente a los demás. Pienso que tendría que haber estado fascinado. Me molestó que no me afectase. Me pareció más interesante el edificio. Esto me recuerda que una vez estuve a punto de ser maestro... y esa idea me horroriza.

"En contraste con esto, me entusiasmó y hasta me fascinó descubrir cuántos chicos de cinco y seis años son capaces de pensar, la forma en que manejan ideas abstractas como para aprender a leer y escribir y muchas habilidades más. He comprobado por primera vez cuántas cosas damos por sentadas los adultos, y pude imaginarme a mí mismo en la escuela de niño, aunque como adulto no fui capaz de participar."

Analista: "Quisiera recordarle que ayer me decía que sus dificultades comenzaron en la época de la muerte de su padre, cuando usted era adolescente".

Paciente: "Tengo presente que usted me señaló que hace poco tiempo que le permití a mi padre morir, y yo le dije: `¿Eso ya pasó, o tal vez está pasando ahora?'. Y bien, es como si lo hubiese aceptado, y esto me retrotrajo al período anterior a la edad que yo tenía cuando murió mi padre y las cosas por primera vez me parecieron irreales. Probablemente fue a la edad en que estaba aprendiendo a leer. Más o menos la que tiene ahora mi hija".

Analista: "Así que de niño, mientras aprendía a leer, etc., usted se sintió irreal en la escuela".

Paciente: "Era difícil trabajar con los chicos. La misma dificultad que tengo ahora para amoldarme a lo que hacen los demás, aunque me perdí la posibilidad de juntarme con ellos. Quiero ser sociable pero algo se interpone y no puedo. Esto se relaciona con los cinco o seis años, la época en que empecé a arreglármelas solo, y nunca más volví a hacer lo esperado. Hoy tendría que haber querido ir, pero no quise".

Analista: "¿Qué recuerdos tiene de sus cinco o seis años? ¿Del primer día de clase, por ejemplo?".

Paciente: "Sólo lo recuerdo vagamente, pero ya tenía siete años en ese momento. Como usted recordará, mamá dirigía una escuela y no fue sino a los siete u ocho años que yo fui a la escuela preparatoria. Cuando tenía cinco iba a la escuela de mamá, junto con mis dos hermanas y los hijos de los vecinos".

Analista: "Así que en la escuela que dirigía su mamá los otros niños eran intrusos en su casa".

Paciente: "Durante largo tiempo, en rigor, yo me negué a participar. Uno de los motivos era el resentimiento -y ésta es una idea nueva en mí-, el resentimiento de que los otros chicos se metiesen en mi familia. Simplemente me fui a otro lado".

Analista: "Usted recuerda que tuvo un período de retraimiento en cierta época, como cuando encontró a su hermanita en el regazo de su mamá".

Pausa

Paciente: "Ahora experimento una tendencia a enfrentar la situación, a mirar hacia adelante pero no aceptar. Esto tiene que ver con mi quedarme dormido. Es lo mismo que no ir a la escuela, y lo mismo que mi retraimiento a los cuatro o cinco años".

Pausa. (Probablemente se quedó dormido.)

"Tengo dificultades para mantenerme despierto aquí. Esto es lo mismo que escaparse de la escuela. Nunca me enfrento con el dilema, sino que me escapo."

Analista: "Está protegiendo a todos de su furor, y salvando así al mundo. Si usted no se escabulle, todos van a morir".

Paciente: "¿Por qué?".

Analista: "Por el furor de que estábamos hablando".

Paciente: "De vez en cuando me pregunto si yo tenía algún sentimiento en la época en que destruí a los otros chicos que venían a la escuela de mamá".

Analista: "Al retraerse, usted logra dos cosas: conservar la omnipotencia, y también salvarles la vida a los chicos".

Pausa

Paciente: "En este preciso instante siento que el obstáculo es tan enorme, que no puedo superarlo".

Analista: "Hemos visto que en la adolescencia tenía que proteger a papá de su

furia, pero a los cuatro o cinco años no había, en cierto sentido, ningún padre que salvara la situación, porque él eludía asumir el rol de padre fuerte".

(Mientras le hacía esta interpretación, el paciente rápidamente se quedó dormido.)

Paciente: "Parece que hoy me estoy quedando dormido varias veces. Esto debe de ser importante".

Analista: "Creo que no escuchó lo que le decía. Le hablé de que como su padre estaba enfermo, usted tenía que protegerlo". (Repetí la interpretación.)

Paciente: "Se me ocurre que tal vez sea una observación inútil, más bien abstracta, la de que la dificultad aquí es que no puede haber un retraimiento común, como en una reunión social en la que no tengo que hablar si no quiero. Aquí tengo que avanzar más allá para escapar de una situación. Si no hablo, eso es demasiado bien comprendido".

Analista: "No hablar equivale a matar".

Paciente: "En parte, el silencio viene de la necesidad de mantener apartados de aquí ciertos sentimientos. Tengo derecho a no decir cosas, pero no me percaté de los sentimientos profundos. Lo único que puedo dar por sentado es la palabra furia".

Analista: "Sí, todavía no lo sabemos con seguridad".

Pausa

Paciente: "También parece como si desde una edad temprana, digamos los cuatro o los cinco años, sustituí mi ser emocional real por un ser intelectual, porque aquél no podía hacerse sentir".

Analista: "Y por lo tanto ese ser emocional no tiene experiencia".

Paciente: "Hoy me es más difícil concentrarme y mantenerme despierto. ¿Querrá decir que hay algo particularmente peligroso? En parte esto se vincula con que al cambiar de trabajo, no sé con certeza durante cuánto tiempo más podré seguir viniendo en el horario de costumbre, aunque por supuesto si lo necesito, puedo venir". Pausa. "Hay otra idea vinculada al silencio, y es que es improductivo. Usted dijo que puede ser útil. Hoy parece que quiero desafiarlo. Muy bien, usted dice que es útil: veamos entonces qué pasa si yo no hablo. ¡Póngase a prueba! Probablemente haya cierta angustia por la idea de que usted haya podido hacer uso del silencio. Cuando soy desafiado, entonces, no puedo escapar, tengo que venir. No hay forma de traer aquí el no venir".

Analista: "Creo que aquí soy su madre, y usted tiene cuatro o cinco años".

Paciente: "Es muy importante que mamá no conociera mis sentimientos, porque hay algo que no me animé a contarle, ya que hubiera significado su destrucción".
Pausa. "En esos días mi única esperanza era crecer de repente y así evitarme un montón de cosas desagradables. Quise convertirme en adulto desde los cinco años. Quería ser sociable, pero prescindiendo de las etapas intermedias entre la niñez temprana y la adultez. Esa era la única vía segura posible".

Analista: "Parece que fue suprimido todo el período que suelen llamar período de latencia. La muerte real de su padre, años más tarde, parece haber sido una versión de su muerte en ese período".

(Por la falta de respuesta del paciente ante esta interpretación sentí que probablemente no había sido correcta. El paciente estaba casi dormido.)

Paciente: "Ahora se me ocurre que hace dos semanas, cuando pude de pronto hablar libremente y perdí la conciencia del tiempo, hasta cierto punto eso fue artificial, una treta. Lo cierto es que con eso ocultaba la idea de no hablar en absoluto. Estoy empezando a descubrir qué hubo en el pasado detrás de mi no hablar. Siempre consideré este síntoma como un mero fastidio, por más que usted dijo que era potencialmente valioso. Creo que escondía algo, pero sólo ahora tiene significados para mí cuando digo que lo importante es el silencio".



Biblioteca D. Winnicott

Lunes 14 de febrero

Paciente: Me informó que la fase de entusiasmo había terminado. Se había disipado su carácter novedoso. Hubo tres factores. Uno es que él estaba cansado; otro, que el entusiasmo no podía resolverle todos sus problemas. (Noté el fin de una fase de exaltación.) Mientras estuvo entusiasmado, tuvo la esperanza de que automáticamente se resolverían las dificultades con su esposa, etc., y ahora se daba cuenta de que seguían igual que antes.

Analista: Traje a colación el final de la sesión anterior, cuando él dijo que confiaba en que yo también me entusiasmará. Le señalé que estábamos refiriéndonos a la exaltación, y que para él era importante que yo no hubiese compartido su exaltación, aunque sí su entusiasmo.

Paciente: Dijo que el cambio había persistido, en alguna medida; por ejemplo, notó una menor necesidad de armar una actuación: el vivir había dejado de ser en sí mismo una pesada carga y una actividad premeditada. Aunque seguía teniendo dificultades para hablar, ya no era un problema permanente; con frecuencia, poco importaba que él no hablase como el resto de la gente. Pausa. Dijo que cuando se terminaba el entusiasmo sentía angustia, porque durante el período de entusiasmo tenía mucho que contar en el análisis, en cambio ahora, nuevamente, no tenía nada para decir.

Analista: "En realidad, lo que quiere decir es que no tienen nada en absoluto que decir".

Paciente: "Eso fue como destapar la olla. Mostró que todo lo que yo dije no tenía ningún valor. Me sentí expuesto". Pausa. Declaró que decididamente no tenía ganas de hablar.

Analista: Aquí le hice una interpretación amplia trayendo a colación otra anterior en la que había vinculado el análisis actual con la primera etapa, completada durante la guerra sin que él hubiese alcanzado mucho insight. Le dije que la satisfacción le aniquilaba el objeto. La semana pasada había recibido cierta satisfacción, y ahora yo, como objeto, había sido aniquilado.

Paciente: "Eso me da que pensar, porque me preocupó el hecho de que mi amiga no me interesara más".

Luego me hizo una reseña de la relación con su esposa a la luz de esa

interpretación mía. Observó que sus satisfacciones siempre le habían provocado, en algún grado, esa angustia asociada a la aniquilación del objeto.

Analista: Le hice una interpretación sobre la continuidad de mi interés en el período en que yo parecía aniquilado.

Paciente: Comentó que, desde el punto de vista intelectual, podía entender que hubiera continuidad en mi interés y que el objeto continuase, pero debía hacer un esfuerzo para llegar a sentir esas cosas como reales.

Analista: Le hice reparar en su uso de la frustración, que mantenía una satisfacción incompleta y preservaba al objeto de ser aniquilado.

Pausa

Paciente: "Siento ahora que he llegado a cosas importantes. Mirando atrás, puedo reconocer que este problema es real. Me pregunto si esta reacción será rara o poco común, o si soy como el resto de la gente".

Analista: Examiné con él los dos aspectos de esta cuestión:

primero, él se estaba refiriendo a un fenómeno universal, y en segundo lugar, estaba abordando algo que tenía más importancia para él que para algunos otros.

Paciente: "¿Cómo afecta esto al bebé que toma el pecho?". (Aquí se estaba remontando a los rasgos esenciales de su primer análisis y aproximándose mucho a ellos.)

Analista: Le hice una descripción más larga y minuciosa de las dos reacciones posibles, la esquizoide y la depresiva (sin usar estos términos). Le hablé de los botones del saco que el chico arrancaba, y que en la mente del paciente estaban asociados a la palabra "canibalismo". Le dije que para él, una vez que había arrancado el botón, lo importante era que quedaba satisfecho, y por ende el botón perdía importancia (era decatectizado). "Hay una reacción posible, y se la menciono porque está presente en su análisis, aunque usted no puede verla. Sería la de preocuparse por el saco despojado de su botón, y también por el destino del botón."

Paciente: Evidentemente, entendió lo que yo quería decirle. Pausa. Comentó que durante el fin de semana había estado pensando mucho en dos actitudes extremas que tenía que adoptar en su carrera profesional. Por un lado, estaba una evolución intelectual y erudita, dejando de lado todo placer. La otra alternativa era hacer de la búsqueda de placer su afán más importante. En la práctica, la primera implicaba seguir el consejo de su jefe, escribir historias clínicas e iniciar una carrera médica basada en una postura intelectual. Toda la vida de su jefe estaba en la medicina tomada desde el plano intelectual. Él estaba tentado de

seguir este régimen espartano, pero, dijo, esto lo dejaría a él como individuo fuera de concurso; y la otra alternativa tampoco le resultaba satisfactoria, ya que sería una pura búsqueda de placer. Podía oscilar adoptando un curso intermedio entre ambos extremos, pero esta oscilación no sería satisfactoria tampoco.

Analista: Relacioné esto con el material que teníamos entre manos, diciéndole que si su análisis no avanzaba más allá de donde habíamos llegado hasta entonces, él se quedaría con un problema exactamente igual al que había descrito, correspondiente a la primera de esas dos reacciones (la esquizoide). Le dije que era posible hablar del futuro, y que su análisis ya había mostrado que él estaba al borde de seguir la otra línea de evolución, con preocupación por el objeto. Si el análisis abarcaba este tema, automáticamente aparecería una nueva solución para el problema fundamental de la forma en que procedería en su carrera.

Paciente: Se preguntó cómo era posible tener alguna esperanza de llegar en el análisis a algo que jamás antes se había presentado. "¿Es posible llegar hasta algo de la propia naturaleza de uno que aún no existe? ¿Cómo puede uno lograr preocuparse por el otro, si nunca lo hizo? ¿Puede crearse algo de la nada? ¿O por el contrario, hay algo enterrado que debe descubrirse?".

Analista: Le dije que, en alguna medida, podríamos comprobar que él había conseguido preocuparse por el otro pero, en alguna situación infantil, perdió esa capacidad a raíz de la desesperanza. De todas maneras, no era imposible dar en el análisis un paso que jamás se había dado antes. Estas cosas no dependían sólo de él, sino también de su analista.

Paciente: "Bueno, por supuesto, un bebé tiene que llegar a esas cosas por primera vez con su mamá".

Analista: "En los últimos minutos estuvimos hablando intelectualmente; estuvimos hablando de su análisis, lo cual es algo diferente que analizarse".

Paciente: "Sin embargo, yo pienso que tiene valor positivo hablar de las cosas intelectualmente".

Analista: (No pude dejar de comparar esta situación con la que se presentaba al final del primer análisis, cuando sobrevinieron grandes cambios en la personalidad y en las relaciones externas de ese hombre, pero él no tuvo ningún insight.).

Biblioteca D. Winnicott

Martes 15 de marzo

Paciente: "No puedo recordar lo de ayer. Me parece recordar que ayer yo quería decir algo y la sesión me resultó corta".

Pausa

Analista: "¿Se lo recuerdo o no?".

Paciente: "No sé, en realidad".

Analista: "Es cierto que debimos terminar antes, porque usted tenía que ir al dentista. Quería que le hiciese una interpretación de lo que usted me comentó sobre los hechos reales que sucedieron".

Paciente: "Sí, yo estaba tratando de ayudarlo para que usted pudiera interpretar. Todo giraba alrededor de mis inesperados sentimientos de impotencia. La cuestión era si esta experiencia emocional podría ser productiva".

Analista: "Su angustia tenía que ver con su sentimiento de que había terminado una etapa, pues la impotencia indicaba que ahora la relación con su chica era más completa".

Paciente: "Seguí sintiendo lo mismo cuando me fui. Después del dentista me fui a casa y estuve deprimido pensando que mi esposa se mantendría inerte y que yo no tenía nada que esperar. Luego me invadió una sensación de impotencia generalizada, con una falta total de interés por las mujeres, en agudo contraste con mi excitación de días atrás. Para mi sorpresa, mi esposa quería irse al cine (en estas ocasiones, el paciente cuida a las hijas), y eso me puso contento; en cualquier caso, aliviar la tensión en casa, etc., etc. A pedido suyo telefonee al hospital y averigüé que su amigo no estaba tan enfermo como ella había pensado; enseguida eso me puso más contento. El dilema podía archivarse. Cuando volvió y se lo comenté, ella se sintió aliviada y después yo volví a deprimirme, más que nunca. No sé por qué, en realidad, salvo que esto haya puesto de relieve el conflicto con mi chica. Pronto llegará el momento de tomar una decisión, y yo no salto de alegría con mi amiga. Le insinué a mi esposa la posibilidad de que nos fuéramos de vacaciones por separado, y se mostró más dispuesta de lo que yo suponía a aceptarlo; así que estoy frente al dilema. Me doy

cuenta de que sigo apegado a mi mujer, más de lo que estoy dispuesto a admitir, aunque la situación no tenga esperanzas". Pausa. "Parece que pasa lo mismo que ayer. Me pregunto si usted retomará esta historia. Me temo que no le ofrecí mucho."

Analista: "Me preguntaba, simplemente, por qué motivo no tengo nada para decirle".

(Luego pasé revista a la sesión del día anterior y me refería a su dilema, y a su intención de seguir usando a la amiga sin verse envuelto en las complicaciones propias de mantener con ella una relación más amplia, de interdependencia.)

Paciente: "Hay algo más, pero no se lo dije antes porque quería saber si habría alguna secuela de lo que hicimos ayer.

Surgió el siguiente planteo: ¿en qué voy a trabajar después de lo que estoy haciendo ahora? Se me ha sugerido que en el otoño puedo pasar a ser secretario administrativo en este mismo grupo. Las ventajas serían un mayor sueldo, y poder continuar el tratamiento. Tengo que decidirme. Creo que estoy en condiciones de afrontar ese empleo. Es lo que estaba pensando mientras venía; como me parece interesante, lo dejo en un segundo plano".

Analista: "Esta idea indica un verdadero cambio en usted, especialmente como primer signo de que su enfermedad sobrevino cuando debió asumir una responsabilidad".

Paciente: "También significa que no quiero hacer más trabajos secundarios, y que ahora me siento más seguro para apuntar más alto".

Analista: "Ese empleo llega como parte del análisis, y usted esperaba que yo también me interesase".

Paciente: "Ahora es más fácil para mí brindar asesoramiento que hacer el trabajo yo mismo, ya que después de dos años las tareas de rutina se han vuelto algo aburridas".

Analista: "¿Además tendrá que enseñar?".

Paciente: "Sí. La cuestión es: ¿soy lo suficientemente maduro para enseñar? Antes no era lo bastante maduro o no me sentía lo bastante seguro como para decirle a la gente lo que tenía que hacer".

Analista: "¿Es un cargo de secretario administrativo auxiliar?".

Paciente: "Sí. El individuo que lo está desempeñando ahora no está tan calificado como yo para eso, y tiene menos experiencia".

Analista: "Me está diciendo que una potencia general no es anulada por una impotencia localizada específica".

Paciente: "Ayer usted me habló de mis celos por los hombres, que no aparecían para nada. Pero comenzaron a hacerse presentes anteanoche, cuando me sentí impotente, por más que sólo en un segundo plano. Pero me molestan. No me agrada competir con los hombres".

Analista: "Parece correcto competir cuando uno sabe que es mejor".

Paciente: "Por otro lado, tampoco me gusta competir cuando hay desigualdad".

Analista: "En el consultorio analítico, es importante para usted que seamos sólo dos -lo mismo que cuando usted era pequeño y estaba con su madre- o, si somos tres, que el tercero quede excluido".

Paciente: "Ahora me doy cuenta de que en el caso de mi esposa no admito la posibilidad de un rival. Con mi amiga por más que yo sabía que había otros hombres en su vida, no los tomaba en serio: la idea me divertía. Me gustaría jugar a competir. Aquí, en el análisis, me tomo la gran libertad de suponer que no hay nadie más, y me niego a reconocer que hay alguien antes y después. En la puerta esquivo a algunas personas, pero sólo las veo por accidente y existen en abstracto. Niego su existencia".

Analista (casi sin darle tiempo a terminar de hablar): "Si puede admitir que hay tres personas, lo alivia saber que el tercero puede tener el pene rival, ya que entonces usted no necesita pensar en la mujer con pene". (En voz alta, porque el paciente se estaba durmiendo.) "La última vez, usted estaba enojado conmigo por detener la sesión, o con el dentista por interponerse entre nosotros." Pausa. (Se despertó después de tres o cuatro minutos.) "¿Se quedó dormido, me parece?" (Asintió. Repetí la interpretación, y su tendencia a dormirse se disipó al comenzar a comprender lo que yo le interpretaba.)

Paciente: "Es extraño, ayer pensé que el dentista está en una posición inferior a un analista, y sin embargo con él tengo que cuidar más mi puntualidad que en el análisis. Pensé que era impropio del dentista pretender que yo fuese puntual".

Analista: "Es razonable que sea puntual con el dentista, ya que sólo va a verlo de vez en cuando... aunque probablemente haya tenido que esperar".

Paciente: "Sí".

Analista: "Pero lo principal es que nuestra relación fue detenida por un dentista a quien imagina peligroso, alguien que podría sacarle los dientes para castigarlo por morder, por sus impulsos y sus ideas canibalísticas... una especie de castración".

Paciente: "Sí".

P S I K O L I B R O

Biblioteca D. Winnicott

Martes 17 de mayo

Paciente: "Hay realmente muchísimo para decir hoy, pero empezaré por lo que usted dijo la vez pasada. Dijo que estaba vivo. Me impresionó que en la última sesión usted no hiciera nada bueno, y ahora me parece que eso ya estaba simbolizando que usted no estaba vivo. Que esté vivo es equivalente a que haga cosas, que haga algo que importe. Se me ocurrió que yo no tenía ningún sentimiento hacia usted, ni admiración, ni amor, ni odio. Es como si sintiera que usted no estaba vivo".

Analista: "Así que cuando le dije que estaba vivo, no surtió mucho efecto".

Paciente: "No, no quiero decir eso, porque puso el tema sobre el tapete. Puso de relieve algo que había surgido en una discusión que tuve con mi esposa. La obligué a hablar y a admitir ciertas cosas. La hice hablar sobre si lo había venido a ver a usted hace un tiempo, cuando finalmente resolvió no venir. Siempre se negó a contarme por qué al final no vino. Más todavía, me dijo: 'Nunca te lo contaré'. Pero al mismo tiempo yo imaginé que ella estaría pensando que si me dejaba, yo me iba a suicidar. Ahora admitió que lo que quería preguntarle a usted era qué efecto tendría que ella me abandonase. Sin embargo, no retomó este asunto, porque a su modo resolvió no dejarme en ese momento, a pesar de su amigo. Además, hace unas cuantas sesiones usted dijo que no sabía cómo era mi esposa, porque yo jamás se la describía como persona. Sentí que lo que me quería decir es que usted había querido conocerla, pero deliberadamente no lo hizo. Al mismo tiempo, se me antojó que había estado en comunicación con ella a mis espaldas".

Analista: "¿Qué pensaría si se enterase que yo había estado en comunicación con ella?".

Paciente: "Eso me sacudiría, mientras que antes no me importó que mamá hablara con usted sin yo saberlo, me pareció razonable. Yo era incapaz entonces de manejar mis asuntos, pero ahora me molestaría mucho. Mi esposa trató de persuadirme de que no fuese al hospital, de que no dejase mi trabajo y no reanudara el psicoanálisis. Me dio una nueva razón por la cual no quería que yo me internase en el hospital: tenía miedo de que, a causa de su amigo, ella no resistiese la tentación de abandonarme. En esa época yo estaba desvalido. En cuanto a no seguir con el psicoanálisis, su inquina se basaba en parte en que yo siempre le había dicho que yo estaba en contra del psicoanálisis, y a ella le

horrorizó mi debilidad. Considera el psicoanálisis como una forma cara de curanderismo.

"Esto plantea la cuestión: ¿cuánto progreso hicimos realmente aquí? ¿No habría progresado lo mismo si no hubiese venido? Sin duda que comparto un poco el punto de vista de mi mujer. Ahora estoy continuamente recordando mi enfermedad tres veces por semana, y eso es lo que me dice ella, queriendo significar que sería mejor que yo no hubiese venido y siguiera mi evolución normal.

"Supongo que usted no puede darme una respuesta. Lógicamente usted no me va a decir 'Soy un curandero'. Y si es sincero, habría interrumpido el tratamiento en caso de pensar que no me estaba haciendo bien. Si mi esposa finalmente me hubiese prometido que se quedaría conmigo si yo dejaba el análisis, tal vez hubiera intentado dejar de venir, pero no me prometió nada. Y si lo hubiera hecho, ¿habría cumplido con su promesa? Me pregunto qué habría sucedido aquí. El problema es que siempre estoy tratando de forzar a otros a que tomen decisiones por mí. Me gustaría hacer que usted me diga algo, aunque por otro lado si usted toma alguna decisión, me hace sentir infantil."

Analista: "Creo que al hablar de estas cosas no toma en cuenta toda la cuestión de la cooperación inconsciente. Si ocurriese que al venir aquí usted viese que yo lo defraudo y le fallo, creo que habría reaccionado antes de ahora, yéndose".

Paciente: "Siempre espero que llegue una etapa en que usted diga que, aunque todavía hay más para hacer, ya llegamos al final de lo que usted puede hacer".

Analista: "Sí, podría ser".

Paciente: "La última vez, por cierto me asaltaron dudas durante la sesión: '¿Podrá Winnicott enfrentarse con esto?-'".

Analista: "Hay dos maneras de ver esto. Una es la racional, sobre la que usted habló. También está el hecho de que se vislumbran ciertas grandes angustias en el horizonte. Se relacionan con los progresos vinculados con el reconocimiento de que puede haber rivalidad entre hombres, y, además, de que en un choque entre dos hombres uno de ellos podría ser mutilado en vez de ser matado. Dicho sea de paso, la última vez usted llegó tarde, lo cual no es frecuente; y eso significó que durante toda la hora yo sabía que el final de la sesión iba a caerle como que lo interrumpían en medio de la corriente".

Paciente: "Últimamente noto que me inquieta mucho menos llegar a tiempo. Hoy es martes, el día en que usted a menudo me hace esperar. Antes yo habría corrido el riesgo y hubiera estado puntual. Hoy llegué unos minutos tarde, y fue culpa mía. La cuestión es simplemente que el acento está puesto en otra cosa".

Analista: "Por cierto parecería que hay menos temor, con respecto a este asunto de llegar a tiempo".

Paciente: "Creo que he llegado al punto de animarme a venir muy tarde. Los pocos minutos que me retrasé hoy simbolizan, en realidad, haber llegado increíblemente tarde. Fue una protesta silenciosa. No me parece haber abordado esto antes: que durante la sesión nunca me permito saber la hora exacta. Nunca miro el reloj. Siento que no debo hacerlo. El hecho de que no haya ningún reloj a la vista debe formar parte de la técnica para inducir una relajación. De vez en cuando, en los últimos tiempos, he mirado subrepticamente mi reloj, pero sentía que era grosero. Sin embargo, no veo el motivo de todo esto".

Analista: "Dicho sea de paso, por este medio usted evita controlarme y verificar si recibe algo que vale la pena por lo que paga".

Paciente: "Bueno, de acuerdo con el arreglo actual en cuestión de horarios, a veces me paso de la hora y entonces siento que usted me hizo un regalo. Si mirase mi reloj, sentiría que debería recordarle que ya es la hora".

Analista: "De estas diversas maneras, usted entra en rivalidad conmigo de forma simbólica".

Paciente: "Me gustaría volver a lo que decíamos de mi esposa. Sin duda no sé lo que quiero, ni lo que debería querer. Parece falta de realismo hacerla retractarse de sus decisiones, llegar a un trato con ella. No valdría la pena".

Pausa

Analista: "¿Su esposa sigue siendo contraria al psicoanálisis?"

Paciente: "Sí, probablemente, aunque no lo reconoce con franqueza. Si lo hiciera, tendría que ofrecerme alguna otra cosa a cambio. Ella diría que lo que quiere es que yo me pueda parar solo. El problema es que nunca creyó que yo estuviese enfermo o necesitase ayuda y como consecuencia de eso, desde su punto de vista todo lo que sucede ahora es culpa del tratamiento psicoanalítico. Además, acaban de ofrecerme ese cargo de secretario administrativo, lo cual me gustó mucho. Significa mayor sueldo y prestigio, pero luego caí en la cuenta de que era muy peligroso. La cuestión es: ¿estoy en condiciones de hacerlo? ¿No estaré quemando mis naves al volver inevitable una carrera académica?"

Analista: "Lo cual significa, desde luego, que nunca trabajará como cirujano".

Paciente: "No, no es eso lo importante. Lo importante es que este cargo me va a dar demasiadas oportunidades de ser indisciplinado. En mi tarea actual estoy sujeto a los pacientes y a sus necesidades; como secretario administrativo podría `relajarme'. Yo me he demostrado a mí mismo de muchas maneras mi falta de

autodisciplina. Por ejemplo, decido no fumar más y después fumo, y esto en parte es debilidad, pero también es ser desobediente. Tengo que fumar para someter a un desafío a mi propia disciplina".

Analista: "Hay algo que lo controla desde dentro y que es tan fuerte, que usted siente que corre el riesgo de ser paralizado por eso, y debe desafiarlo para conservar su libertad".

Paciente: "Cuando tengo tiempo libre, a veces no puedo lograr ponerme a trabajar. De otro modo, este impulso interior me volvería inhumano. Tengo siempre la sensación de que no quiero perderme algo, y si me dejo avasallar por este poder que me disciplina desde dentro, podría perderlo todo".

Analista: "Se siente mejor frente a eso cuando puede esperar hasta que realmente tiene ganas de hacer lo que sea".

Paciente: "¡Pero tengo ganas de tantas cosas! Por ejemplo, está el deseo, en este momento, pero también siento la necesidad, de ser bueno. El deseo primitivo no es lo principal. Está este sentimiento de una necesidad de ser bueno, basada en el temor. Además, no quiero ser bueno por temor, ya que eso me deja más solo. En este puesto de secretario, si es que lo cumplo bien, quedo a una distancia remota, y esta perspectiva me aterra. Al final del día me iré a casa y la vida se detendrá. Me doy cuenta de que no quiero estar a solas con mi mujer, porque de este modo me siento separado, y ella prácticamente no tiene amigos. En cierto sentido, es lo opuesto de crecer, de ser padre. Si somos chicos, estamos todos los chicos juntos, pero los padres están solos. También sucede lo mismo con mi dificultad de hablar con la gente. Tengo miedo de dominarla desde arriba, y entonces, como escapatoria, no tengo nada que decirle y ellos inician la conversación y yo me meto en el medio, y así evito la soledad".

Biblioteca D. Winnicott

Miércoles 18 de mayo

(Este día yo me sentía muy cansado y sólo pude seguir adelante con grandes dificultades. Hay claras muestras de ello. En esta oportunidad el paciente no estuvo somnoliento.)

Paciente: "Ayer dejamos en medio de algo, y no puedo recordar qué era. Sé que dije alguna cosa relativa a mirar mi reloj, y a mis técnicas para evitar que usted me interrumpa".

Analista: "Por el momento no puedo decirle qué es lo que sucedió al final de la última sesión, pero se lo haré saber cuando lo recuerde".

Paciente: "No puedo pensar qué era. Creo que mis olvidos son una clara protesta contra algo. Hubo algo relacionado con la actitud de mi esposa, y usted mencionó formas inconscientes de cooperación". Pausa. "Hoy no parece haber nada para sacar del bolso."

Analista: "Me está acudiendo de vuelta ahora que al final hablamos sobre su sensación de que si quedaba en la posición de padre estaría solo, mientras que en la posición de niño tiene a otros niños junto a usted".

Paciente: "Ah, sí, esto concuerda con la crítica de mi esposa, según la cual yo soy una criatura, y cuando hablo me la paso quejándome. Creo que inconscientemente, por así decir, lo hago de manera deliberada".

Analista: "Es una especie de juego. Parece haber una neta distinción en su mente entre estar en la posición de padre y en la de niño, como si ambas fuesen mutuamente excluyentes".

Paciente: "También está el temor de decir las cosas. La cuestión es: ¿caerá bien lo que digo? Siento que mi manera de hablar es afectada y artificial".

Analista: "O bien usted dice y dirige, o bien, en el otro extremo, tienen que decirle las cosas a usted".

Paciente: "No, más bien la sensación es que los otros se van a apoyar en mí. No es lo mismo. La idea es la misma, pero expresada de otra manera. Debería decir

que la angustia por el nuevo empleo no procede de lo inconsciente profundo; es también un preguntarse conscientemente: ¿seré capaz? Algo como una imagen tuve en ese momento; alguien entró a la casa desde fuera. Fuera hay factores desconocidos, pero dentro puede dominarse la angustia, así que cierro la puerta para evitar que interfieran factores externos". Pausa. "Parece que me estoy escabullendo. Por ejemplo, acabo de pensar en una película que fui a ver anoche. Parece que prefiero irme de aquí. Pude observar que si produzco ideas, eso es trabajar, pero la relajación que aquí se me demanda es lo opuesto, y no me acuden ideas o bien me escabullo."

Analista: "¿Adónde lo llevó de hecho su escabullida? ¿A qué película?"

Paciente: "Bueno, fui a ver Carmen Jones".

Analista: Le comenté que yo había visto esa película.

Paciente: "Es una caricatura de Carmen. Tiene que ver con un problema que tenemos en el hospital, donde las enfermeras de color están reemplazando poco a poco a las blancas. En la película todos los personajes son negros, lo cual en sí mismo ya es anormal. Ni siquiera en Estados Unidos uno va encontrarse con que no hay más que negros. Así que la película era algo remoto, era diferente de la realidad, y entonces los negros y las enfermeras negras no cumplían con su papel de servirme de amigos".

Analista: "Se escabulló con la expectativa de encontrarse con otros niños para jugar, pero no había hermanos ni hermanas apropiados".

Pausa

Paciente: "Aquí interviene una cosa: fui al cine con mi chica, y ella me contó que había tenido una relación con un egipcio, para experimentar; así que se me ocurrió si yo no sería otro experimento. Todo se torna muy impersonal. Además, ¿me animaría yo a hacer el experimento con una mujer negra? Aquí hay un contraste vinculado con mi esposa, que a pesar de salir con su amigo sigue teniéndole horror a la infidelidad. Jamás discutiría sobre la infidelidad ni siquiera de forma abstracta. Se siente muy incómoda en lo que respecta a su amigo, porque mentalmente no se hace la idea de dos a la vez. A mí la idea de una fidelidad absoluta me parece demasiado abstracta, y por lo tanto no le doy importancia. Mi infidelidad no importa en tanto y en cuanto sea ideológicamente fiel. Creo que ésta fue una de las razones por las que mi esposa pensó que tenía que abandonarme: no soportaba la idea de la infidelidad". Pausa.

(Mis notas no son claras en este punto.)

"No veo por qué tengo que seguir aferrado a una situación sin esperanza con respecto a mi esposa, dejando de lado por ahora la cuestión de las niñas. Una

razón, quizás, es que la veo a mi esposa como una madre. Es como si estuviese aferrado a una figura materna." Pausa. "Parece que me estanqué."

Analista: "Es como si usted fuera capaz de ser un niño en relación con mamá, pero si se convierte en niño no hay ningún otro niño".

Paciente: "Hay cuatro cosas que pueden decirse sobre eso. Primero, al aferrarme a mi esposa soy un hijo único. Segundo, aferrarse a la esposa de uno de esta manera es anormal; por más que ella estuviera dispuesta -y por cierto que no lo está-, la sociedad no lo aceptaría. Tercero, sé que mi esposa desprecia esta actitud mía. Cuarto, yo también la desprecio. Así que descargo en mi esposa el fardo de la decisión sobre si tengo o no que venir aquí. Cuando yo estuve enfermo todo anduvo bien: en ese momento pude dejar de lado su opinión; pero ahora siento que sus ideas son un verdadero desafío. Viniendo aquí me degrado. Estoy mirando a través de los ojos de mi mujer, y ella puede ver que mi madre y mi hermana, que se analizaron bastante, no son normales, más aún, ambas tuvieron que volver al análisis.

Mamá sigue siendo sumamente incongruente, y esto pone de relieve que el psicoanálisis es curanderismo".

Analista: Aquí procuré mostrarle los dos aspectos de su idea de dejar el análisis. Uno, el racional, me lo estaba describiendo con claridad; el otro eran sus temores respecto del desarrollo del análisis de una situación triangular, y de la rivalidad y la castración. No pude formularle esta interpretación claramente porque yo estaba cansado, y también porque antes de empezar a hacerlo no tuve la seguridad de que fuese la interpretación requerida.

Paciente: "Volví a escabullirme, pensando en el hospital".

(A mí mismo me resultaba muy difícil prestar atención en este momento.)

Analista: (Le hice esta interpretación más con el propósito de seguir concentrado yo mismo, que por ningún otro motivo.)

"Usted se siente en dificultades cuando lo llevo a la idea de la rivalidad entre usted y yo. Por ejemplo, nunca se ha referido a nuestra relación como una manera suya de emplearme".

Paciente: "Mi esposa me desprecia, y yo concuerdo con su opinión. Si tengo que depender de usted y de ella para tomar una decisión, como de hecho sucede, no me resuelvo a seguir con el análisis o interrumpirlo. Dos noches atrás, me dijo que lo importante sobre su amigo era, para ella, que é: había decidido dejar a su esposa. Fue la primera vez que me aclaró esto. Entonces, dijo, ella estaba en condiciones de decidir qué hacer con él. Por cierto que su amigo no le dijo -como siento que lo estoy haciendo yo- que abandonaría a su esposa en caso de que mi

mujer se fuera a vivir con él: tomó primero la decisión por su cuenta. Mi esposa necesitaría que yo tomase una decisión sobre el psicoanálisis, y no que transara diciendo que dejaría el análisis en caso de que ella se quedase junto a mí".

Biblioteca D. Winnicott

Miércoles 1 de junio

Paciente: "Por primera vez siento que estoy aquí yo mismo. Eso quiere decir que al final de la última sesión perdí la cuenta del tiempo. Me dejé llevar".

Analista: "Su verdadero self tiene su propio tiempo, a la inversa de su falso self que se mantiene en contacto con los relojes".

Paciente: "Cuando mi hija se despierta, noto que no tiene idea del tiempo. Imagina que es de día en medio de la noche. Además, últimamente me estuve levantando con menos regularidad. Por lo común sé exactamente qué hora es. Hoy no tenía idea del tiempo y me despertó un ruido por casualidad. Ayer, cuando me fui de aquí, estaba interesado. Casi se quebró la barrera.

"Sigue planteándose la cuestión de cómo ocupar el tiempo hablando, pero ya no hay tanta presión como antes. En el tren no tenía nada para leer y no sabía qué hacer, salvo ponerme a dormir, pero advertí que la mayoría de la gente no se preocupaba por esto, no le molestaba estar sentada una hora o más y no se hacía problemas sobre cómo ocupar el tiempo. Hay cierto progreso en esto, porque estoy menos inquieto. Cuando estuve en el hospital como paciente me preocupaba la dificultad para llenar el tiempo. ¿Cómo puede alguien vivir por sí mismo alguna vez?, pensé. ¿Cómo puede uno enfrentar este problema del tiempo? Me resulta imposible charlar porque sí, y eso le basta a la mayoría de la gente."

Analista: "Me está diciendo que por primera vez pudo estar solo, que es la única base satisfactoria para entablar relaciones con los demás".

Pausa

Paciente: "Me parece que fue una lástima, en parte, haber interrumpido ayer cuando todo andaba a plena marcha. El problema es cómo retomar".

(Aquí el paciente se puso a jugar con su pipa entre las manos.)

"Me pregunto cuánto tiempo llevará quebrar la barrera protectora. ¿Es falta suya o mía que lleve tanto tiempo? Además, ¿el tratamiento recién comienza, o está a punto de terminar? ¿Cómo sabe uno? Yo no."

Analista: "Esta cuestión de suprimir la barrera no es algo que pase ahora de

repente. Ha habido una evolución gradual en el curso de su análisis, que lo ha traído a su situación actual".

Pausa

Paciente: "En esta pausa se me confundieron las ideas. Era algo abstracto, que posiblemente no pueda ser reproducido".

Analista: "De todos modos, ese estado no integrado que usted describe es su verdadero self".

Paciente: "En estas ideas confusas hay una extrema molestia, agresión, alguien tirado en el suelo o en una cama, no sé qué es. La idea me viene de un paciente que hoy fue internado en el hospital sin que yo lo supiese. Estaba representando la escena. Tuve la fantasía de que yo entraba de mal humor a la sala, le sacaba la ropa de cama y le decía al paciente que se fuera. Podía darme cuenta de que esto podría vincularse con este diván. Si yo me apareciese en un momento que no corresponde, usted se sentiría molesto y me sacaría. En cierto modo, fue eso lo que hizo al final de la última sesión. Fui echado. Algo que concuerda con esto es la molestia que siento cuando llego tarde a casa de noche y me encuentro con que mi mujer ya se fue a la cama. Nunca se lo reprocho, por supuesto, pero de alguna manera siento que ella tendría que estar levantada".

Analista: "En el centro de todo esto está la reacción suya al sentirse echado al final de la última sesión, justo cuando había aparecido usted mismo. Se hallaba en un estado vulnerable".

Paciente: "Algo concuerda aquí. Esta mañana tuve que sacar a mi hija de la cama. Mi esposa nunca se levanta hasta que yo la llamo un par de veces. Esto me molesta, aunque de todos modos estoy despierto. Siempre tengo la esperanza de que se levante y prepare el desayuno de tanto en tanto, pero no sirve de nada armar un lío por eso, no lleva a ninguna parte. Hoy, en el hospital, también estaba con ganas de dar de alta a los pacientes, me molestaba que estuviesen ahí ocupando camas. En ese momento me pareció razonable, pero ahora resulta obvio que se relacionaba con mi sensación de ser echado de aquí".

Analista: "También está el asunto del final del tratamiento, y lo que siente al respecto".

Paciente: "Además está toda la cuestión de dar de alta a los pacientes ¿Cuál es el fundamento para decirles que se vayan? ¿Es en beneficio mío o de ellos? ¿Queremos que estén bien y se vuelvan independientes lo antes posible, o queremos desembarazarnos de ellos?". Pausa. "También me estoy preguntando si experimentaré un cambio notorio, como para que los demás lo adviertan. ¿Habrá resultados? A los otros pueden afectarlos las diferencias que haya en mí. ¿Hasta qué punto yo soy diferente para los otros? En el hospital, cuando yo era

paciente, la gente me preguntaba: `¿Qué pasa contigo? ¿Por qué necesitas el análisis?'. Y yo nunca sabía cómo explicarles. ¿Tal vez la gente se daría cuenta de que hay un alivio de la tensión si a mi me fuese más fácil charlar con ella? La prueba crucial es: ¿se dará cuenta mi esposa? Probablemente no. Ya ha resuelto que yo no sirvo para nada. No puedo esperar que cambie. Es demasiado tarde".

Analista: "Su hija sí que se daría cuenta".

Paciente: "Sobre ella, siento que yo debía esperar hasta que ella empezase a jugar, y me resultaba difícil seguirla. Yo no hacía otra cosa que pensar: `No quiero jugar ni leer', y estaba irritable; pero ahora me siento menos presionado y hasta puedo disfrutar jugando. No sé si ella se habrá dado cuenta".

Analista: "Creo que si usted disfruta un poco, ella tiene que darse cuenta".

Paciente: "Noto que ahora, por fin, puedo disfrutar con mi hija menor. Antes ella no formaba parte del cuadro. Su existencia sólo tenía importancia en un plano intelectual. Jamás pensé que' mi hija me perteneciera. En cierto sentido, me habría complacido de veras descubrir que ella no era mi hija. Sin embargo, puedo ser capaz de prever un cambio en esto. No estoy seguro de que deba atribuírselo al psicoanálisis. Tal vez sea sólo un proceso intelectual. No quiero tomar la decisión de hacerme cargo de ella. Si hay un cambio en mi relación con ella, debe ser algo que me pasea mí emocionalmente".

Analista: "Decidir hacerse cargo de ella sería actuar desde el plano intelectual, que para usted es su falso self".

Paciente: "Esto se aplica a todas las relaciones. Es algo que debe decidirse, y por eso no es bueno. Esto me recuerda a otra persona, mi mamá. Me siento culpable por haberla descuidado últimamente. En verdad, ni pensé en ella. ¿Por qué tendría que pensar? Pero, por supuesto, ella paga. Ella me sustenta, y en esa medida no puedo eliminarla. Hace largo tiempo que no parece ser una figura materna para mí. Borré la idea, y ni siquiera tengo ganas de llamarla mamá. No sé cómo llamarla, y esto concuerda con la idea de que para mí ella no es una figura materna".

Analista: "Para usted la figura materna ha sido el analista, desde cierto momento del análisis en adelante".

Paciente: "Quisiera saber cuándo dejó mamá de ser una figura materna. ¿Podría usted ayudarme?".

Analista: Escogí varios ejemplos, como cuando él fue hacia su madre y se encontró con que la tenía a su hermanita en el regazo y se esforzó por pararse solo, y también cuando en algún momento no aceptaron su parloteo, etc.

Paciente: "Esto me sugiere que papá no era capaz de jugar y se tomaba todo demasiado en serio, así que yo tuve que tratar de ser adulto. De vez en cuando me pongo a especular sobre los huérfanos. ¿Tiene uno la misma dificultad cuando no tiene padres propios? Esta es una cuestión académica".

Analista: "Si usted tiene padres a los que puede incorporar dentro de sí, mucho depende de que esos padres sean rígidos de un modo u otro, o de que sean adaptables. Si usted sólo tiene padres rígidos para incorporar, está en una situación parecida a la de los huérfanos que carecieron de algún aspecto humano en sus cuidados tempranos. En el análisis, usted me estuvo usando para reemplazar a su madre y a su padre, en diferentes momentos".



Biblioteca D. Winnicott

Martes 1 de marzo

Paciente: "Continuó la depresión por el dilema. Confiaba en poder discutir la cuestión con mi esposa, pero no lo hice, y me alegro pero al mismo tiempo me siento molesto por haberla archivado de vuelta".

Analista: "Lo cierto es que no sabe qué desenlace desea y por lo tanto piensa que es mejor archivarla".

Paciente: "¿Qué paso habría que dar para que las cosas mejorasen? Con la postergación espero tener dos ventajas: aclarar mi mente, y que algo aparezca. Todo se reduce al hecho de que mi matrimonio es un fracaso, y aunque intelectualmente lo entiendo, no puedo aceptarlo. Además, estoy deprimido porque la fase de entusiasmo duró poco".

Analista: "Cuando se siente esperanzado, piensa que tanto su esposa como usted deberían cambiar".

Paciente: "Lo intenté... pero a mi esposa no le interesaba. También estoy deprimido porque la relación con mi chica sigue siendo irreal, aunque no sea tanto una actuación como con mi esposa. Hay cierta tirantez y tensión. Lo que verdaderamente quiero es una relación que no sea una ficción. Además, aunque yo cambié mucho, sigue en pie mi dificultad para hablar".

Analista: "Está usando sus defensas como un factor estabilizante, algo a lo cual aferrarse cuando no existe ninguna otra cosa".

Paciente: "Esperaba una mayor frialdad mía hacia mi esposa, a raíz de la chica, pero no hubo ese efecto. La quiero igual. Antes, el remedio consistía en sentarme en casa deprimido. Le dije que esta noche no iba a estar en casa porque tengo planeado encontrarme con la chica. Antes de decirle esto tuvimos una riña por otro asunto. Me sentí molesto. Era una oportunidad para contárselo todo, pero no fui sincero... no quería disculparme; es mejor ser firme". Pausa. "Además, tal vez mi esposa percibe lo que está pasando. Hay señales. Por primera vez en muchos años sacó mi pijama para calentarlo. Y hubo otros detalles. Eso fue después de la riña y antes de que le dijera que no iba a volver esta noche. No quiero perderme estas oportunidades.

"Esto confunde mi relación con la chica. También mi esposa habló de las vacaciones... esto es algo nuevo, siempre le restó importancia a esta clase de charlas. Habría sido ideal que yo hubiese dejado caer la bomba en ese momento del drama, pero mi plan era salir con mi chica. Pero no soy de esa calaña, no disfruto con la crueldad. Eso me recuerda que en una ocasión anterior, antes de conocer a mi esposa, había planeado salir de vacaciones con una chica amiga, pero antes de que llegase la fecha nos dimos cuenta de que no simpatizábamos. Se planteó el dilema: ¿cancelar el programa o llevarlo adelante? Fui débil y nos fuimos juntos, pensando que quizá pudiéramos disfrutar de la salida; pero por supuesto no fue un éxito. Será... mi esposa no aceptaría que yo aflojase por debilidad."

Analista: "La debilidad parece señalar un temor a su esposa, un temor que usted todavía no comprende, y que apenas siente como temor".

Paciente: "Es como comer sin tener hambre. Debilidad significa no correr el riesgo de ser abandonado. Las personas heroicas corren ese riesgo."

"Lo mismo pasa cuando uno se zambulle en el agua, que para mí significó romper con mi madre. Estaba agarrado a sus faldas."

Analista: "La cuestión es si uno no tiene nadie a quien pueda volver. Como si usted se largase a caminar por primera vez y no hubiera presente ningún padre a quien dirigirse una vez que se aventuró a dejar a su madre. Dejar a su madre significó simplemente apartarse de ella, pero sin tener dónde ir".

Paciente: "Eso parece válido, pero es como un nuevo tema. Mi hija un buen día se puso de pie y caminó".

Analista: "Su hija había llegado más lejos que usted, y ya en esa época había sido ayudada a recorrer la etapa del desarrollo en la que usted se encuentra ahora".

Paciente: "Aprendí a andar en bicicleta sólo gracias a que mi padre la sostenía y la soltó sin que yo me diera cuenta. Si yo hubiese sabido que estaba librado a mí mismo, me habría caído. Lo mismo cuando aprendí a nadar. Primero tuve que flotar; después pude empezar a hacer movimientos, y a la larga pude nadar. Lo importante es la idea de no estar sostenido. La sensación es que uno no tiene adónde ir, o adónde volver. Lo mismo con zambullirse. Yo siempre traté de ocultar mi angustia... cerraba los ojos y me tiraba, pero la verdad es que estaba demasiado angustiado para zambullirme. En mi trabajo, cuando lo hago solo, encuentro cierta angustia."

"Supongo que les pasa a todos, pero yo temo ser abandonado... y quedarme ahí tambaleando en un estado de pánico."

Analista: "En su serie de sueños, poco después del momento del retraimiento (la interpretación del "medio que lo rodea"), lo tuvo uno en el que se iba de paseo al exterior. Fue un fin de semana, y volvió". (Señalé esto porque estaba en la serie: "medio que lo rodea", "regazo", y luego la idea de tener algún lugar dónde volver.)

Gradualmente fue recordando este sueño, del que se había olvidado.

Había en él una chica, una médica del hospital.

Paciente: "En realidad era esta misma chica, antes de que surgiera mi relación especial con ella. Es lo mismo que el final del análisis: ¿qué ocurre al final, simplemente se detiene? Siento que yo me quedaría tambaleando".

Analista: "Siente que el fin sería soltarse sin tener dónde ir ni tener a nadie con quien volver. Esto se aplica, en particular, al fin como mordedura... ya lo hemos visto. En rigor, la fase actual de su análisis es una larga digresión con respecto al tema de comerme al fin de la sesión o al fin del análisis. Yo terminaría destruido y usted se quedaría con angustia por lo que tiene en su interior".

Biblioteca D. Winnicott

Martes 21 de junio

Paciente: "Podría empezar por preguntarme por mi nuevo empleo. Esa idea me disgusta, no sé porqué, la idea de que usted me felicite. Pasaría lo mismo con mi madre y mi hermana. Parece que sería una intromisión. Usted no tendría ningún derecho a hacer comentarios. No importaría si viniesen de personas que trabajan conmigo o que conocí por casualidad, en tal caso no sería una intromisión activa".

Analista: "Aquí hay un nexo con el tema de ser amado sin ningún condicionamiento. Se transmitiría la idea de que usted es amado por su éxito, lo cual para usted es el reverso de ser amado".

Paciente: "Sí, en general cualquier observación que usted haga aquí sobre cosas de afuera está fuera de lugar, no corresponde. Mamá encaja en este punto porque ella es en parte responsable de que yo venga al análisis, pero no veo cómo encaja mi hermana. Me refiero a la hermana mía que está en análisis".

Analista: "¿Cómo se la ve ahora a ella?".

Paciente: "Está bastante bien, trabajando. Hablar con ella me pone tenso. Su tratamiento está inconcluso; se comporta de manera irreal".

Pausa

Analista: "Usted está comparando, inevitablemente, la situación de su hermana con la suya. Si usted hiciese un cambio profundo, ¿le preocuparía que su hermana hubiese hecho el mismo cambio?".

Paciente: "No estoy seguro, tal vez; lo estoy pensando. Hoy antes de venir estuve pensando... en el hospital hubo una demostración pública de casos clínicos ante graduados; ocurre que eran enfermos mentales. Hubo un debate, y una de las cosas que surgió me hizo acordar de mis angustias cuando fui por primera vez al hospital como paciente, o sea, antes del segundo análisis: ¿yo era un esquizofrénico? Mi sentimiento de irrealidad, ¿era parte de una auténtica esquizofrenia? En la demostración de que le hablo se discutieron estos sentimientos de irrealidad. Yo creía haber superado esto, pero ahora tengo que reconsiderar esta parte de mi

problemática. El médico que daba la clase dijo que en el tratamiento de la esquizofrenia la psicoterapia sirve de muy poco. Usted me dijo una vez que yo tuve una psicosis más que una neurosis, y esa idea me pareció poco tranquilizadora".

Analista: "Es verdad, eso dije".

Paciente: "Me inquieta la historia evolutiva de la enfermedad. Podría implicar que todavía falta lo peor; hay remisiones naturales en la esquizofrenia, y tal vez yo debería prever una recaída. El índice de recaídas es alto, aun cuando los pacientes hayan mejorado gracias a un tratamiento físico. Así que quizás estemos demorando simplemente el derrumbe final; porque si bien a veces me siento bien, tengo momentos de irrealidad. Evité ponerle un nombre a esto porque consideraba a la esquizofrenia una propuesta con muy pocas esperanzas. Por otro lado, me veo asumiendo una posición contraria a los que dicen que debería tratársela por métodos físicos. Me parece erróneo tratar por métodos físicos una perturbación del pensamiento. Algunos médicos hasta afirmaron que la esquizofrenia era una enfermedad orgánica, con una patología física. La base de su argumentación era que ciertas drogas producen ataques de esquizofrenia. Esto me tiene angustiado, por la posibilidad de que yo resulte intratable".

Analista: "Se enfrenta con dos alternativas, que envuelven cuestiones bastante importantes. Por un lado, usted puede ser tratado, en cuyo caso todos esos médicos están equivocados, y la concepción oficial de la esquizofrenia es incorrecta; o bien los psiquiatras tienen razón y usted es intratable".

Paciente: "Además, en una charla con mi esposa, surgió que ella me habría ayudado si yo no hubiera estado en psicoanálisis. Uno de los argumentos que usó originalmente fue que yo podría terminar mucho peor; pero ella no aceptaría la culpa que le correspondería si yo empeorase por no tener psicoanálisis. También recuerdo que en la época en que estuve en el hospital tenía miedo de quedar tan desconectado que ningún tratamiento pudiese ser eficaz".

Analista: "Cuando estuvo tan gravemente enfermo, dependía de lo que yo y su madre y su hermana opináramos en cuanto a la naturaleza psicológica de su enfermedad, y es esto lo que nos une a los tres".

Paciente: "Otro rasgo alarmante es la sensación de que si yo enfrentase algún nuevo estrés podría haber un derrumbe; por eso me pregunto si no debería elegir con cuidado el empleo, evitando todo peligro de estrés emocional. La desventaja es que esto genera un estado de aburrimiento".

Analista: "También el aburrimiento es una forma de estrés".

Paciente: "Sí, pero la angustia proviene de postergar el problema. Me inquieta la idea de seguir postergando el problema fundamental. Doy como excusa que debo justificar el hecho de ser irresponsable, lo cual por el momento es tranquilizador y me alivia de la otra alternativa: tener que reconocer que tengo una sintomatología esquizofrénica. Así que si la esquizofrenia franca es una variante de la conducta normal, no hay por qué preocuparse, en realidad, de los episodios de esquizofrenia".

Analista: "Si la esquizofrenia está vinculada de este modo con la normalidad, quedaría excluida la teoría de una enfermedad orgánica".

Paciente: "Sería tranquilizador".

Analista: "Así que en su propio psicoanálisis está encontrando las respuestas para este vasto problema de la enfermedad esquizofrénica".

Paciente: "Además, me pregunto si no seré una carga demasiado pesada para otras personas. Mi esposa, hablando de mi derrumbe, dio a entender que si yo fuese esquizofrénico ella no toleraría seguir conviviendo conmigo, siendo yo tan enfermo. Así que me remuerde la conciencia por la gran carga que soy para ella. Aquí se inserta en parte esta angustia por los demás, en especial si hay una posibilidad de que en el futuro haga psicoterapia. Si debo aceptar que la mayoría de las opiniones corrientes sobre la esquizofrenia están equivocadas, sería inmoral de mi parte no hacer nada al respecto. Esta es una tarea inmensa, que exige un fervor de misionero, un fervor que yo no tengo. Si me encuentro con que hay un montón de gente que está haciendo cosas equivocadas, no es cómodo quedarme sin hacer nada".

Analista: "Ahora se ocupa del problema abstracto de la teoría general de la esquizofrenia, cuando el verdadero problema es usted mismo, y saber si usted puede o no mejorar".

Paciente: "No es fácil aceptar que eso es lo justo".

Analista: "Entre las otras personas, las dos primeras después de usted serían su madre y su hermana".

Paciente: "Sí, si partimos de la base de que mi enfermedad es la esquizofrenia, entonces la de ellas también, y después de todo está asimismo el elemento familiar-quiero decir de la familia, no necesariamente heredado-. Aquí está implícita una angustia sobre el estado de mis propias hijas, aunque yo he supuesto que es poco probable que ellas sean afectadas de la misma manera-pero no tengo ningún fundamento racional para ese supuesto; simplemente me parece improbable-".

Analista: "Está la cuestión de su esposa. Por ejemplo, ¿diría usted que ella es, en general, accesible para sus hijas, o inaccesible?"

Paciente: "Es inaccesible para mí, cuando de pronto le disgusta mi enfermedad, pero no es así con las niñas. Me gustada que fuese terapéuticamente más sólida".

Analista: "Quizás usted la eligió a su esposa por ser diferente, en algún aspecto importante, de su madre".

Paciente: "Sí, tiene un gran sentido común, que está ausente en mi familia. Aunque esté dispuesta a zambullirse en lo desconocido, sigue manteniendo sus pies sobre la tierra. Sabe lo que quiere, y sale a buscarlo. Reconozco, sí, que la elegí por el contraste que ofrece con

respecto a mi familia".

Analista: "Así que no es probable que las niñas resulten afectadas, si bien para usted es difícil no poder recibir de ella, de su sentido de la realidad, lo que las niñas reciben naturalmente".

Paciente: "De repente me acordé de una cita de un artículo que leí hace tres días: 'La gente encerrada en sí misma forma un paquetito muy pequeño'. Ese soy yo, lo que estoy tratando de evitar. Soy capaz de despreciarme a mí mismo por mis limitaciones. Se me ocurre que mi descontento hacia la psiquiatría forma parte de toda mi actitud hacia la medicina psicológica y la esquizofrenia, ésa es una de las razones. Se basa en una actitud equivocada. Esto es algo que yo sabía subconscientemente antes de mi derrumbe. Si acepto trabajar junto a la mayoría, tengo que aceptar lo que está equivocado junto con el resto..."

Biblioteca D. Winnicott

Martes 22 de febrero

(Llegó cinco minutos tarde.)

Paciente: "Se me ocurrió decir que hay un artículo sobre enuresis en The Lancet, donde se admite que la enuresis es emocional". Comentó que en una oportunidad yo había admitido mi ignorancia sobre ese tema. (No parece probable.) Señaló que su propia enuresis había desaparecido hacía mucho tiempo, junto con los progresos que recientemente hizo en el análisis.

Analista: Le manifesté mi ignorancia al respecto, y se sintió complacido. (No me defendí.)

Paciente: Se sentía tironeado entre dos actitudes: triunfar sobre el analista y también desenmascarar a los médicos clínicos. Sin embargo, en el artículo aparecía asimismo la tendencia a mostrar que la enuresis es provocada muy a menudo por una deficiencia orgánica secundaria. Es probable, entonces, que muchos trastornos llamados psicológicos fuesen orgánicos.

Dijo que él estaba salvando a los niños de caer en el psicoterapeuta; lo comentó como si contase un sueño que lo hubiese sorprendido. Dijo que era como salvarlos del bisturí del cirujano. Comparó esto con su anhelo de que hubiese un tratamiento más rápido que el psicoanálisis.

Gradualmente fue quedando en claro en esta sesión que él se hallaba en un estado de resistencia, que cobraba la forma de somnolencia.

Dijo estar en un dilema: o bien se sentía complacido por el ataque contra la psicoterapia, o todo lo contrario. El neurólogo había dejado entrever que muchas veces se titulan algunos casos como funcionales sin pruebas. Todo esto implicaba que, después de todo, podría haber un modo de tratar el aluvión de casos psicológicos. Pausa. Dijo que tenía la extraña sensación de que no había nada. Era como una de las sesiones en que él trataba a sus propios pacientes y no sucedía nada y él tenía que pasar al caso siguiente. Aquí, en cambio, el análisis quedaba atascado una hora seguida. El no podía pasar a otra cosa. Se sentía culpable por su modo de pasar por alto a los pacientes difíciles simplemente porque no eran interesantes. "En la práctica médica es raro que se presente una situación como la del análisis".

Analista: Le recordé al cirujano que había "bajado los brazos".

Paciente: "Uno no puede zafarse. La secuencia lógica es que lo resientan esta clase de sesiones en que no pasa nada".

Analista: Le hice una interpretación referida a la forma en que descuidara a sus pacientes, trayendo a colación asimismo el hecho de que en algún aspecto yo lo descuidaba a él, o sea, entre las sesiones.

Paciente: Dijo que el analista soporta al paciente durante una hora, y comparó esto con los reclamos que le hace su hija. Lo cierto es que ella no debe presumir que, por el hecho de estar en casa durante dos horas, él tenga que estar todo ese tiempo a disposición de ella.

Pausa.

Comentó que se había atascado, y se quejó de estar cansado.

Analista: (Perdido.)

Paciente: "Descubrí que a mi chica la molestan cosas diferentes de las que me molestan a mí". A ella le molestaba cualquier signo de homosexualidad, y al parecer había tenido una tendencia homosexual por la cual tuvo algo parecido a un análisis. "A mí lo que me molesta es el incesto, no la homosexualidad." De chico, tenía miedo de que su madre lo besase, y todavía le disgustaba. Tal vez había tenido "ideas incestuosas anormales", lo cual lo llenaba de horror.

Analista: Le pregunté qué asociaba con el horror.

Paciente: "No basta decir que es socialmente inaceptable. Nadie frunce el ceño cuando un chico besa a su madre". Me hizo recordar un episodio que ya me había contado antes en el análisis, de cuando él tenía siete u ocho años. Se vinculaba a una caminata en la que estaba presente toda la familia. El padre le había dado un empujón echándolo en brazos de la madre. Hubo una escena.

Pausa

Analista: Le hice una interpretación muy abarcadora, señalándole su avance hacia una situación triangular en los últimos tiempos, y ligando esto con su somnolencia y esa angustia que él no podía sentir pero que se vinculaba con su nueva situación. Le dije que me daba cuenta de que estaba verdaderamente cansado, pero que a él no le iba a gustar que ésa fuese la explicación total de la cuestión para mí.

Pausa

Paciente: "Parece como si mi mente estuviese vagabundeando; es difícil concentrarse, o llegar a las ideas que quiero contar".

Analista: Retomé el tema del "mover el piso" y la interpretación apropiada en ese momento, y le mostré que en la actualidad tenía un equivalente en la angustia de castración, ya que el padre había aparecido en la situación triangular, por lo menos en teoría, y eso era nuevo. También relacioné esto con el final de la sesión anterior y con la frase "dejar plantado" y el hecho de que él escuchase la voz de un hombre cuando hice entrar al próximo paciente después de dejarlo a él "plantado".

Paciente: Me comunicó que estaba cansado.

Analista: "Pienso que tal vez hablé demasiado".

Paciente: "No, sólo que tengo ganas de dormir".

Analista: (Desde luego, influyó en mí el hecho de que al iniciar la sesión él había manifestado su anhelo de un tratamiento más rápido, y yo sabía que él prefería que yo siguiese adelante, por cuanto tenía material para trabajar.)

Paciente: Le preocupaba mi "fastidiada molestia"; dijo que él estaba irritado: era como si no se lo aceptase. Algo era rechazado. Pensaba que a él no debía eliminárselo así por su somnolencia. Él tenía que ser capaz de salvar ese obstáculo. Estaba cansado, sí, pero había algo más.

Analista: "Por lo tanto, dormirse es la manera de tramitar algo opuesto, como la agresividad, el odio o simplemente un temor desconocido".

Paciente: Dijo que estaba a la deriva, muy cansado y somnoliento.

Biblioteca D. Winnicott

Viernes 27 de mayo

Paciente: "La cuestión es por dónde empezar. ¿Hasta dónde puedo llegar con un esfuerzo consciente? Al principio, aquí en el análisis había esperanza. Ahora es demasiado poco lo que ocurre aquí".

Analista: "Creo que se está preguntando si mientras está aquí puede levantarse y caminar por la habitación".

Paciente: "Eso le restaría importancia a lo que aquí sucede. Lo ideal es que el tema sea el sexo... a veces siento que el sexo no me interesa, que preferiría sacarme de delante todo eso. Pero arrinconar no es resolver". Pausa. "Esto es tangencial. Podría hablar sobre objetivos e ideas abstractas, pero sería improductivo. En casa me resulta particularmente difícil cuando hablo y mi esposa no me responde, yo me enojo."

Analista: "Hay una diferencia entre hablar de las cosas y discutir problemas".

Paciente: "En algún lado se levanta una barrera. Necesito encontrar la manera de destruir la barrera. Después de una interrupción la barrera parece mayor".

Analista: "Sé que la última vez se fue desilusionado. Esperaba que algo sucediera de pronto. Estamos indagando la razón de que exista esa barrera".

Pausa

Paciente: "Tuve una idea entonces. Estaba en un mundo onírico, presentando un resumen o un informe escrito. Si tenía que escribirlo todo me iba a resultar muy difícil, porque me disgustan esa clase de cosas. Iba a dejar el informe sobre su escritorio. El informe era ilegible.

"Aquí estoy en un dilema. Si no hablo, me siento frustrado en el tratamiento. Es un tema que me enfurece. Se me ocurre la idea abstracta de que una relación sexual perfecta depende de que alguien entre en mi mundo. Entonces no necesito hablar ni despertar. Lo mismo aquí. Usted tendría que saber lo que pasa por mi mente, y lo que siento".

Pausa. Probablemente se quedó dormido

"Estoy jugando con la idea de dormirme para ver hasta dónde puede llegar usted sin que yo diga nada. En la práctica, esto es tonto".

(Aquí se añadió un material no registrado.)

Analista: "Yo le recuerdo aquí la incapacidad de su padre para entrar en su mundo imaginario".

Paciente: "Oh, sí, lo había olvidado. El hablaba mucho. Era su afición favorita".

Analista: "Lo que significa que todos ustedes tenían que escucharlo".

Paciente: "Yo trato de apartarme de la modalidad intelectual de mi padre. Lo ideal sería poder jugar, pero para mí todavía es inalcanzable. La tensión que hay en mí es parte de mi esfuerzo por evitar hablar intelectualmente del jugar. Cuanto más lo intento, menos jugueteo me vuelvo. Sé que soy aburrido, porque hablo en vez de jugar. No soy capaz de usar sustitutos en lugar de la realidad. Tuve la idea de que hablar sobre pegarle a usted es como pegarle de veras. No estoy seguro de para qué le estoy pegando".

Analista: "Este es un ejemplo del tipo de acción repentina que usted teme".

Paciente: "Es como si fuera usted el que obstruye, el que no elimina la barrera. Pegarle sería un modo de obligarlo a hacer algo".

Analista: "En ese caso, su temor sería comprobar que de repente le pegó a su padre".

Paciente: "No puedo recordar haberle pegado de veras. Por cierto que ganas no me faltaban. Era difícil pegarle, porque no presentaba resistencia alguna".

Analista: "Se oponía a la idea de oposición".

Paciente: "Si uno le pegaba a papá, él se hubiera replegado [fold up]. Hubiera desaparecido. Es diferente cuando se juega, ya que ahí puede entrar la agresión".

Analista: "En ese jugar conmigo que usted describe, nos dábamos golpes sin ningún objetivo".

Paciente: "Me siento tentado de recordar una charla que tuvimos en el hospital sobre el modo de aliviar la tensión encontrando cómo expresar la agresión. De nada sirve. No hay agresión ahí".

Analista: "Eso se refiere a su padre, creo".

Paciente: "Sí, él era en realidad un pacifista".

Analista: "Y al mismo tiempo usted no tenía hermanos para amarse mutuamente, y odiarse, y andar empujándose".

Paciente: "Siento que es eso lo que hago con usted, empujarlo y empujarlo. Sin embargo, lo siento a usted horriblemente tranquilo, flojo como un capullo de algodón, sin ninguna firmeza. Si le pego, mi brazo se va a quedar en ese lugar sin rebotar en nada; en cambio, la fortaleza de mi padre me infundía respeto. Pegarle a usted estaría fuera de lugar".

Analista: "Parece que usted nunca puede encontrar a nadie con quien medir su fuerza".

Biblioteca D. Winnicott

Lunes 28 de febrero

Paciente: "Mientras venía para aquí estaba pensando que en realidad no sirve de nada hablar sobre la realidad, sobre las cosas reales. Estas cosas parecen menos reales que los sueños. Estoy pensando en cosas reales: ¿vale la pena tratar de traerlas al análisis? Parecen menos útiles que los sueños. Hoy estuve deprimido, principalmente -o superficialmente- por lo que pasa en casa. Ahora está más difícil ahí. Hasta hace poco, había aceptado la situación, estaba triste pero pensaba que a través del análisis iba a cambiar. Ahora me veo obligado a tomar una decisión. Lógicamente, debo renunciar a mi chica. Pero no tengo ganas de renunciar a esta situación para volver a las condiciones de antes".

Analista: "Esto se siente como algo real, y lo es. Usted está verdaderamente en un dilema".

Paciente: "Le conté a la chica sobre mi casa. En la práctica es difícil estar con ella. Estaba planeando irme de vacaciones con ella en el verano... pero en ese caso sería verdaderamente necesario decírselo a mi esposa. Esto planteada la cuestión, y puede ser que ella me comprenda o que se produzca una ruptura. Pero... ¿qué puedo ofrecerle a mi esposa? Nada más que dinero y cierta fidelidad, y si ni siquiera le puedo ofrecer fidelidad, no sirvo de nada. Y no tengo ganas de guardarle rencor. No es que la ame tanto; ella no hablarle mis problemas, sólo de los que tiene con su amante. No hay cómo hablar de mí y de la chica. Me gustaría poder decir que es todo culpa suya. Ella podría cortar la relación, y yo no sabría cómo reparar el daño. Tal vez ella sabe pero no lo cree, o no lo sabe pero lo sospecha en todo momento. Confío en que haya algún modo de que pueda empezar a hablar con ella. Pero en ese caso, sólo le hablaría para alcanzar un cierto fin; no sé cual, así que no me arriesgo.

"Yo podría hacerle preguntas que insinúen una respuesta, pero ella conoce esa treta. Está también la complicación de la dificultad de mi esposa, etcétera, etcétera. Así que ayer a la noche me negué a ver a la chica, porque no quiero verla demasiado seguido. Pero después sentí..." (se perdió este detalle.)

Analista: "Usted y su chica tienen algunos intereses en común, y cuando los comparten pueden jugar, mientras que con su mujer no hay juego".

Paciente: "Hay un relato, de un autor norteamericano, sobre un hombre cuya esposa le fue infiel, y con el tiempo el hombre viajó a Europa y al fin cambió de parecer y se buscó una

chica. Entonces su esposa ya no soportó más la vida licenciosa que llevaba, se fue a vivir con su hija y quedó fijada a ésta, y se hizo pedazos. Está el riesgo de que mi esposa se mantenga entera gracias a mi fidelidad pero si yo me largo ya no podría tener un amante y se haría pedazos. ¿La odio tanto como para permitirlo? ¿Me da lo mismo que esté bien y feliz, o que se haga pedazos? Una vez ella me dijo: `Nunca te abandonaré'. Creo que lo que quería decir es que no soportaría la deshonra, etc. Me lo echada en cara. Al principio quiso saber si yo me iba a suicidar; ahora pienso que tal vez lo que quería averiguar es si valía la pena esperar, o si en caso de que el análisis tuviese éxito lo probable es que yo la dejase. Recordar esto me hace pensar que tal vez su falta de interés no sea auténtica; tal vez ella debió retacearme su interés, pues de lo contrario no habría sido capaz de hacer frente a la situación. Tal vez su falta de interés sea una defensa. Yo me doy cuenta de que tengo menos interés que antes por mi trabajo; el trabajo no es un sustituto de la vida. Si aceptase las presiones del Dr. X, tendría que vivir dedicado al trabajo. Aquí pierdo el tiempo hablando en voz alta, uso el tiempo para aclarar mis ideas".

Pausa

Analista: Le dije que estas cosas reales no habían modificado el hecho de que existía una fantasía muy importante en el horizonte, con la angustia concomitante: la fantasía de las chicas con pene de sus sueños adolescentes. Quizá la situación de la realidad se recompuso de acuerdo con esa fantasía, de modo tal que su esposa tenía pene y presentaba un problema por eso, mientras a su chica la usaba como a la chica de sus sueños diurnos, donde por lo común era femenina.

Paciente: "Aquí hay una dificultad en la realidad. Hay una esfera de juego con la chica. Necesito jugar en la situación real. Tenemos una relación profesional, y el único juego se da en los sueños y en el trabajo que con ellos hacemos".

Analista: "Sí, me doy cuenta. Y usted siente que yo me niego a jugar, como ya dijo otras veces. La cuestión es: ¿dónde está el pene? Como todavía no hay ningún hombre rival, no hay nadie que tenga el pene, y usted espera que lo tenga la chica. En el sueño del coito en que la mujer era en cierta medida su madre, usted casi alcanzó la idea de un hombre-padre".

Biblioteca D. Winnicott

Martes 3 de mayo

(Después de tres semanas de interrupción)

Paciente: "Lo primero que quiero decir es que parece haber pasado mucho más que tres semanas. Mentalmente, ha sido una auténtica interrupción. Por primera vez, creo que sé cómo sería haber terminado el análisis. Durante una semana estuve deprimido por no venir, pero después me olvidé del asunto. Ahora se plantea la cuestión de si debo dejar el análisis o venir con menos frecuencia. No puedo decir que el resultado sea perfecto, pero he llegado a un estado operacional. Respecto del trabajo, ahora siento que decididamente puedo hacerle frente. La cuestión ahora es: ¿quiero el análisis? Y me encuentro haciendo planes para tomarme vacaciones dentro de un mes -que debo tomarme para que sean vacaciones pagas-. Antes jamás habría soñado planear vacaciones en momentos en que estaba en análisis. Respecto de la vida en casa, llegué a un entendimiento con mi esposa. La situación es relativamente estable. He llegado a aceptar que no hay futuro en el matrimonio, y hago los planes correspondientes; no hay nada que esperar".

Analista: "Al decir esto, sé que toma en cuenta las dificultades de su esposa, así como la historia de dificultades entre ella y usted, sobre las que me contó".

Paciente: "Sí, ahora me doy cuenta de que casarnos fue un error. Siento que nuestro matrimonio estaba destinado al fracaso desde el principio, y que jamás fuimos el uno para el otro. Ahora compruebo que venir aquí me produce resentimiento. Es ilógico. Tengo la idea de que usted me mantiene aquí contra mi voluntad. Advierto que estoy esperando que usted me diga: 'No puede irse', en cuyo caso tendré que luchar en defensa de mi derecho a irme".

Analista: "Si yo adopto una actitud definida de esa índole, en todo caso hay aquí algo que desafiar".

Paciente: "Sí, entonces la decisión no es simple y totalmente mía". (O sea, la decisión no se basa en ideas abstractas, sino en sentimientos y reacciones.) "Siento que me estoy poniendo hipocondríaco con el fin de seguir adelante basado en que es necesario. Debo argumentar mala salud."

Analista: "Parece haber un pasaje del necesito al quiero, y junto con el quiero está el no

quiero".

Paciente: "Y por lo tanto he llegado a una posición en que soy capaz de sopesar las cosas".

Analista: "De acuerdo con esto mismo, yo estoy pasando de ser un terapeuta a ser una persona, y aquí se introduce la cuestión de la muerte de su padre y el hecho de que yo esté vivo, de que sea un ser humano. Usted se refirió a que la enfermedad y muerte de su padre, así como la actitud general que él tenía, lo dejaron a usted con la carga de adoptar decisiones personales en un momento en que necesitaba un padre para identificarse con él y para reaccionar contra él".

Paciente: "Sí, también es importante recordar cómo cambió mi actitud general desde que entró en escena mi amiga. Esto es lo que le dio una finalidad a mi vida, aunque parezca exagerado. Por supuesto, siento una gran angustia cuando pienso qué pasaría en caso de venirse a pique la relación con mi amiga. ¿Vendré arrastrándome al análisis? En cierto modo, mi amiga ocupa su lugar, ya que tanto en dejar el análisis como en seguir con ella hay un elemento de fanfarronería. Me pregunto cuánto tiene la vida de real".

Analista: "La relación con su amiga también se vincula con el análisis, y se volvió posible cuando usted empezó a existir, y por ende a tener la capacidad de sentirse real".

Paciente: "Sí. Por ejemplo, mientras venía hoy para aquí, entré en la Academia para ver una exposición de cuadros. Casi podría decir que es la primera vez que disfruté de una experiencia de este tipo. Por cierto, en estos dos años no fui capaz de manejar esto. Siempre fingía, pero no era más que un fraude y una pérdida de tiempo. Hoy disfruté de los cuadros sin un afán frenético de sentirme real. Antes, trataba siempre de pensar qué diría si me preguntaban. Podía manejarme en el cine o el teatro, donde hay personas con las cuales identificarse, pero no si iba a ver una exposición de cuadros. La pintura requiere de una dosis mucho mayor de estabilidad y de independencia personal".

Analista: "Los cuadros no vienen tanto al encuentro de uno, sino que uno debe poner algo en ellos".

Paciente: "Todo esto me lleva a preguntarme, al ver el gran progreso que hubo en este análisis, si es necio dejar ahora, ya que podría haber mayores progresos en el futuro. El problema es que la decisión de abandonar podría ser muy arbitraria. Cuando vine a verlo por primera vez, durante la guerra, fue una decisión arbitraria, y dejé simplemente porque no era conveniente que siguiese. Esto resultó insatisfactorio. Cuando vine a verlo esta vez, en cambio, tenía una razón definida: estaba enfermo y necesitaba el análisis. Ahora volví al primer estado, en el sentido de que como ya no necesito el análisis, se ha convertido en un juego, y me pregunto una y otra vez: ¿será necesario?".

Analista: "Si es capaz de jugar de este modo, también ése es un cambio producido por el análisis".

Paciente: "Sí, yo tenía gran dificultad para jugar, y cuando lo hacía siempre me preguntaba: ¿Está permitido? ¿No es demasiado frívolo? ¿Me atreveré a jugar? Cada vez que obraba de una

manera menos seria tenía que asumir deliberadamente una responsabilidad. Parecía siempre que jugar era poca cosa, que debía hacerse siempre algo más serio. Me pregunto si mi educación no habrá sido demasiado seria, y no se le habrá dado al juego un lugar demasiado chico. Me encontré diciéndome a mí mismo -creo que por influencia de lo que vimos en el análisis que no tenía por qué haber un elemento constructivo demasiado evidente. El método de Montessori puede destruir la idea del valor del juego. Es como si se inculcara que el juego es una travesura o es inmoral. Veo que el juego tiene un valor propio y me doy cuenta de que algo me perdí en mi niñez. Jugaba contra la voluntad de mis padres, y aun así, siempre lo hacía solo y solitario. Con mi esposa, si es que jugamos alguna vez, siempre es un juego serio, mientras que con mi chica el juego es espontáneo, y gozoso por sí mismo".

Analista: "También los cuadros tienen un valor propio --creo que me está diciendo- y no forman parte del manejo de la realidad externa, o de algo tan directo como el trabajo".

Paciente: "Me gustaría ir a casa y contarle a mi mujer lo de los cuadros, pero el solo hecho de decírselo lo convertiría en algo dotado de una finalidad. Se lo contaría para mostrarle que llegué a algo. Sólo tendría validez contarle lo de los cuadros si se diera espontáneamente".

Analista: "No estoy del todo seguro de lo que usted siente por su esposa, si originalmente ella era capaz de jugar, o si la seriedad le surgió durante el matrimonio con usted".

Paciente: "Tiene la misma clase de actitud de antes, aunque en ella hay un gran acomodamiento a lo que yo soy. Probablemente podría actuar con espontaneidad. Sin duda tiene que haberle resultado muy tediosa mi incapacidad para jugar.

"Pero en realidad me estoy apartando del problema urgente que debo resolver dentro de pocos días. Debo zanjar la cuestión de un nuevo empleo. ¿Debo planear mi nuevo trabajo para acomodarlo al psicoanálisis, o puedo permitirme pensar en el futuro y en mi carrera profesional, y acomodar el psicoanálisis a estos planes? Esto podría implicar venir con menos frecuencia, y aun dejar de venir por un tiempo. Hubo una señal cuando, comentando estas cosas con mi esposa, me dijo acerca de un nuevo trabajo: `¿No crees que podría llegar a causarte demasiada inquietud?'. Decididamente no me preocupa más el trabajo como algo que podría llegar a causarme inquietud. Sé que puedo enfrentarlo. El problema con el puesto en el hospital, cuando tuve el derrumbe, en parte se debió a que yo no sabía qué tenía que hacer".

Analista: "¿Alguna vez se sintió atraído por una idea de desarrollo particular?".

Paciente: "La respuesta sería casi siempre negativa. Contemplé la posibilidad de dedicarme a la clínica médica, pero sentí que si adoptaba esa decisión, quedaba determinada toda mi vida posterior. Tengo la posibilidad de actuar como médico del servicio de emergencias, lo cual antes me habría angustiado, mientras que ahora lo encuentro interesante. Hay motivos prácticos que enturbian el panorama. También pensé en ser patólogo o anestesista, pero en estas especialidades podría estancarme en un ámbito reducido. Siento que ya no necesito la seguridad que brinda un ámbito limitado".

Biblioteca D. Winnicott

Martes 5 de abril

Paciente: "No se me ocurre nada, excepto los problemas cotidianos que no parecen ser muy productivos; pero aquí hay dos cosas: una es que ofrecen un buen modo de comenzar, y la otra es que en los últimos tiempos los problemas cotidianos parecen haber sido mucho más útiles. Me pregunto por qué habrá sido".

Analista: "Considero que la razón es que usted ha estado mucho menos disociado, si puedo emplear ese término".

Paciente: "Sí".

Analista: "Ya no se trata tanto de fenómenos externos o fenómenos internos, y yo pude situarme en la frontera y hablar de ambos, a causa de los cambios que hubo en usted".

Paciente: "Ya veo. De tanto en tanto parece que yo quiero detenerme a hacer un balance. Advierto que en mi manejo de los pacientes y las discusiones al respecto, yo estoy ahora mucho más metido en el mundo. Un año atrás sentía como si yo fuese dos personas, y ahora esas dos personas parecen enredarse.

"Quizá sea una coincidencia, pero desde que empecé con mi amiga tuve menos necesidad de retraerme. Además, me preocupan menos las decisiones que tengo que tomar. Otra cosa: puedo sentir auténtico orgullo si las cosas me van bien con un paciente, mientras que antes solía ponerme contento simplemente de haber tenido suerte. Ahora parecería que puedo darme cuenta cuando hice algo bien."

Analista: "Junto con esto estaría la capacidad de aceptar que yo puedo hacer las cosas bien con usted".

Paciente: "Sí, usted ya no es un mago, como antes. Antes debía suponer que usted era profesionalmente perfecto, y ahora puedo verlo como una persona que hace lo mejor que puede para aplicar lo que aprendió". Pausa. "Noté en mí una capacidad para sentir más el medio que merodea. Anoche estaba escuchando discos y me sentí animado, y en un momento me puse sentimental. Conozco esos discos desde hace largo tiempo, pero nunca había sentido esto con respecto a la música. Otra cosa es mi capacidad real para sentir celos, de forma emocional y no

académica. Estoy decididamente celoso de ese otro hombre en la vida de mi chica. Antes solía actuar como si estuviera celoso, pero ahora estoy celoso de veras".

Analista: "Estar celoso es muy incómodo, pero usted prefiere ese malestar a la ausencia de sentimientos que tenía antes".

Paciente: "Sí, en el pasado había una falta general de reacción emocional". (El paciente apoyó su pie en el piso.) Pausa. "A veces pongo el pie en el piso, y se me ocurre que podría ser importante. Es como si pusiera los pies en la tierra, y como si en ese movimiento hubiese una leve protesta: ¿por qué tengo que quedarme en este diván? Es simbólico de algo."

Analista: "En las últimas semanas apoyó el pie en el suelo media docena de veces, y en cada una de esas ocasiones creo haber advertido que eso se relacionaba con algún tipo de relación nueva con la realidad externa".

Paciente: "No sabía que lo había hecho antes. Debe tener que ver con lo que había surgido anteriormente como saltar del diván, o darme vuelta y caerme".

Analista: "En cierto modo, es el primer paso para finalizar el análisis, y en otro sentido, para establecer una igualdad conmigo que es lo opuesto de la dependencia".

Pausa

Paciente: "En los últimos tiempos me he vuelto menos estable, me perturbo con más facilidad, y creo que esto corresponde a la evolución del análisis. Es una nueva fase".

Analista: (El paciente se durmió.) Hice una interpretación vinculando la forma como yo había puesto final a la sesión con la idea del final del análisis.

Paciente: "Me quedé dormido recién... Es difícil captar las ideas. Puedo captarlas en una situación como la del sueño, pero en cuanto empiezo a despertarme me parecen inapropiadas. De todos modos, la fantasía no puede describirse con palabras; es más bien una clase de acción. Me parece estar a la deriva".

Analista: "Es verdad que hay dos aspectos en la somnolencia. Por un lado, con ella usted sale en busca de ideas que no están al alcance de su esfuerzo intelectual directo; por otro lado, se defiende contra la angustia de no saber de qué se trata".

Paciente: "Lo que sucede cuando me duermo no son hechos completos. Es difícil darles coherencia para comunicarlos. Me causa menos esfuerzo hablar del hospital que hablar de mis pensamientos". (En este punto se sintió desorientado, y pudo manifestarlo. Bostezó.) "El problema es que tengo que estar despierto para contar lo que sucede."

Analista: "Por detrás de su somnolencia actual creo que está el miedo que me tiene, que corresponde al odio que me tiene, y éste deriva de la forma como puse final a la sesión".

Paciente: "Pienso que yo tendría que estar más alarmado. Es más rico estar alarmado, más

confortable que la mera idea de una situación amenazadora. En los últimos tiempos me sorprendió la seguridad en mí mismo con que me enfrenté al sentimiento de estar alarmado. Además, no puedo recibir de usted ninguna respuesta definida. Cuando estuve en el hospital, no tenía idea de lo que sucedía, y no podía alarmarme".

Analista: Hice una interpretación referida al "No" que pronuncié al final de la sesión anterior, interponiéndome entre él y el análisis, y a la rabia y el miedo que me tiene.

Paciente: "Entonces me dormí. Me olvidé de lo que se estaba diciendo. Algo sobre dormirse en esta posición. Aquí por un lado puedo relajarme y también ocuparme de las cosas cuando me duermo".

Se queda un rato dormido.

"Hay un fragmento que acabo de recordar. Yo le había contado a usted acerca de un paciente mío, y alguien me criticó que lo hiciera."

Analista: "Esto me recuerda la idea que usted expresó hace poco, de que quizá yo le contaría a otros sobre usted".

Pausa

Paciente: "Mientras dormía, tuve conciencia de despertar, pero antes de hacerlo sentí que no era tan urgente. Es más importante el tratamiento de ese paciente mío. Se me ocurre que es muy extraño que le haya dicho que no hay nada inmediato de qué charlar, cuando en realidad (ahora estaba bien despierto) el fin de semana tuve con mi mujer una riña como nunca. Me perturbó mucho, porque afectó a mi hija. Decididamente me alarmé. La cosa es que mi mujer puede explotar esta situación y de hecho lo hace, sabiendo que yo debo proteger a mi hija. Se asegura de que no quedemos nunca a solas y de noche se niega a hablar, así que no hay nada en absoluto que pueda hacerse sobre el asunto, y yo me quedo con mi enojo. Esta vez quedé agotado de rabia, pero me doy cuenta de que tenía la esperanza de que ella iniciara una riña. Pero tengo que acordarme de que con mi esposa no hay nada que decir".

Analista: "De un modo u otro, en la situación imaginaria yo estoy allí...". (Resolví no continuar con la interpretación, pues me di cuenta de que no comprendía con claridad la significación transferencial de la riña.)

Paciente: "Entre mi esposa y yo no hay ningún idioma común".

Analista: "Algo tienen en común, y es que de parte suya está la dificultad asociada a la falta de un padre prohibidor, y de parte de su mujer, la dificultad de ella con sus propios padres y su intento de independizarse, que parece derrumbarse".

Paciente: "Me deprime comprobar que mi esposa no quiere coger; deprecia la sola idea de hacerlo y me desprecia a mí por sugerírselo; pero todo el tiempo tengo que acordarme que tal vez el responsable soy yo, por haberla llevado a esa situación a raíz de mi fracaso original con

ella. La dificultad en cuanto a pelearme con mi esposa es que no sé por qué reñimos. ¿Acaso porque yo quiero acostarme con ella? Sí, pero sólo si ella también lo quiere. No tendría ningún valor que tuviera que obligarla a ceder, y sé que no puedo hacer que ella lo quiera. En este aspecto, ella es igual a su madre".

Biblioteca D. Winnicott

Martes 8 de febrero

El timbre de la puerta de calle estaba descompuesto, y debió esperar tres minutos en el umbral.

Paciente: Comentó que tenía una fórmula para empezar, y la comparó con la anamnesis. Los pacientes presumen que uno sabe más de lo que sabe.

Analista: "Debo tener presente que quizás a usted le molestó la espera". (Muy poco común en el caso de este paciente.)

Paciente: Siguió con su descripción de cómo uno se estanca en la anamnesis, sin saber si debe indagar muchos detalles o simplemente satisfacer al paciente, presumiblemente fingiendo que sabe tanto como se supone que sabe. En algún momento de esta descripción, cayó en un retraimiento fugaz,⁵ al recobrase del cual pudo comunicarme la fantasía correspondiente, en la que se sentía muy disgustado con un cirujano porque éste había interrumpido una operación por la mitad. No es tanto que el cirujano estuviese enfadado con el paciente, sino que éste tuvo mala suerte: justo cuando lo estaba operando, el cirujano se declaró en huelga.

Analista: Ligué esto con la reacción suya del fin de semana luego de que yo aceptase el rol de la dependencia. Aludí a la falla del timbre, pero esto carecía comparativamente de importancia; mientras que las largas interrupciones se vinculaban directamente con lo que él dijo al final de la sesión anterior: que quizá yo no fuese capaz de soportar su necesidad de una dependencia extrema, como sería la de vivir conmigo.

El efecto de esta interpretación fue muy marcado; el análisis se reanimó y continuó animado durante toda la sesión.

Paciente: Habló de su negatividad, de cómo lo hastiaba y lo deprimía, dejándolo desvalido. Cuando se queda dormido, se enfada consigo mismo. Esa negatividad suya es un desafío. A veces no vale la pena hablar. El se siente desvitalizado. Dormir significa que no hay emoción, nada se le hace presente. Luego describió el contraste entre la actitud de su esposa y la suya. Su esposa siente cosas, y no soporta la forma intelectual en que él aborda todo, ni su falta de sentimientos. Comenzó a discutir sobre la palabra amor, pero no sobre su aspecto sexual.

Luego se refirió al artículo de [Ernest] Jones en The Observer's mencionando especialmente al

chico con el botón y cómo Jones conectaba esto con el canibalismo.

No hice ninguna interpretación, sabiendo que él vendría al día siguiente y que el tema volvería a aparecer.

Biblioteca D. Winnicott

Miércoles 9 de marzo

Paciente: "Hoy no voy a hablar de mí; pasó algo que confundió las cosas. Anoche había arreglado para quedarme en casa, con la idea de que hoy iría a una fiesta con mi amiga -y es muy probable que vaya-. Pero mi esposa volvió temprano, llorando. Había ido a visitar a su amante, y él estaba enfermo... se había quedado ciego, y tenía convulsiones. Se está muriendo (era inevitable que sucediese, ya que padecía una estenosis de la válvula mitral y una endocarditis).

"Esto implica la cuestión para mí. Parece mezquino que yo esté disfrutando, pero por otro lado no es mucho lo que puedo ayudarla a mi esposa, pues ella no quiere hablar. ¿Qué sentido tiene que me sacrifique por ella si no puedo esperar que me agradezca? En el pasado lo habría hecho, como símbolo de martirio, pero ahora no estoy tan dispuesto a ser un devoto de su causa. Pero la noticia me perturbó, y mi esposa me preguntó por qué tendría que perturbarme. Era difícil contestarle. En parte era al ver la perturbación de ella por lo que le pasaba a ese hombre. Me puso molesto, porque jamás se perturbó tanto por mí cuando estuve enfermo, aunque fue distinto. En parte era el pensar que todo esto iba a interferir en mi vida. Además, en parte también me conmovió el encontrarme con la pena en forma abstracta. No pude evitar que me afectase, y ésta fue la causa más poderosa".

Analista: "Sí".

Paciente: "Después de eso me puse a especular sobre el futuro, el desenlace probable. Por un lado, nuestra relación podría mejorar; por el otro, es más probable que se deteriore. Mi esposa no tendrá nada en lo que ocuparse y que la mantenga contenta, y entonces tenderá a experimentar más resentimiento que antes hacia mí, porque antes podía canalizar ese posible, y probable, resentimiento en la culpa que le causaba su propio proceder. Se mostrará más crítica conmigo y menos benevolente. ¿Por qué digo esto? Estoy haciendo conjeturas".

Analista: "No sabe cuál de las modificaciones sería peor o mejor".

Paciente: "Todo depende del grado en que mejoren las cosas entre nosotros. Si mejoran mucho, entonces yo sabría cuál es la modificación preferible. Me vería obligado a decir que lo que me separa de ella es su falta de afecto, ya que no estaría su amante en el medio. Esto es muy lógico, pero resultaría difícil de justificárselo a ella. ¡Me gustaría tanto poder charlar todo esto

con ella, de hombre a hombre, por así decir, o desapasionadamente! Pero eso es imposible (aparte de esta crisis). Quiero que ella me desafíe para así poder justificarme. Es perturbador comprobar que ella no dice nada sobre mi infidelidad". Pausa. "¿Lo interrumpí? Usted iba a decir algo."

Analista: "Tal vez percibió que yo me preguntaba si debía o no debía decir algo. Y era esto: que quizás usted sienta pena por la muerte de ese hombre, ya que usted lo conocía".

Paciente: "Es posible, pero lo descarté. Creo que era una pena de otra clase, más vicaria. En el hospital he comprobado que no me causa pena la muerte de un paciente, lo que me inquieta es tener que decírselo a los familiares. ¿Tal vez porque tengo que ver cómo reaccionan? Fue algo muy difícil contarle a una madre y a una novia que un individuo tenía una enfermedad grave, y especialmente decirle a una madre que su hijo había muerto, por más que la muerte de este hombre no me había parecido más que una cuestión técnica".

Analista: "Está la pena guardada bajo llave, la pena por la muerte de su padre. ¿Podría ser que su reacción indirecta responda a esto?".

Paciente: "Sí. Es significativo que yo no haya sentido ninguna pena en el momento en que murió mi padre. Sin embargo, tal vez no la sentí por esta razón".

Analista: "Suceden dos cosas al mismo tiempo a raíz de la enfermedad de ese hombre. Por un lado, esto lo enfrenta con una pena para la cual usted no está preparado, y por otro, su dilema se intensifica en la forma en que usted describió".

Paciente: "De nuevo, han venido cosas de fuera a anular las cosas que están por debajo, y eso no ayuda; pero es inevitable, hay que pasarlo".

Analista: "Queda en pie la fantasía de la chica con pene, y parece probable que usted haya sentido que su amiga tenía necesidad de hombres, mientras que su esposa se arregla sola y tiene pene".

Paciente: "La primera parte la veo, pero no la parte sobre mi esposa".

Analista: Admití que yo mismo lo veía embrollado y sin la claridad suficiente como para continuar con esa interpretación.

Paciente: "Hace una o dos semanas que vengo notando en mí un mayor deseo de tener relaciones con mi mujer. Evidentemente, lo que se piensa y lo que se siente son dos cosas distintas. Pensé que ahora que tenía una descarga sexual estaría más frío, pero lo cierto es que cuando estoy en la cama con mi mujer la deseo, por más que mi intelecto me dice: 'No, no tienes ninguna necesidad de molestarla ahora'. Como no tengo ninguna necesidad de demandárselo y sé que es inaceptable, parece que mi deseo es menos intelectual y más instintivo. En el pasado me limitaba a decir que si era preciso que hubiera sexo, tendría que ser con mi esposa, lógicamente; así que abordaba esta cuestión como un derecho. Ahora puedo pasar por alto mis derechos, y en lugar de ello me encuentro con un sentimiento nuevo, más

natural. Por supuesto, podría decir que hay otra explicación. Antes de empezar a tener relaciones con mi amiga me sentía impotente. Como no podía satisfacer a mi mujer, no tenía ninguna prueba de mi poder, y dudaba: ¿sería sensato arriesgarse a ser impotente, o a no poder satisfacerla plenamente? Después que descubrí que podía confiar en darle a mi amiga plena satisfacción, pude sacarme las dudas de encima".

Analista: "Solía ser siempre un test, en tanto que ahora es algo más natural".

Paciente: "Además, no estoy en la posición del que suplica. Ahora que sé que puedo, ya no es tanto por necesidad como por gusto. Estoy en una posición más dominante".

Analista: "Esto se conecta con ser un hombre en la familia".

Paciente: "Sí. Por primera vez empiezo a descubrir que soy un hombre. Eso parecía jactancia, jactarse de las proezas sexuales, dejando de lado todo lo demás; en este caso, dejando de lado el progreso en el análisis".

Analista: "La cuestión es: ¿quién soy yo, y ante quién se está jactando? Yo podría ser sus hermanas, o su padre, o su madre, o un hermano varón... creo que en este momento soy su madre".

Paciente: "Sí, usted es mamá. De pequeño yo le mostraba mis progresos largándome a caminar, o leyendo, y le decía: `¡Mira, mamá, ahora puedo hacerlo!'. Y ella reparaba en mí. Pero esto mismo es lo que pasa en mi trabajo. Si tengo un caso interesante por lo inusual y difícil, en vez de completar el estudio y escribir el informe, llamo a un colega y simplemente me siento impulsado a mostrárselo, no puedo esperar. Es estimulante mostrar lo que uno sabe".

Analista: "A mamá".

Paciente: "Sí, seguro que es a mamá, porque llego a esto indirectamente, a través de un cuento de un compañero de escuela. Un chico tuvo un sueño con eyaculación y fue corriendo al dormitorio de sus padres y gritó: `¡Mira, mamá, sin manos!'. Como usted ve, mi acercamiento directo a mi madre quedó enterrado".

Analista: "También podría estar refiriéndose a la defecación. Primero está la excitación producida por el hecho de cagar, y luego viene el placer de conservar la materia, y el resultado es una gran defecación. Si al chico se le impone el control de esfínteres, no tiene tiempo de hacer un progreso natural y le queda una cierta necesidad de volver atrás, a la excitación del cagar. Lo mismo podría decirse en términos del dinero, etc.".

Paciente: "Tal vez tenga razón, pero sigo pensando que es ilógico que yo muestre un cuadro inconcluso en vez de esperar hasta poder presentar el cuadro completo. Corro el riesgo de parecer un necio, y en mi trabajo, de dar un diagnóstico equivocado. Salto a las conclusiones y después trato de que todo lo demás se amolde.

"Esto me recuerda sobre todo el dilema infantil de las comidas. Cuando había mi plato

predilecto, ¿debía comerlo primero, y entonces todo el resto de la comida me parecería sosa, o guardarlo para el final? y normalmente me lo comía primero".

(Nota: Este fue el tema del primer período del análisis.).

Biblioteca D. Winnicott

Carta del 10 de Abril

10 de abril

Estimado Dr. Winnicott:

Creo que le debo una disculpa por no haberle escrito antes. La última vez que tomé contacto con usted, resolví interrumpir por lo menos hasta las Pascuas, mientras trabajaba en ..., y después comunicárselo.

En general resultó muy satisfactorio y, en la actualidad, mis planes son continuar igual que ahora hasta que expire mi contrato, en agosto.

No estoy seguro en absoluto sobre lo que haré después de eso. Todavía no me es posible planear con tanta anticipación. Por momentos me siento tentado de dejar el análisis, ya que ahora estoy tan bien. Por otro lado, me doy cuenta de que el proceso está incompleto, y tal vez entonces decida retomar con usted, o bien, si eso ya no es posible, empezar con alguna otra persona. Me parece que he dado un gran paso adelante al poder aceptar tan fácilmente esta idea.

En caso de que no retomemos más adelante, quisiera aprovechar esta oportunidad para expresarle mi gratitud por todo lo que usted hizo.

Atentamente.

Biblioteca D. Winnicott

Jueves 10 de febrero

Paciente: Siguió refiriéndose a su entusiasmo, aunque esta vez era más difícil en comparación con la exaltación anterior.

Analista: "Parece que durante la mayor parte de su vida, su nivel de entusiasmo estaba por debajo del nivel corriente, y ahora que pasó a sentir como todo el mundo, lo percibe".

Paciente: "Sí, veo que puedo estar contento y despreocupado con menos esfuerzo que antes. A veces podía, pero siempre era una actuación. Sin embargo, hoy pasó algo que me hizo tener en cuenta que se necesita cautela. Hay todavía preguntas sin respuesta, que tienen que ver con el trabajo y la familia. Siento aprensión y culpa por sentirme bien y, desde luego, por tener un asunto amoroso secreto. Sería peligroso -quiero decir, pensando en el futuro- entusiasmarse demasiado. No puedo dejar de lado lo que falta por hacer. Pero hay una diferencia: ahora puedo proyectar un futuro. Antes, parece que tenía dificultades insolubles en el presente, y ninguna perspectiva futura. No había esperanza de vivir jamás una vida corriente. Mi depresión tenía que ver con la búsqueda de la dependencia. Podría decir que en la dependencia, y por lo tanto en la depresión, yo, estaba reclamando mi derecho a existir".

Analista: "Entonces, la desesperanza con respecto al futuro y el presente resulta ser una desesperanza del pasado, que usted no conocía. Lo que está buscando es su capacidad de amar; y aunque no estamos enterados de todos los detalles, podemos decir que alguna falla en su vida temprana le hizo dudar de su capacidad de amar".

Paciente: Después de coincidir con todo esto, agregó: "Todavía queda pendiente la tarea que hay que hacer".

Analista: Le hice una interpretación bastante amplia, vinculando esto con la realidad de su descubrimiento de que amaba a su hija, y le recordé las lágrimas que había derramado en el cine.

Paciente: "Siempre tuve una idea intelectual del placer asociado al dolor. Así también asocio el amor con la tristeza. Una vez le dije esto a alguien. Era una charla que daba una mujer en un Club de Jóvenes, sobre el sexo. Yo le dije que el amor y la tristeza estaban asociados, y ella lo rechazó tajantemente y me llamó sádico".

Analista: Le señalé que, de todos modos, él sabía que tenía razón y que la conferencista se equivocaba.

Paciente: "Tal vez ella lo sabía pero le pareció impropio coincidir conmigo en esas circunstancias".

Analista: "No hay ninguna necesidad de que yo intente responderle, porque la respuesta se está dando en su propio análisis".

Paciente: "Yo no era un sádico, y por lo tanto ese comentario no era cierto".

Analista: Aquí empecé a formular una interpretación algo más abarcadora, trayendo a colación la palabra "canibalismo" que había aparecido en el artículo de Ernest Jones en The Observer's.

Paciente: Completó mi comentario diciendo que él siempre había reconocido que morder era importante cuando se hace el amor.

Analista: En mi amplia interpretación me referí a esta situación infantil, que en algún sentido él se había perdido y necesitaba que yo se la suministrara en el análisis, y le hablé del sostén de una situación a lo largo del tiempo para poder poner a prueba los fenómenos de dependencia en relación con los momentos y las ideas instintivos. Se me ocurrió decirle, como ejemplo, que en una institución, un mismo bebé puede ser atendido por tres enfermeras distintas en el curso del día, lo cual presenta una dificultad respecto de la reparación.

Paciente: Captó rápidamente la idea de mi interpretación, y dijo: "En mi caso parece que hubo cuatro, por las cuatro vidas que llevo: el hospital, mi casa, el análisis y la chica. Todo depende de que sea capaz de describir en el análisis lo que pasa en los otros lugares". Más adelante dijo: "Pero, al revés, lo que está sucediendo es que esta división en la situación total me da más cosas sobre las que hablar. En cualquiera de esos cuatro lugares tengo mucho para hablar, mientras que por lo común me siento agotado si digo algo y después no tengo más nada que decir".

Analista: Primero me referí a su necesidad de sentir que estaba contribuyendo con algo al análisis, y que si no tenía nada para decir, a menudo se sentía torpe y deficiente. Dije: "Estamos hablando además de uno de los orígenes del diálogo. Cuando cada individuo integra todo el material de las experiencias escindidas al hablar en una situación acerca de otra; en la salud, hay una pauta básica unitaria".

Antes, él no había sido capaz de encontrar otra cosa que diversos ejemplos de la pauta original, que buscaba permanentemente. Ahora, en el análisis, había encontrado esa pauta y podía aprovechar su capacidad de dividirla.

Pausa

Paciente: "Hay un peligro en ir demasiado lejos. Uno podría confundirse".

Analista: Al principio pensé que lo que quería decir es que mi interpretación había sido demasiado complicada, pero en realidad se refería a la innumerable cantidad de cosas extrañas que él podía traer al análisis; y esto me hizo recordar que había sido señalado como un chico muy charlatán hasta cierto momento de su niñez temprana, y de ahí en adelante sólo habló seriamente.

Paciente: Me contó entonces su temor a quedar reducido, sin esperanza alguna, a un montón de piezas y fragmentos, algo a lo que él denominó "estar diseminado por todas partes". Decidió hablar acerca de la ronda de los jueves por la sala del hospital con el Dr. X, sobre todo porque siempre influía en su sesión de los jueves por la tarde. Nunca me había contado nada al respecto. La recorrida con el Dr. X nunca era simple, siempre le planteaba una serie de desafíos. Es un hombre lleno de ideas y exigencias. En la actualidad estaba sucediendo algo nuevo, por cuanto el paciente tenía incontables ideas propias y estaba a la altura de su jefe, y ambos disfrutaban de su contacto mutuo. Además, estaba el asunto de ese cirujano difícil de tratar. El [paciente] había puesto por escrito la historia clínica de un enfermo, y recibió una carta entretenida en la que le agradecían ese amplio y minucioso informe. Esa carta era un elogio y le

llegó justamente en el momento en que, quizá por primera vez en muchos años, estaba con el estado de ánimo apropiado para recibir elogios. Por cierto que los recibió con beneplácito. Ahora, lo que sucedía es que había demasiado de todo. Siempre le preocupaba que hubiesen innumerables fragmentos, razón por la cual había desarrollado una técnica de generalización y simplificación de las cuestiones.

Analista: La opción frente al ordenamiento del material era perderse en innumerables fragmentos. Parecía que el paciente estaba describiendo su mayor capacidad para soportar la desintegración o no-integración.

Paciente: Dijo que sentía como si esas ideas fueran una cantidad excesiva de hijos.

Analista: Mi labor como analista consistía en ayudarlo a tratar con esos hijos, discriminarlos y poner algún orden en su manejo. Le señalé que él estaba obstruido por su propia capacidad de reparación, siendo que todavía no se había encontrado con el sadismo que indicaría el uso de los fenómenos de reparación. El interés hacia mí sólo fue dicho pero no apareció.

Paciente: Describió la situación analítica diciendo que complica a un paciente apasionado. Los analistas estaban bien protegidos. Evitaban ser violados

recurriendo a mecanismos de protección especiales. Esto era particularmente evidente en el hospital, donde los pacientes y los médicos sólo se conocen en el plano profesional y sus entrevistas son establecidas de forma indirecta. Además, los propios médicos están en análisis. Sólo es posible dañarlos aplicando contra ellos una violencia física. En cierta ocasión, algunos individuos intentaron abrirse paso y lograron crearles inconvenientes a algunos médicos con su deliberada brusquedad, y fueron rechazados. Un analista no tendría que actuar así. ¿Y por qué lo hacían? "Hay dos ideas", añadió. "Una es que me molesta que los analistas no sean inmunes al ataque verbal. Al mismo tiempo me molesta su invulnerabilidad. Uno sólo puede molestar a un analista no viniendo a la sesión pero eso es una tontería".

Analista: Dije que él había omitido referirse al no aparecerse (tendría que haber dicho "no jugar", pero lo pasé por alto). Es como si él me hubiera contado un sueño en el que él no aparecía, y ahora podíamos examinar el significado de ese sueño, y ver que contenía sadismo para él en este momento, y que el sadismo conduce al canibalismo.

Como interpretación adicional, le dije que al reunir todas las diferentes fases de su vida, había una que era el elogio del cirujano. En el material de la sesión anterior yo había sido equiparado al cirujano, y para él era importante que yo fuese capaz de darme cuenta que lo había elogiado a través del cirujano.

Paciente: Su respuesta a esto fue que, según él, yo tenía que ser capaz de mostrar entusiasmo cuando él lo mostraba. ¿Por qué no podía yo estar orgulloso de sus logros?

Analista: Le repliqué que yo estaba de hecho entusiasmado, aunque quizá no tanto como él, así como tampoco estaba yo tan desesperado durante sus períodos de desesperación. Yo estaba en una posición desde la cual podía ver el panorama completo.

Paciente: Continuó con el tema de la capacidad del analista para entusiasmarse ante el progreso de los pacientes, y yo le dije:

Analista: "Puede dar por sentado que si me dedico a esta clase de trabajo es porque pienso que es lo más estimulante que puede hacer un médico; y desde mi punto de vista, es por cierto mejor que a los pacientes les vaya bien y no que les vaya mal".

Biblioteca D. Winnicott

Jueves 24 de febrero

Lo tuve que hacer esperar diez minutos.

Paciente: "Primero, le diré que tengo conciencia de que estábamos en medio de algo importante. Tuve que irme contra mi voluntad. Tengo apenas una vaga idea de lo que se trataba, pero quizá podría pensar en eso.

"Segundo, tengo conciencia de esta cuestión de la velocidad del tratamiento. ¿Cuánto va a durar? ¿Cómo sabe uno que llega al final? Sería bueno tener un objetivo. ¿Qué le parece el verano, por ejemplo? ¿Cómo sabe uno hasta dónde va a llegar? Naturalmente, el tratamiento produce perturbaciones, y no es de esperar que los buenos efectos aparezcan hasta pasado un tiempo de haber terminado. Hay dificultades relacionadas con el arreglo de un plan futuro, pero no quiero forzar la cuestión. No me gusta una perspectiva indefinida."

Analista: (Le comuniqué algunos detalles sobre mis vacaciones de verano.)

"Me doy cuenta de sus dificultades reales."

(En este punto recapitulé el análisis del día anterior, que concluyó abruptamente con la noticia de sus sueños adolescentes de chicas con pene.)

"La relación que usted mantiene con esa chica forma parte, pues, de este análisis, es tan valiosa como un sueño."

Paciente: "En primer lugar, esa chica no es una persona estable en sí misma, y en segundo lugar, no es desde el punto de vista intelectual una compañera para el futuro. De esto no estoy seguro. Suena medio pedante. Lo único que tenemos en común es:

1. el deseo de tener relaciones sexuales por placer, y que ambos usamos para restaurar la confianza;
2. como los dos somos médicos, charlamos de cuestiones médicas; y
3. ella estuvo un tiempo en análisis.

"Pero lo cierto es que no hay futuro en esta relación. No me parece justificado dejar a mi esposa por causa de ella, pero la relación con ella me parece muy útil. Con esta chica he encontrado una capacidad mucho mayor para gozar sin tensión. Esto se debe en parte al análisis. Con mi esposa, hago un esfuerzo

deliberado por disfrutar, y es más una técnica que un instinto. Con la chica no hay romance, ¡pero todo es tan natural! Ambos estamos relajados y tomamos las cosas como vienen. Hay y seguirá habiendo otros hombres en su vida, pero no tengo por qué meterme con esa clase de complicaciones. No tengo ningún deseo de apoyarme en ella, y además sería peligroso. Me ha servido como un objeto con el que puedo afilar mis garras, y no importa que ella empiece a ser infiel e inestable (aunque sincera a su modo) y brusca. Yo también puedo mostrarme brusco y duro sin molestos sentimientos de culpa. Comparo esto con lo que sucedió en el caso de esa chica que conocí al principio en el hospital, cuando estuve enfermo. Ella quería apoyarse en mí, y si yo hubiese seguido adelante y la hubiera decepcionado, habría sido una catástrofe para ella."

Analista: "Aquí, permanentemente, lo importante es que usted sabe que puede contar con que yo no me apoyaré en usted; así que aquí todo es en beneficio suyo".

Paciente: "Cuando yo lo dejé la vez pasada, pensé que lo hacía para siempre, y me sorprendió saber que continuaba interesado en mí. Se me ocurre preguntarme si volverá a suceder lo mismo, si usted me seguirá recordando en caso de que me vaya, y si esperará que yo vuelva".

Analista: "Sí, lo esperaría, si supiese, como la vez pasada, que usted se fue antes de estar preparado para ello".

Le recordé asimismo que las circunstancias de la guerra me habían creado inconvenientes en ese entonces.

Paciente: "Vuelve a pasar lo mismo con la lucha doméstica".

Analista: Proseguí con el tema de estar preparado para el final.

"Todavía está esa fantasía de la chica con pene, y si usted se fuese ahora, estaría eludiendo esa cuestión".

Paciente: "Sí. Con las chicas yo no odio a otros hombres, sólo me molesta pensar en ellos. Mi actitud actual hacia las mujeres depende de que hagan algo que muestre su interés por mí, de modo que yo no esté obligado a tomar la iniciativa en todo. Esto está matizado en parte por el hecho de que sé que mi esposa siente hostilidad hacia mí, sobre todo por mi incapacidad para tomar la iniciativa. Me veo llevado a una situación en la que tengo que suplicar. Así que no permitiré que esto vuelva a suceder, no quiero que otra chica se me convierta en una necesidad. No quiero tener que suplicar y rogar de nuevo".

Pausa.

"Con mi esposa ya no soy el suplicante; tampoco siento la urgencia de tratar de

complacerla permanentemente. Así es que ella se harta. De todas maneras no me tiene cariño, y ahora tiene menos motivos que nunca para seguir adelante." Pausa. "Es difícil decir algo más en este momento. No hay nada útil... nada más que llenar el tiempo hablando porque sí, sin llegar a ninguna parte." Pausa. "No tuve ningún sueño que recuerde; eso permitiría seguir adelante". Pausa. "Me doy cuenta de que queda algo por hacer. Ahora me acuerdo de que usted solía decir que cuando yo era pequeño mi madre estaba permanentemente angustiada, tenía la necesidad de ser perfecta. Es semejante a la angustia mía aquí. Es lo que yo espero, en contraste con otros pacientes; tal vez ellos no tengan tanta necesidad de seguir adelante y puedan disfrutar si están sanos y contentos. Puede ser que adopten la actitud de ¿para qué decirle a este viejo tonto todo lo que pasa por mi cabeza?"

Analista: "Quizás usted sienta eso mismo".

Paciente: "Creo que lo he sentido, pero tengo que tranquilizarme y seguir adelante".

Analista: "Ha averiguado cuáles eran sus sentimientos por un medio indirecto".

Paciente: "Lo mismo pasa con mi jefe. Me angustia cuando no entiendo un caso, me molestan las críticas. Siento que me van a desautorizar, y tengo que asumir la responsabilidad; es como el destino, ser perfecto".

Analista: Le hice una interpretación que incluyó lo siguiente: "Usted sólo puede estar a la altura del cuidado perfecto que le brindó su madre si alcanza una perfección similar, movida por la angustia. Por detrás de eso está la desesperanza de amar y ser amado; y esto es aplicable aquí y ahora, a su relación conmigo".

Paciente: "Tengo conciencia de mi desagrado y disgusto".

Biblioteca D. Winnicott

Miércoles 13 de julio

El martes 12 de julio el paciente me telefoneó en el horario de su sesión para comunicarme que el clima caluroso, sumado a que se sentía muy cansado, lo habían decidido a perder esa sesión.

Paciente: "Anoche me sentía agotado. Dicho sea de paso, no conseguí el empleo. Eso y el calor me decidieron a no venir. Un hospital local tiene muy poco margen para opinar en cuanto a la elección de su personal residente. Con respecto a la entrevista, tuve un estado de agitación poco común, mayor que en ocasiones anteriores. Es curioso, porque no había motivo. Sentí que no era la misma persona que en otras entrevistas. Durante media hora estuve excesivamente desconcertado, y después sentí alivio. Obtener ese puesto no habría sido muy satisfactorio

para mí. Tenía la sensación de que sería injusto aprovecharme de mi ventaja. Al menos ahora, con otro puesto, podré quedar satisfecho de que me valgo solo. Puede ser que en parte diga esto para consolarme. La ventaja de este trabajo era que iba a seguir con el mismo grupo, y por lo tanto tendría que parecer popular. Pero después de todo no es tan fenomenal como uno podría pensar".

Analista: "Usted me decía estas cosas antes de la entrevista, la semana pasada".

Paciente: "Esta tarde me siento más inclinado a interrumpir el tratamiento por un tiempo. Hay inconvenientes en un sentido y en el otro. La ventaja es que yo tendría más margen para seleccionar empleos. Siento que ahora venir a análisis depende más bien del empleo que consiga, y no al revés. La desventaja sería que el proceso de análisis está incompleto, así que tendría que completarlo antes de que haya una brecha. Tengo ganas de probar. Es difícil para mí juzgar sobre esto".

Analista: "Hay algunas cosas que usted me dijo en sesiones anteriores. Usted se da cuenta de que yo puedo juzgar esto mejor que usted. Por ejemplo, podría señalarle que en su descripción de la entrevista, lo que dejó fuera es que a usted lo mataron".

Paciente: "Noté algo curioso. Uno de los otros candidatos vino a verme la mañana previa a la entrevista. Yo me pregunto por qué lo hizo. El me dijo si yo había pensado que él podía obtener el puesto, etc. Fue necio venir a preguntármelo a mí. Tuve ganas de decirle que yo creía que no lo iba a obtener, como para limitar

el campo. Sentí hostilidad hacia él. Creo que por primera vez sentí hostilidad en una situación así, y no quería hablarle, y tampoco él quiso seguir hablando conmigo".

Analista: "Parecería que los sentimientos que usted tiene son los propios de una situación como ésta".

Paciente: "El personal del hospital me advirtió que por más que yo fuera el favorito de ellos, eso no iba a gravitar mucho. Después que salí de la entrevista me sentí más amigo de los otros. Una vez que fue seleccionado uno de nosotros, hubo un cambio de atmósfera entre los tres restantes. Ya no teníamos por qué pelear".

Analista: "Así que entró en una situación de rivalidad, en mayor medida que lo que había podido hacer habitualmente".

Paciente: "Esto se aplica también a las demás cosas; soy más capaz de sentir la rivalidad cuando está presente. Puedo reunir más hostilidad hacia el amigo de mi esposa. No es que lo haya visto recientemente. Mi esposa evita que entremos en un conflicto directo. Si ahora nos encontrásemos con él, yo le mostraría más positivamente mi hostilidad. Por cierto no le pediría misericordia. En general, tiendo a establecer las leyes con más firmeza. En mi trabajo, esto se debe en parte a mi mayor experiencia, que hace que yo tenga más autoridad. Hoy, mientras recorríamos la sala con el médico más joven, pude formular un diagnóstico bien definido en un caso en que él se sentía inseguro. Y lo hice sin pedir disculpas. Algunos meses atrás, sólo en teoría podía yo aceptar la idea de estar en una posición de autoridad. Ahora me parece más lógica, más natural, menos una actuación. Este era un caso bien claro; yo no entendía por qué el otro médico no se daba cuenta de lo que yo me daba cuenta".

Analista: "Así que la experiencia no lo vuelve permanentemente sagaz, sino que hace que la verdad parezca más evidente".

Paciente: "Me pregunto por qué no pude lograrlo antes". Pausa. "En este momento, lo que advierto es que usted no formula ningún comentario sobre si yo voy a seguir en análisis o no. Quizá yo no quiero sentir que vengo aquí sólo porque tengo ganas, por más que cuente con buenas razones. Sería más sencillo no tener que asumir la responsabilidad por esta clase de decisión. Una crítica que podría hacerse al hecho de venir aquí es que podría ser capaz de decir que no, de todas maneras, me gustaría conocer su opinión. ¿Qué importancia tiene para mí que siga viniendo?"

Analista: "Yo diría que, decididamente, prefiero que usted continúe viniendo. Sin embargo, también hay que tener en cuenta su progreso, que me complace, por el cual usted es capaz de darle prioridad al trabajo sobre el tratamiento".

Paciente: "¿Estoy justificando en pensar que eso es posible?".

Analista: "Pienso que es posible".

Paciente: "Cuando era paciente en el hospital y mencioné que quería tener un trabajo, me dijeron: 'Puedes tenerlo, pero no lo necesitas'. Esto implicaba un riesgo. Ahora que he progresado aquí, ¿sigue habiendo un riesgo?".

Analista: "Pienso que está bien que usted deje, aunque puede extraer más cosas del análisis en torno del tema de la rivalidad, que sólo ahora usted empieza a poder aceptar con todas sus implicaciones. De modo que, le repito, es mejor que pudiera volver en setiembre y seguir".

Paciente: "Esta tarde, mientras venía para aquí, recordé que uno de los principales trabajos que me ofrecieron es en X, y me di cuenta de que no me entusiasmaba mucho porque era más lejos todavía. Lo gracioso es que nunca se me cruzó por la cabeza si podía o no llegar hasta aquí desde ese lugar; el problema era que estaba demasiado lejos de casa".

Analista: "Sin duda, tiene mucho por descubrir en sí mismo como resultado de los cambios que se han producido recientemente en el análisis".

Paciente: "Antaño, en el primer tratamiento, usted me dijo que, por tratarse de épocas de guerra, había sido un resultado bastante bueno. ¿Hoy haría el mismo comentario? ¿Bueno, aunque incompleto? ¿Es probable que haya un derrumbe más adelante?".

Analista: "No, ahora no diría eso".

Paciente: "Bastante bueno no es lo suficientemente bueno si puedo sufrir un derrumbe. ¿Hasta qué punto es inevitable un derrumbe? Probablemente lo era cuando dejé el primer tratamiento, ya que nunca me sentí normal. Ahora lo que me preocupa es que en realidad no sé lo que quiero hacer con mi vida".

Analista: "Le estoy diciendo claramente que quisiera que usted vuelva en setiembre. Si no viene, pienso que la interrupción puede tener ciertas ventajas".

Paciente: "Puedo seguir comparando mis opiniones sobre el psicoanálisis con las que tenía hace diez años. Solía manifestar tajantemente mi punto de vista según el cual el psicoanálisis era anticientífico; yo sentía que los analistas eran demasiado dogmáticos, casi sectarios. Si uno discrepaba con un analista, se convertía en un hereje. Así que el psicoanálisis parecía ser algo malo. Sostuve esto hasta que sufrí el derrumbe. Ahora mi experiencia ha sido tal, que no me imagino de dónde pude sacar esas ideas. Tal vez fue culpa de mi madre. Es una idea que se me ocurrió hace poco. Por lo que veo, la mayoría de los analistas no comparten la rígida adhesión de ella a Freud y el análisis. En general, lo que veo

es que los analistas no dicen que Freud tiene razón y que todo lo demás está equivocado. Piensan sobre la marcha. Mi esposa cita mis palabras de la época en que yo sentía aversión, cuando expresaba mi ferviente hostilidad contra el psicoanálisis; y entonces ella considera que el hecho de que yo venga aquí es un retroceso, es hacer algo contra mis propios principios. Además, hace diez años una de las cosas que me perturbó fue un libro de Freud en el que se metía a hablar de antropología. No puedo recordar...".

Analista: "¿Tótem y tabú?"

Paciente: "Sí. Aducía razones teóricas, reconstruyendo el pasado a partir de la sociedad actual. No lo leí por mucho tiempo, desde luego. Me pregunto si hoy yo consideraría válida esta crítica".

Analista: "Me interesa que usted se refiera a Tótem y tabú como algo inaceptable. ¿Acaso el tema de ese libro no es que los hermanos se unen para matar al padre? Se elimina la hostilidad entre los hermanos con el fin de derrocar al padre".

Paciente (riéndose): "¡Jamás pensé, cuando hice esa crítica, que podía tener un sentido emocional! En ese momento, lo que criticaba es que Freud dijese que el complejo de Edipo había sido importante en la sociedad primitiva, que en verdad fue una sociedad matriarcal. Era improbable, teniendo en cuenta que los varones no conocían a su padre. Ni siquiera las hijas tenían un padre específico. Así que sería imposible aplicar el mismo conjunto de reglas; pero sobre esto debo decir que no lo veo con claridad, y durante mucho tiempo no pensé en ello. Tal vez tendría que volver a sacarlo".

Analista: "Es posible que los antropólogos critiquen Tótem y tabú, pero creo que no lo harían con los mismos argumentos con que usted lo criticaba. Yo diría que la opinión general es que había conciencia de los antepasados, sólo que existían ciertas costumbres referidas al uso de los tíos, etc.".

Paciente: "La idea del pecado original desempeña un papel importante en esto, creo, a menos que me falle la memoria. Me provocaba gran aversión la idea de que desde el principio de los tiempos los niños se hubieran preocupado por las relaciones sexuales de sus padres. Hay casi un sesgo religioso a lo largo de todo el libro, que colorea la actitud general. Dado que a mí me criaron como un ateo (ésta fue obra de mi padre), me horrorizaba bastante que yo tuviera que aceptar ideas religiosas, y me volvió en contra del psicoanálisis".

Analista: "Sugiero que hay algo que usted está dejando fuera del tema expuesto en ese libro. El pecado es asociado allí con el

asesinato del padre, pero usted no dice nada acerca del tema central, que es que todos los que rivalizaban entre sí amaban a la madre, y era el amor a la madre lo

que los llevó a querer matar al padre en la escena primaria".

Paciente: "No veo con claridad lo del pecado, y cómo intervenía en ese libro".

Analista: "En ese libro el pecado original, me parece, intervenía como amor a la madre".

Paciente: "Soy incapaz de aceptar la idea de un odio universal al padre. Es una idea desagradable, pero creo que puede sacarse de ella algo más vinculado con la situación actual. En esa época, a mí me atraía todo lo que no fuese dogmático, pero hoy diría que estoy decididamente en favor de la flexibilidad. Si critico a la medicina es por el dogma que hay en ella. Esto tiene que ser así porque así nos lo enseñaron".

Analista: "Usted está rindiéndome un tributo todo el tiempo. A menudo me pidió que yo fuera más dogmático, pero -como en parte usted mismo ha dicho- valora mi flexibilidad y mi disposición a tratar las cosas sobre la marcha. Esto se aplica sobre todo a la pregunta: ¿debe dejar o no el tratamiento?".

Paciente: "Lo que ocurre con un dogma es que no puede equivocarse. El Gran Maestro, Freud, el Papa, Stalin; la aceptación del dogma ocupa el lugar del padre. Se presume que él no se equivoca. Una figura paterna. Es malo que el intelecto descansa en emociones ilógicas". Pausa. "En cierto sentido, parece que al final doy una nota teórica. ¿Será que inconscientemente, aunque de forma deliberada, estoy evitando desenterrar algo?".

Analista: "Hay una evitación, en el sentido de que me usa en general como analista, o tal vez como figura materna, y pasa por alto que también soy para usted, en su análisis, una figura paterna. Cuando le digo que quiero que vuelva, soy una figura materna, y esto le es útil en la medida en que usted es infantil. Pero hay otra manera de verlo, en la cual yo, como padre, le digo que debe volver. Ahora usted está en una posición desde la cual puede desafiarme. Y una tercera manera de considerarlo es que el análisis es la mamá que usted quiere, y yo soy papá. O yo lo mato a usted, o usted me mata a mí, porque hay rivalidad entre nosotros. A menudo hemos hablado de estas cuestiones, pero ahora; en este asunto de volver o no en setiembre, se presenta una situación concreta, y el problema que usted tiene delante es emocional más que intelectual".

FIN DEL PERIODO

(Casi nueve meses más tarde, el paciente me envió la siguiente carta:)

Ver carta del 10 de Abril.



Biblioteca D. Winnicott

Jueves 5 de mayo

(Estas notas fueron escritas con algún retraso.)

Paciente: "Comenzaré diciéndole que después de la última vez me es difícil producir material nuevo. Si sólo falta un mes para que interrumpamos y probablemente terminemos, ¿valdrá la pena traer cosas nuevas? Comparo esto con la dificultad que tuve antes del feriado de Pascuas. Esta parece ser una barrera muy fuerte. Tengo la sensación de que no es preciso que me acudan ideas. Tal vez la idea de finalizar se basa en una evaluación poco realista de la situación actual. Antes, yo esperaba tener en el futuro la capacidad de superar las dificultades". Pausa. "Estoy recordándome que en las dos últimas sesiones dedicamos muchísimo tiempo a discutir detalles prácticos. Hubo poco material concreto de naturaleza más personal."

Analista: "Como usted recordará, a veces se ha quejado de que las cosas reales no parezcan importantes en el análisis, y ahora las compara con la otra clase de material".

Paciente: "A veces parecería que el material más profundo no es productivo. Podría considerárselo demasiado frívolo, demasiado consciente, o algo así. Es como si yo me esforzase por producir lo correcto. A menudo me siento culpable de estar quizá perdiendo el tiempo o fabricando cosas de un modo elaborado que carece de sentido".

Analista: "Yo estoy sosteniéndolo a usted permanentemente, y por otra parte están los diversos métodos; por un lado, mi manejo general, y por otro lado las interpretaciones del material".

Paciente: "Estoy pensando en mi padre. Posiblemente papá parecía rechazarme, mientras que mamá me retenía. Me provoca aversión la idea de que mi madre me retuviera, o sea, en lugar de mi padre". Pausa. "Es posible que papá me hubiera fallado cuando yo era bebé o niño. Es algo poco definido, una idea que apareció hace unos años. La idea es de un niño que encuentra a su padre y queda decepcionado, pero no creo que sea cierto en mi caso."

Analista: "Creo que aquí podemos incluir algo que recogí en alguna medida de su madre, y ya le hablé a usted de esto. Cuando su madre me contó por primera vez acerca de su padre, antes de que yo lo atendiera a usted en su primer tratamiento, me dijo que él era perfecto. Obviamente, ella lo idolatraba. Creo que

se recuperó de esto más adelante, en su propio análisis. Pienso que usted está procurando enunciar sus sentimientos sobre esto".

Paciente: "Sí, algo de eso hay. Es cierto que, visto en retrospectiva, mi padre parece hacerse vuelto cada vez menos perfecto. Su actitud hacia la educación de los niños era demasiado teórica; además, en otros aspectos sus imperfecciones y sus insuficiencias siempre fueron descubrimientos que me destrozaron. Aquí aparece una nueva idea sobre su perfección, que era la idea que tenía mi madre de él y que yo acepté como una verdad evidente por sí misma. En mi niñez me sorprendía mucho descubrir imperfecciones. Puedo recordar un caso, una vez que él jugó al críquet en la escuela... un partido de los padres contra los hijos. Comparados con los de los otros padres, sus movimientos eran torpes. Por un lado, yo suponía que tenía que ser perfecto y era muy difícil para mí cuando descubría imperfecciones. Por otro lado, esta idea de la perfección generaba dificultades. En general, yo suprimía las imperfecciones que advertía".

Analista: "Lo importante sería que esta idea de la perfección, tomada de mamá, significaría que ella no lo amaba a su padre, que no se interesaba por él como una persona real, sino que ponía el acento en que fuera perfecto. Creo que usted sentía todo esto como una falta de amor entre mamá y papá".

Paciente: "Es exactamente esto lo que pasa entre mi esposa y yo. Yo tenía la idea de que ella era perfecta y me la construí así, aunque me daba cuenta de que eso era ilógico. Cuando comprobé que ella no me quería, toda la estructura se derrumbó y ya no sirvió para nada".

Analista: "Algo parecido le pasa conmigo también".

Paciente: "Bueno, sí, al principio yo suponía que usted sería perfecto. Y, de nuevo, hice a un lado cualquier pequeña prueba de imperfección. Supongo que es lo que uno tiene que hacer cuando se halla en esta situación. Si usted fuese imperfecto, yo no podría verlo como un especialista. En la situación analítica, si usted no es perfecto el análisis lo tengo que hacer yo. Supongo que surgen circunstancias en que podemos charlar en un pie de igualdad, por ejemplo cuando hacemos bromas. Siento que me entusiasman y divierten, y que usted queda desilusionado o molesto. La idea de la perfección es insatisfactoria".

Analista: "La idea de que yo sea perfecto podría ser usada por usted como una defensa ante la angustia que le causa una relación en la que pueden haber sentimientos, y toda clase de desenlaces imaginables".

Paciente: "Lo alarmante de la igualdad es que entonces los dos somos niños, y la cuestión es: ¿dónde está el padre? Si uno de nosotros es el padre, sabemos dónde estamos parados".

Analista: "Le está rondando aquí la idea de la relación con su madre a solas, y la

relación triangular con mamá y papá. Si papá es perfecto, usted no tiene más remedio que ser perfecto también, y entonces usted y su padre quedan identificados entre sí. No hay choque. Si, en cambio, ustedes son dos seres humanos que la quieren a mamá, hay un choque. Pienso que usted se habría dado cuenta de esto en su propia familia si no fuese porque tuvo dos hermanas. Un varón habría puesto de manifiesto esta situación de rivalidad entre él y su padre con respecto a mamá".

Paciente: "Creo que usted está planteando un problema importante. Nunca fui humano. Me lo perdí".

Analista: "Esto me recuerda que usted no había contemplado la posibilidad de seguir psiquiatría o psicoanálisis como carrera, sobre la base de que no podría ser perfecto de inmediato".

Paciente: "Nunca acepté realmente no ser bueno en algo".

Analista: "Su vida se fundó en la perfección-imperfección, que tenía que convertirse y manifestarse como enfermedad".

Paciente: "Para mí, imperfecto significa rechazado".

Analista: "Cuando pienso en lo que me contó de su esposa, me doy cuenta de que no sé nada en absoluto de ella, salvo sus perfecciones e imperfecciones. No tengo ninguna imagen de ella como mujer. Creo que esto no es por una falta mía".

Paciente: "No sé si yo sabría describirla. Tendí a suponer que usted no estaba interesado en ella como mujer. Además, siempre tengo dificultad para describir a la gente. Nunca puedo describir una personalidad, o el color del pelo de una persona, esa clase de cosas. Se me ocurrió que otros pacientes tal vez describan a las personas en su análisis, y sentí de inmediato que usted me estaba criticando. Siempre tengo renuencia a usar los nombres de pila, y el otro día noté que usé un nombre de varón que suena parecido al de mi esposa; por detrás de ese error hay una descripción de mi esposa, que para mí tiene características masculinas".

Biblioteca D. Winnicott

Jueves 24 de marzo

Paciente: "Mientras venía estaba pensando que no hay cuestiones inmediatas, así que está allanado el camino para cosas más profundas. Pero hay algo en lo que estuve pensando anoche; hoy lo veo un poco borroso. Tal vez le di una falsa imagen de la situación con mi mujer. Lo hice en varias oportunidades, porque cuando estoy aquí tengo una actitud distinta que en casa. Aquí y en el trabajo siento que la diferencia proviene de ella, y que yo controlo la situación y puedo hacer sonar el látigo. Ella depende de mí, no yo de ella. Puedo advertirle que se ande con cuidado... Pero cuando estoy en casa todo cambia. No puedo empezar a arreglar cuentas. La dificultad se presenta tan pronto cruzo el umbral, me paralizó. Así que en todo esto hay un contraste con lo que dije al principio; cuando estaba en situación de dependencia esto no importaba. Simplemente me iba a casa a ser desdichado. Ahora, que tengo una alternativa, me pregunto por qué voy a volver a casa a hacer de mártir. Con mi esposa sólo hablo de lo que a ella se le ocurre, mientras que con mi amiga es totalmente distinto, nunca antes tuve tanta libertad para hablar. Llegué a pasarme una hora hablando con ella por teléfono".

Analista: "Como ya dijimos, entre su esposa y usted no hay ninguna zona de juego".

Paciente: "Quizá si mi esposa supiera de la existencia de una rival se vería estimulada a tratarme con más consideración; pero yo no dejo que se entere, y no sé realmente qué es lo que quiero. Un cambio sólo tendría valor si fuera completo". Pausa. "Todavía no estoy preparado para asumir la responsabilidad de una explicación."

Analista: (Retomé la interpretación del final de la sesión anterior.) "La última vez le hablé de mi posición como el que prohibía la sexualidad con su esposa". Pausa. "¿Se durmió?" (Probablemente sí.)

Paciente: "No. En ese momento sentí una tensión desacostumbrada. Esto se vincula en parte con mi dificultad en casa, donde deliberadamente evito tomar la decisión que tendré que tomar muy pronto. Hay una especie de situación triangular ampliada, una situación pentagonal, con dos mujeres y tres hombres. El trabajo se me termina en dos meses, así que debo pensar cómo voy a ver a mi chica. Además, está el feriado. No quiero que se repita lo del feriado de Navidad, en que me quedé en casa. Pienso que en efecto esto va a tener un desenlace aquí y ahora, en este preciso instante".

Pausa

Analista: "Me está mostrando lo urgente que es el asunto, y que quisiera que yo haga todo lo posible en el análisis antes de que usted provoque un arreglo de cuentas. Lo cierto es que, si dejo de lado las dificultades de su esposa y el tema de su capacidad de cambiar y recobrase de los efectos que tuvo sobre ella la forma en que usted la trató antes, puedo decir que usted la está usando como la persona más próxima a su madre, con quien el padre le ha prohibido acostarse. Si me remonto a su sueño adolescente de tener relaciones con su madre, o a su niñez temprana, puedo decirle que usted necesitaba un padre que le dijera: 'Sé que tú la quieres a mamá y deseas acostarte con ella, pero yo también la quiero y no lo voy a permitir'. De esa manera, papá lo habría liberado para que usted amase a otras mujeres. Si esto no quedó claro, mamá seguirá apareciendo en todas sus mujeres, y en caso de que usted se casase con su amiga, en ese nuevo matrimonio volverían a surgir dificultades. Por otra parte, usted se ha perdido la rivalidad con los hombres, y las consecuentes amistades que esa rivalidad genera".

Paciente: "Esta idea es nueva para mí. Me he perdido la amistad con hombres, pero estoy preparado para darme cuenta de que es cierto. Me impactó saber que yo no doy cabida a los juegos de demostración de habilidad. Jugar a las cartas es para mí como un ejercicio técnico, y nunca quise ver partidos de fútbol. Hace poco -esta semana, en verdad- me impresionó advertir que son muy pocas las cosas que me entusiasman fuera del acto sexual, aunque ocasionalmente me entusiasmo leyendo relatos, o, unos meses atrás, yendo al cine. De vez en cuando escucho música, y de hecho la semana pasada me entusiasmó una conferencia sobre Elgar y las 'Variaciones enigmáticas'. Tocaron dos de las variaciones. Fue la primera vez en mucho tiempo que me interesó la música. Había algo más, y es que las variaciones fueron dedicadas a amigos de Elgar, así que representaban sus amistades, etc."

Analista: "De manera que Elgar era capaz de amar y de tener cálidas relaciones de amistad".

Paciente: "Respecto de mi amiga, me inquieta que su interés esté localizado exclusivamente en la excitación sexual, por más que puede tener actitudes personales, como estar sola, por ejemplo. Yo pude superar sus limitados alcances. La música no le provoca nada... sólo la medicina o el sexo. Creo que una de las cosas que tal vez me inquieten es que usted no sólo proscriba para mí el sexo con mi esposa, sino que además me aconseje no seguir manteniendo relaciones con mi amiga. Sería el guardián de mi salud moral, y entonces no le puedo contar mis propuestas para el futuro. Tal vez usted se vuelve menos ortodoxo y me dé consejos. Me gustan sus consejos, pero no me gustaría que usted me recomendase dejar esa relación".

Analista: "Así que al no prohibir, permito. Usted sólo puede concebirme en una de esas dos actitudes".

Paciente: "Con mi amiga siento entusiasmo; es como dar un salto alocado arrojándose a aguas peligrosas, que yo jamás pude dar antes. Es una cosa buena, un logro".

Analista: "Usted nunca se confrontó con su padre, con un hombre a quien odiar, un rival, alguien al que le tenía miedo. Ya sea que el motivo fuese suyo, o de él, o de ambos, lo cierto es

que usted se perdió esto, y entonces nunca se sintió maduro".

Paciente: "Sí, nunca llegué a sentir la prohibición de papá, tuve que encontrarla en mí mismo".

Analista: "Exactamente, eso es lo que yo quería decir".

Paciente: "Eso explicaría mi falta de interés vital a lo largo de mi matrimonio".

Analista: "Incluso puede haber afectado la elección de la mujer con la que se casó".

Paciente: "Me casé con ella por su severidad; esto me atrajo. Era una persona poco femenina, atildada, ceñuda y con rasgos severos, tenía el rostro afilado y usaba anteojos. Una persona que fácilmente podía regañar y dominar. Es probable que también su amante se sintiera atraído por la misma razón. El es un tipo bastante irresponsable, y querría alguien que pudiera dominarlo y de hecho lo hiciese. El dejaba las grandes decisiones en manos de ella: si debía abandonar a su mujer, o empezar a cuidar su salud, a la que él no le había dado importancia. Hoy estaba pensando... ¿qué clase de mujer es la que me resulta atractiva? Por cierto no una mujer suave y tierna, angelical, sino una del tipo severo y dominante; y mi amiga es alta y angulosa, y se irrita por cualquier cosa. Es exactamente lo opuesto de una chica dulce y tierna".

(En este momento el paciente apoyó un pie en el suelo.)

Analista: "Por otro lado está la chica con pene de los sueños adolescentes".

Paciente: "Pensé que se venía eso. Me tiene inquieto. Tal vez yo esté buscando un hombre, lo cual sería una especie de homosexualidad, y esto implicaría que soy un tipo afeminado".

Analista: "No, no lo creo. En rigor, usted está buscando a papá, el hombre que prohíbe el coito con mamá. Recuerde que el sueño en que originalmente apareció la chica era sobre un hombre que estaba enfermo".

Paciente: "Esto explicaría que yo no haya sentido pesar ni ningún sentimiento cuando murió mi padre. El no me había enfrentado como rival, y entonces me dejó la espantosa carga de tener que fijar las prohibiciones yo mismo".

Analista: "Sí, por un lado nunca le hizo el honor de reconocer su madurez proscribiendo el coito con mamá, pero además lo privó de gozar de la rivalidad con hombres y de la amistad que deriva de ella. Usted tuvo que desarrollar, entonces, una inhibición general, y no podía hacer el duelo por un padre a quien jamás había 'matado'".

Biblioteca D. Winnicott

Jueves 10 de marzo

Paciente: "Me sorprende recordar tan poco. Lo supuse o anticipé de entrada, cuando me sentía muy perturbado y confundido y no hablaba mucho. Pero ahora pensé que comenzaría a saber en qué punto del análisis me encuentro, etc. Es más bien como un sueño, que en su momento puede ser muy claro, etc."

Analista: "Por cierto que se parece mucho a un sueño. En el análisis usted se retrae hasta cierto punto. Podríamos decir que el análisis opera en una capa más cercana al soñar que al estar despierto, especialmente cuando usted no habla sobre su vida real, y también al cabo de un tiempo de haberse iniciado la sesión". Pausa. "Por supuesto, yo podría recordárselo."

Paciente: "No, me doy cuenta que no es eso lo que conviene ahora. La última vez sentí que no era fundamental. Me fui con una vaga insatisfacción. Creo recordar vagamente que había ciertas ideas de dominación. Si me olvidé lo que pasó la última vez, podría iniciar un nuevo tema, y para usted sería difícil. A menudo siento que la tarea que yo le doy es muy difícil. O bien usted necesitaría tomar todo el tiempo notas detalladas, o bien tendría que hacer como hago yo con mis casos, que es esperar hasta el final y luego redactar una nota breve cuando ya integré el material dentro de mí".

(En este punto no me arriesgué a tomar notas; obviamente, se planteó la cuestión de si él me habría escuchado.)

Siguió diciendo que esto lo volvía muy consciente de su dependencia hacia mí.

Analista: Me referí al asunto del siguiente modo: "Que yo tome o no notas detalladas no introduce ninguna diferencia fundamental; el hecho es que debo oír y asimilar todo lo que usted dice y todo lo que sucede, y tengo una técnica para discriminar las cosas e integrar el material; y esto es válido independientemente de que tome notas".

Paciente: Dijo que confiaba en poder revisar este material algún día y ver cómo se habían producido los cambios; sentía ese deseo sobre todo ahora, que estaba mucho mejor permanentemente y no podía comprender lo que pasaba.

Pausa

Analista: Repasé el material de la última sesión. Dije que al terminar estábamos

con la idea del plato predilecto; él lo recordaba. Volví más atrás, al cuento del compañero de escuela y a la idea de que yo era la mamá a quien podía mostrarle toda clase de progresos. Asimismo, le recordé que había dicho, por primera vez, que empezaba a sentirse un hombre.

Paciente: "Cuando me casé estaba muy deseoso de mostrarle al mundo que mi esposa era una verdadera mujer, y me empeñé mucho en hacerlo".

Analista: "Se correspondería con la idea de que usted tuvo la fantasía de una mujer con pene". (Noté que estaba por quedarse dormido, y era improbable que hubiera escuchado la interpretación.)

Paciente: "Estas cosas se vinculan con esta idea, y pensaba en eso al venir. Mi amiga me hizo sentir capaz de interesarme realmente por mi trabajo. No siempre es del todo así. La relación con ella me hace sentir real, más interesado en mi trabajo y más masculino. También se relaciona con el hecho de que mi amiga es médica, está interesada en lo mismo que yo, etc., así que no hay una discontinuidad absoluta; y como dije, todo esto tiene relación con que aborrezco guardarme las cosas para mí".

Analista: "El aspecto positivo es que usted se muestra si encuentra la persona apropiada para mostrarse. Me pregunto si no estará suprimiendo algo relativo al hospital, que podría contarme".

Paciente: "Sí, así es. En primer lugar hay un caso muy interesante, y en segundo lugar hoy resolví algo totalmente por mi cuenta, sin saber con exactitud por qué lo hacía, y quedé muy contento conmigo mismo. En rigor, el secretario administrativo lo habría desaprobado, pero resultó positivo. Inyecté algo de aire en el pecho de uno después de sacarle el fluido, y esto hizo posible que la radioscopia fuese muy buena".

Analista: "Contribuyó a un mejor diagnóstico".

Paciente: "Sí, estábamos haciendo el diagnóstico por descarte, y ahora lo podemos hacer más claramente".

Analista: "¿Y el caso?"

Paciente: "Sí" -dijo-, y procedió a contarme el caso de un hombre de edad avanzada con mucho fluido y cuyo diagnóstico era impreciso, probablemente cáncer. No había pruebas. También en esta ocasión inyectó aire y así pudo verse por primera vez con los rayos X el perfil del pulmón. "Lo hice sin que nadie me sugiriera nada."

Analista: "Aquí me necesita a mí para poder hacer esta clase de cosas".

Paciente: "Sí, preciso que usted tenga una técnica para volver las cosas claras, incluso usando algún truco si es necesario".

Analista: "Aquí está identificándose conmigo; usted es en su trabajo como yo en el mío. ¿O debo decirlo al revés?".

Paciente: "Me perdí algo de lo que usted dijo recién. Lo cierto es que me estaba entusiasmando con ese caso. Puede ser que como resultado de eso se compruebe que el cáncer es operable".

Analista: "¿Tiene un buen cirujano?". (Formulé esta pregunta deliberadamente, en vistas de que él había planteado la cuestión del estado semionírico, y también había mencionado la palabra "truco".)

Paciente: "Se me cruzó una idea curiosa. Las preguntas tuyas, como la referente a mi trabajo... ya pasó antes: siempre me sorprenden. ¿Las hace porque le interesa? ¿Porque está interesado en el caso? ¿O cuál es el motivo? ¿Lo que quiere señalarme es que pasé algo por alto? Tal vez eso me moleste. Sea como fuere, cada vez que usted hace algo como esto es para mí una gran sorpresa. Hasta cierto punto me alegra, hasta cierto punto me molesta. No me parece correcto hablar acerca del hospital".

Analista: "La cuestión es: ¿a quién represento yo? ¿Tal vez a su esposa, que nada sabe de los asuntos del hospital?".

Paciente: "Sí, o más probablemente a mi padre, a un tipo de persona que toma exámenes".

Analista: "Desde luego, yo sabía que la observación que le hice quedaba fuera del análisis, que no pertenecía a la buena técnica analítica; pero usted me hablaba de estar a medias dormido".

Paciente: "Realmente, me parece bien. De veras, me gusta cualquier cosa que pueda llamarse un atajo frente al psicoanálisis".

Analista: "El hecho es que yo lo desperté". (Tomé nota de esta advertencia de que él precisaba un "truco", pero no creí que ésa fuera la reacción principal ante lo que yo había hecho.)

Paciente: "Sí, eso es lo que fastidia. Es como cuando trabajo en el hospital y me despiertan en mitad de la noche. No es tanto que no pueda seguir durmiendo, lo que me irrita es que se interrumpen mis sueños. Eso me hace acordar de un relato sobre los chinos de la generación anterior. Esa idea que nos enseñaban de que cuando un individuo duerme su espíritu se va a otra parte, y si es despertado repentinamente se corre el peligro real de que el espíritu nunca vuelva al cuerpo despierto". (El resto del material correspondiente a este momento se perdió.)

Analista: Reiteré la idea de que el análisis se había efectuado en parte en el lado onírico de la frontera entre el dormir y la vigilia, y de que evidentemente él estaba llegando a un punto en el cual podía sentir al mismo tiempo el reclamo de dormirse y el reclamo de estar despierto.

(Percibió que era el final de la sesión.)

Paciente: "Lo mismo pasa con eso de no traer material nuevo al final para no sentirme rechazado. Si traigo material nuevo y no hay tiempo para tratarlo, se corre un riesgo y parece como si el peligro fuese real".

Analista: "En la última sesión creí darme cuenta de que el final lo tomó por sorpresa y mi interrupción fue, por ende, traumática, como si lo hubiese despertado de repente".

Biblioteca D. Winnicott

Lunes 23 de mayo

Paciente: "Nuevamente no tengo ninguna idea clara, salvo que puedo afirmar que desde la última vez estuve en el estado mental en que siento que puedo dejar de venir aquí, aunque me doy cuenta de que si vengo, puedo salir más beneficiado. Quiero decir que me las puedo arreglar. Esta capacidad para arreglármelas depende en parte de factores externos, pero tengo que tomar en cuenta qué pasaría si se repitiesen las dificultades externas. Sin embargo, tengo una gran capacidad para hacer frente a la adversidad. La parte principal de la adversidad es la soledad, y ahora ésta me parece menos preocupante que antes. Con respecto a la soledad, yo me siento solo principalmente cuando hay un número muy pequeño de personas que me sean útiles, y ahora siento que el número de personas que yo puedo usar está aumentando poco a poco".

Analista: "Si es capaz de soportar la soledad, está en mejores condiciones de establecer contacto con los demás, porque si teme la soledad cada contacto es arruinado de entrada por la forma como lo entabla".

Paciente: "La gente sólo disfruta de la compañía de uno si a uno no le preocupa particularmente estar o no con ella. Pero ahora yo les impongo menos exigencias a los demás, y estoy mucho menos tenso. Hablar con los otros no es nada sencillo; requiere un esfuerzo, y yo soy consciente todo el tiempo de que debo estar aburriéndolos".

Pausa

"Al principio de la sesión sentí algo respecto del no hablar. Es algo que ocurre acá: estoy casi obsesionado por la idea de que debo producir algo interesante. Recuerdo que en la época de la calle Queen Anne (se refiere al primer tratamiento) me decía a mí mismo permanentemente: 'No tengo nada valioso que decir'. Si hablaba de cosas corrientes era tonto, frívolo; pero aquí a veces no digo ciertas cosas porque siento que no vale la pena. Afuera, veo que la gente habla de cosas sin importancia, así que tengo que presumir que eso es lo normal, y hacer un esfuerzo para aprender a charlar. Aquí no me cohibe. Quizá podría hablar de algo que vi, o de alguna otra cosa común como ésa; si usted se la toma en serio, es como si me tratase con condescendencia, como a un chico delirante que se la pasa divagando... 'Está bien, está bien, querido...', etc. Sólo en apariencia se lo toma en serio. Las situaciones psicoanalíticas presentan una dificultad inherente. Usted crea una atmósfera de formalidad, Pretende ser serio,

etc. Tal vez está haciendo un esfuerzo para no reírse. Yo siento que todo mi parloteo tiene un inmenso valor, y usted en cambio tal vez se esté riendo de mí. Si llegase a decirme que algo es un disparate, yo me sentiría destrozado."

Analista: "Así que en su charla hay dos elementos, el parloteo y el contenido. Está el parloteo, que es algo distinto de charlar y deriva de los balbuceos infantiles, de algo que hace un niño pequeño como parte de estar vivo".

Paciente: "Pero es como si yo sintiese que necesito convencerme de que lo no serio es aceptable -aunque sé perfectamente bien que, desde el punto de vista teórico, para el analista lo es-. El único camino que me queda es obligarme a mí mismo a ser frívolo y luego desautorizarme rápidamente, es especial cuando me sale el tiro por la culata". Pausa. "Parezco estar a la búsqueda del lugar por donde empezar. ¿Cómo puedo expresar mi dificultad para parlotear o para hablar de forma despreocupada? Deteniéndome súbitamente. No hay más palabras. Es una situación absurda. Detenerme significa mostrar que estoy avergonzado." Pausa. "Otra vez me surge la idea de esperar, confiando en que hablarán otros. Es un método para eludir la responsabilidad. Si el otro empieza, no puede objetar nada. Y de todas maneras, así uno evita que se rían de uno."

Analista: "Parece probable que alguna vez -o quizá varias en cierto período- se rieron de usted cuando se puso a parlotear, y esto fue traumático y mentalmente se prometió a sí mismo que `nunca más`".

Paciente: "Podría ser, por supuesto, que hubiera habido alguna situación concreta. Es como una falla no haber descubierto situaciones concretas en este caso... falta del elemento dramático".

Analista: "En este caso puede haber un punto concreto. Esto se relaciona con la cuestión de si usted es o no es amado, o si lo es en ciertas condiciones. Esto último sólo puede hacerle algún bien si se le dio curso a lo primero. También me estoy acordando de sus palabras `ser interrumpido en medio de la corriente`. La idea es que le causaron algún daño".

Paciente: "Me vino la idea de que es insoportable pensar en hablar con alguien, y luego resulta que no está ahí, y uno se queda hablando ante el vacío".

Analista: "Yo tengo siempre el problema de aceptar lo que usted dice, o bien preocuparme por el hecho mismo de su charla".

Paciente: "El asunto es si vale la pena escucharme".

Analista: "Hay dos posibilidades. Una es que el otro realmente se vaya, y la otra es que se preocupe".

Paciente: "Yo me refería a la segunda".

Analista: "Es fácil que haya habido ocasiones en que usted parloteó hasta que el otro se fue, mientras que si hubiera dicho algo interesante se habría quedado".

Paciente: "En la niñez eso debe pasar muy a menudo".

Analista: "Tal vez lo que nos interesa es la primera vez que sucedió que alguien, preocupado por usted, de repente empezó a preocuparse por algún otro; y para ilustrar esto puedo recurrir a las preocupaciones que usted mismo tiene de vez en cuando, y que ha manifestado como un escabullirse de mí aquí".

Paciente: "Tal vez yo traté de atacar [attack], quiero decir atraer [attract], la atención de mi madre, y sufrí un desaire y sentí que no era tenido en cuenta. Y entonces resolví que no le daría nunca otra oportunidad a nadie para que me desairase".

Analista: "Probablemente usted sintió que escabulléndose me desairaba".

Paciente: "No, no me parece que sea así. Cuando retorno, no me preocupo por eso. Puedo retornar y continuar el análisis. A veces sería lindo poder hablar de trivialidades aquí, no tener que trabajar duro".

Analista: "No puede creer que yo pueda considerarlo pueril y permitir que lo sea, en rigor aquí, usted nunca pudo hablar así".

Paciente: "En el hospital, un paciente describió una entrevista con su analista en la que él no tenía nada que decir, y entonces se puso a hablar de ópera. No le parecía bien hacer esto, pero lo hizo por desdén hacia el analista. `Usted no me sirve de nada, así que lo tomaré al pie de la letra', y se encontró con la sorpresa de que lo que decía era tomado en serio, y algo surgió de eso".

Analista: "En la medida en que usted se trae a sí mismo al análisis, no es de suponer que vaya a parlotear, porque cuando viene a informarme como lo hace, puede informar contenidos `con otro aspecto del charlar".

Paciente: "En cierto sentido es una situación absurda, porque vengo aquí para ser capaz de hacer lo que no puedo hacer a fin de ser capaz de hacer eso mismo que, de algún modo, usted espera que haga".

Analista: "Estamos hablando de su incapacidad para encargarme a mí el cuidado del bebé, de modo de poder ser usted el bebé".

Pausa

Paciente: "Es bastante difícil seguir adelante. Tengo que recurrir a cualquier situación absurda pero es la única manera. Siento como si hubiese intentado ser espontáneo, pero me salió el tiro por la culata".

Analista: "Quisiera recordarle que antes cometió un error, y dijo `atacar' en lugar de `atraer'".

Paciente: "Sí, lo recuerdo".

Analista: "Posiblemente ésta sea la palabra más significativa de la sesión, la palabra `atacar'".

Paciente: "Sí. Además, si soy espontáneo, siento que no seré aceptado, de modo que ataco para restablecer la situación. Esto implica que mis ataques de irritación representan el impulso destructivo dirigido a mi madre porque no quería escuchar mi parloteo".

Analista: "Usted debe estar refiriéndose a una rabia muy intensa".

Paciente: "Nuevamente corro el riesgo de que aquí se termine la sesión; y esto reproduce una situación en que mamá o alguna otra persona no está preparada para seguir escuchándome".

Analista: "Pensando las cosas de antemano usted se protege de situaciones intolerables, que son intolerables en parte porque le producen furia".

Paciente: "Es lo mismo que sumergirse en el agua. Si no me escuchan, es como si saltase al agua en vano y me ahogase. Es necesario el autocontrol, a menos que me sostengan".

Analista: "Es como si me estuviera hablando de tirarse contra el cuerpo de alguien y encontrase con que esa persona no estaba realmente lista para recibirlo, porque estaba pensando en algún otro. No le serviría de nada que papá soltase la bicicleta, no porque quisiera ayudarlo a aprender a andar, sino porque estuviese preocupado por otro".

Paciente: "Esto me hace acordar del juego de las escondidas. De niño me parecía muy peligroso. Si a un niño no lo encuentran, la gente se preocupa. El sentimiento de ser abandonado es intolerable".

Biblioteca D. Winnicott

Lunes 6 de junio

Analista: Le anuncié de entrada que hacia el final de la sesión iba a tener que ausentarme unos diez minutos.

Paciente: "Hace diez minutos, puedo decir que no quería venir. Venir aquí es un fastidio, y una exigencia suya, yo no lo necesito más. Ahora que se ha vuelto menos urgente, si vengo es sólo para no dejar el trabajo inconcluso. Hay menos motivación de mi parte, y además pienso que va a llegar el momento en que termine mi empleo, dentro de diez días, y entonces habrá que introducir modificaciones en el horario, y de pronto noté qué poco falta para eso. Sería conveniente interrumpir en lugar de ponerse a hacer modificaciones. No me siento en condiciones de discutir las en este momento.

"La última vez me pareció que la corriente de entusiasmo se secaba, de manera que ahora no sé con certeza si estoy o no a punto de hacer un cambio. Esto me da una razón para querer continuar. Creo que inconscientemente me alarmé por lo que estaba pasando, y entonces inconscientemente me sequé.

"Lo que sucedió hace un par de noches fue un buen ejemplo para mostrarme cuánto camino me queda por recorrer. Hubo una fiesta en los jardines del hospital, y yo me sentía fuera de lugar, pero veía que todos los demás estaban alegres. Cuando regresé a la pequeña sala, en la que había dos o tres personas, volví a sentirme seguro. Otra vez parece que me estoy secando. Parecería haber una imagen mía acostado, y las palabras me brotan, pero en realidad nada pasaba. Hoy siento, todo el tiempo, que me gustaría liberarme de lo de aquí, pero la cuestión es: ¿podré gozar de la libertad?"

Analista: "La cuestión de la libertad no se plantea aquí en este momento".

Paciente: "Parece que me doy cuenta de que habrá un final".

Analista: "Algo importante se conecta con eso, y es que para usted la acción del tiempo es traumática. Cuando aparece su verdadero self, el único significado tolerable del tiempo para usted consiste en que pueda empezar y terminar algo usted mismo. Esta sería una de las cosas que bloquean el camino en el presente, que usted advierte que su verdadero self corre peligro de verse afectado por mi propio tiempo, regido por reloj, y éste es un peligro muy real".

Paciente: "Esto me produce cierto alivio. Incluso cuando era paciente en el

hospital, ahora me doy cuenta, me afectaba mucho que me hicieran salir al final de la sesión, aunque entonces no lo advertí. Ahora me doy cuenta de que sentía furia por ser interrumpido, una molestia extrema, y hasta lo sentí cuando mis sesiones fueron reducidas de tres a dos".

Analista: "Me está diciendo, entonces, que esa furia ha estado dentro de usted todo el tiempo, pero nunca se muestra".

Paciente: "Esto me hace pensar en una situación en la que mi padre fijó un horario para jugar. Fue inútil, yo no podía jugar cuando él me decía que era hora de jugar, e interrumpir cuando él me decía que era hora de interrumpir. A veces mi padre me decía: `Ahora no puedes jugar"

Pausa

Analista: "Queda una cosa de la vez pasada, y me pregunto si podrá tener importancia. En cierto momento usted se llevó a la boca un dedo de la mano derecha. No estoy seguro de cuándo sucedió, pero podría ser significativo. ¿O es un dedo de la mano izquierda el que se chupó?".

Paciente: "No, era de la mano derecha. Lo sé porque tengo una cicatriz en ese dedo, y recuerdo que cuando me corté recurrí al hecho de que era difícil chuparse ese dedo mientras estaba vendado como una manera de interrumpir artificialmente mi costumbre del chupeteo".

Analista: "No sé, desde luego, cómo es que llegó a lastimarse el dedo, pero en cierto sentido lo que me describe parece sustituir al peligro de dañarse el dedo si no abandonaba la costumbre del chupeteo".

Paciente: "No recuerdo el accidente, pero viene al caso mencionar que en la última semana estuve fumando menos. Muchas veces intenté fumar menos pero sin éxito. Cada vez que me disponía a dejar, algo dentro me decía: `¿Por qué dejar?', pero en los últimos días fue distinto. Me fue mucho más fácil dejar. Me permití quedarme sin cigarrillos y no me resultó dramático, y después de eso pude controlarme. Parece haber una asociación lógica entre fumar y chuparse el dedo: ambas cosas son una reacción frente al estrés. Además, cuando usted dijo que iba a tener que ausentarse por diez minutos, primero pensé: `Muy bien, eso es algo novedoso. Ahora podré fumar'. En este momento se me ocurre que mi primera reacción fue negar que me alarmó lo que me dijo. Si usted se va del consultorio yo me quedo con el problema, ¿y qué hago entonces?".

Analista: "Podría decirse que el cigarrillo es a medias un símbolo de mí, algo que puede usar en lugar de usarme a mí, pero a medias es también una señal de estrés. Algo usado de forma compulsiva. De modo que posiblemente lo que usted hizo con el dedo sea significativo. Además, mi interrupción de la sesión no puede ser buena, desde su punto de vista, aunque parece aceptarla sin sobresaltos. Lo

obliga a buscar la forma de abordar la tensión".

(En este momento el paciente estaba jugando con sus dedos meñiques, entrechocándolos uno contra el otro.)

Pausa

Paciente: "No puedo recordar cuándo empiezan sus vacaciones. La cuestión es si valdrá la pena arreglar algo, acomodar nuevos horarios, cuando yo empiece con mi nuevo empleo, ya que esto sólo durará poco y tal vez no valga la pena. En setiembre, cuando usted vuelva, ya sabré si tendré ese empleo de forma permanente. Tengo la sensación de que sería bueno no intentarlo en estas cuatro semanas, para que la interrupción sea así más larga y yo pueda averiguar si quiero venir o no. La cuestión es: ¿es honesto hacer esto? Para tomar una decisión de este tipo, ¿puede ser realmente de ayuda una larga separación? Recuerdo que una vez usted me dijo que durante todos los años transcurridos entre los dos tratamientos yo había mantenido en suspenso mi evolución, así que desde el punto de vista del tratamiento fueron años perdidos. Además, está eso de que seguir viniendo implica sondear constantemente en la vida privada".

Analista: "En todo esto está incluida la idea de que usted podría llegar realmente a su propia conclusión sobre este tema".

Paciente: "Sí, pero no tengo claro si simplemente no quiero venir, o si estoy tratando de evitar algo".

Analista: "Tal vez esté tratando de evitar una cosa de la que estuvimos hablando ya, vinculada con la furia que hay dentro de usted, furia que no siente en los momentos apropiados".

Pausa

Paciente: "Se me ocurrió que yo podría tener pensamientos que me pertenecieran. Llevaría tiempo explicar esto. Podría guardarme algo para mí, sin que sea absolutamente necesario participárselo a Winnicott. Todo esto forma parte de un ademán de no venir".

Analista: "No venir parecería indicar que usted no está seguro de si tiene derecho a mantener algo en secreto".

Paciente: "Antes yo solía hablar todo el tiempo y tratar de decirlo todo. Nunca se me ocurrió no querer decir algo. Esto de tener pensamientos secretos es, pues, una idea novedosa. Cuando estaba con mi chica, todos los detalles de la relación eran traídos al análisis, y yo siempre sentí que todo le pertenecía a Winnicott. Ahora parece que quiero hacer algo para mí. Hablar acá de las cosas es un freno para la libertad que puedo tener fuera de aquí".

Analista: "Es esto, entonces, lo que usted quiere decirme con su no venir: es parte de su deseo de averiguar cómo es usted".

Paciente: "Antes yo lo hablaba todo y no tenía ningún deseo de privacidad".

Analista: "Creo que lo que sucedía es que no tenía dónde poner eso".

Paciente: "Lo intelectual era simplemente un ámbito de debate, no un lugar en el que algo podía esconderse".

Analista: "Parece, pues, que ahora se ha aparecido usted, y tiene un dentro y un fuera".

Paciente: "Si tuviera que cambiar de analista, siempre pensé que se perdería todo, pero esto tiene que ver con mi aspecto intelectual. El único lugar donde podría esconderme era alguien en quien pudiera confiar. Esto me recuerda que si bien estaba avisado de que usted saldría del consultorio, igual me tomó por sorpresa. Me sentí perdido. Lo racionalicé reparando en que lo había obligado a ofrecerme un cigarrillo. Me divertí ver cómo indicaba esto la pérdida y la privación".

Analista: "El cigarrillo que le ofrecí fue un estorbo para su furia, en realidad".

Paciente: "Sí, casi lo rechacé, como un gesto de rabia". Pausa. "Es difícil resolver qué decir a continuación. Ya me ocupé del procedimiento de la interrupción de las sesiones, así que ahora tengo que ocuparme de la interrupción en sí, lo cual es más difícil. Tengo que empezar todo de vuelta. Puede llegar a disgustarme la idea de estar obligado a hablar."

Analista: "La idea de estar obligado a hablar parece excluir la idea de que usted hable porque tiene ganas".

Paciente: "Y también si tengo ganas de interrumpir o no. La cosa es si no sentiré necesidad de venir; es algo que tiene que ver con el tiempo. Nunca disfruto de nada en realidad porque todo depende de venir aquí".

Analista: "Cada vez se hace más claro que no venir se relaciona con su descubrimiento de usted mismo y de su capacidad para mantener un secreto; y únicamente no viniendo puede descubrir si tiene el deseo espontáneo de venir".

Paciente: "Eso es cierto, pero no es real en este momento. No reconozco como propio el deseo de venir; es algo a lo que no estoy acostumbrado todavía".

Biblioteca D. Winnicott

Martes 31 de mayo

Paciente: "Me suceden dos cosas. La primera tiene que ver con entender mejor qué es lo que usted quiere decir cuando afirma que no aparece mi verdadero self de manera que yo censuro todo antes de decirlo. Esto hace que todo sea impersonal, y no hay entusiasmo, ni rabia, ni exaltación, ni yo quiero levantarme y pegarle. No hacemos más que hablar, no se siente ni se manifiesta nada. Otros individuos son personales, se enojan, pero evitan enervarse. Este es un punto débil pero no puede hacerse nada.

"Lo segundo es sobre anoche... bueno, apenas si vale la pena mencionarlo. No agrega nada a la situación, sólo reproduce el actual estado de cosas. Tiene que ver con mi esposa y su amigo. En un sueño, la culpable de todo era mi suegra. Yo me negaba a verla; a veces sentí eso. En el sueño ella era muy remota e impersonal. No es que sienta mucha antipatía por mi suegra... simplemente fastidio."

Analista: "En el sueño, usted y su suegra chocan entre sí. Ahí tenía alguien real y externo cumpliendo el papel que usted no puede atribuirle fácilmente a su padre".

Paciente: "Estoy pensando en mis sentimientos aquí. Parecería que mi única expresión emocional es dormirme, que es lo mismo que irme de aquí... es una expresión negativa".

Analista: "Recordará que una vez tuvo la idea de apartarme y salir corriendo".

Paciente: "Mi actitud fue entonces igual a la de mi esposa. No quiero verme involucrado. Aquí soy dependiente, y advierto que necesito venir".

Analista: "Una parte suya se interpone entre su verdadero self y yo".

Paciente: "A menudo quisiera agregarle algo al psicoanálisis como para obtener respuestas espectaculares. La idea es atravesar la barrera de la falta de sentimientos. Mi suegra intenta mostrarse amistosa, pero esto a mí me hace estremecer y conservar la distancia con ella. Me irrita. Sigo con la imagen de derrumbar la barrera. Es como romper un dique; detrás de él hay un torrente contenido, un torrente de agua.

"Cuando volvía verlo a usted le dije que lo que quería era poder llorar. Todo forma parte de lo mismo. Necesito que haya algo fuera para derrumbarlo. No tengo

coraje para hacerlo por mí mismo. Hay una necesidad de dinamismo, de situaciones emocionantes, para provocar el llanto. Pero esto sólo sucede muy de vez en cuando, y siempre fuera de aquí. Tendríamos que planear cómo derrumbar las barreras. Me lo imagino a usted o bien renuente a hacer algo que destrabe las fuerzas, o incapaz de hacerlo." Pausa. "Sigo pensando en lo mismo, como si caminara por el borde de un muro para explorar el perímetro."

Analista: "Siempre ha dicho que le disgustaba la idea de la transferencia".

Paciente: "No estoy seguro de que eso fuera muy auténtico. ¿O tal vez fue en cierto periodo? Cuando dije eso, estaba un poco bajo la influencia de mi amiga. Como ella despreciaba la homosexualidad, mi hostilidad a la transferencia formaba parte de la necesidad de demostrarle que yo era un hombre que no precisaba tener una transferencia positiva con otro hombre. Yo tenía que tomar en cuenta el punto de vista de ella, ¿no?".

Pausa

Analista: "Me ha descrito muchos sentimientos contenidos como por un dique, detrás del cual hay lágrimas de pesar".

Paciente: "Y también amor. Mi esposa no me serviría de ayuda, ella lo único que puede hacer es tapar las goteras de la pared. Se opondría a la idea de derrumbar la barrera. Más bien querría que yo enterrase eso a lo que es difícil llegar. No le interesa sacarlo a la superficie. La cuestión es: ¿va a pasar? Y también: ¿es necesario que pase?".

Analista: "La barrera se levanta entre usted y yo, y una de las cosas que evita con ella es la idea de que yo lo amo".

Paciente (somnoliento): "Sólo fragmentos sueltos, que es difícil mostrar. Una característica es que hubo menos control, y las cosas pasaban entonces mucho más rápido".

Analista: "Debemos suponer que el menor control produce agua, pis y llanto".

Paciente: "También la lentitud en el hablar es propia del control. Esto explica por qué aburro a todo el mundo".

Analista: "Hace que el ritmo del habla sea siempre el mismo, porque no irrumpe ningún impulso".

Pausa. Probablemente se quedó dormido

Paciente: "Perdí completamente el hilo del pensamiento. Algo se jugaba, algo vinculado con la actitud de hablar en relación con el balbuceo. Mi suegra es lo

opuesto a mí en esto del pensamiento controlado. Habla rápido todo el tiempo, sin preocuparse por lo que dice, mucho de lo cual carece obviamente de sentido. Dice lo primero que le viene a la cabeza, y eso me disgusta, porque la envidia. Es estúpido, porque a ella la gente se para a escucharla, mientras que yo los aburro".

Analista: "Supongo que lo que ella hace le brota directamente, como ese parloteo suyo que usted describió como una característica de su niñez temprana".

Paciente: "Me siento inquieto, como si tuviera que abrir una brecha a través de algo... ¿O es que quiero estar inquieto? ¿O es simplemente la idea de querer estar inquieto?"

Analista: "A esta altura todo es impersonal, y ése ha sido un rasgo suyo toda su vida".

(En este punto me referí al poema de Wordsworth, "Oda sobre las insinuaciones de inmortalidad en los recuerdos de la temprana infancia", que comienza diciendo "Shades of the prison house...", etc., pero, para mi sorpresa, él no lo conocía.)

Paciente: "Hoy estaba jugando con mi hija. A una niña le surge fácilmente la espontaneidad. Al comienzo yo le envidiaba su capacidad de confiar en sí misma. Así que mi suegra conservó algo de la niñez".

Analista: "Puede ser fastidioso que los adultos conserven algo de la niñez".

Paciente: "Cuando papá hablaba únicamente él, no le daba lugar a nadie. Yo me sentía encerrado. Nadie tenía tiempo para mí cuando yo hablaba, y entonces lo mejor era no decir nada".

Analista: "Le recuerdo el pasaje de su parloteo a su necesidad de pensar primero, de modo que el contenido fuera apreciado y la gente no se riera ni usted se sintiese avergonzado. Esta forma suya premeditada de hablar es como un tartamudeo que retiene a la gente".

Paciente: "Incluso ahora parece haber algún entusiasmo escondido. Es muy azaroso. ¿Se quebrará la barrera? ¿Cuando yo esté a buen resguardo, lejos de aquí?".

(En este momento, el paciente apoyó el pie en el suelo)

Analista: "Usted apoyó el pie en el suelo, y pienso que lo que siente en este momento es que podría actuar, por ejemplo levantarse e irse. Esa es una expresión de su verdadero self".

Paciente: "Sí. Es parte de la inquietud. Es el momento crucial, la oportunidad de toda una vida, y se la deja pasar".

Analista: "Quedarse acostado en el diván se vincula con su actitud".

Paciente: "Sí, quedarse acostado es un símbolo de estar controlado. Es algo tranquilo, que no es lo que yo quiero.

Visualizo su sugerencia de levantarme y jugar a algún juego".

Biblioteca D. Winnicott

Martes 5 de julio

(Este día habíamos postergado el horario de comienzo de la sesión, y aún así yo llegué tarde; sin embargo, esto no parece haber surtido ningún efecto perceptible en el material. En la casa vecina había una pequeña fiesta, y el ruido era mucho mayor que el habitual.)

Paciente: "¡Ah!, mientras venía hoy para aquí ni se me ocurrió pensar en cómo debería empezar, pues no tengo ningún problema inmediato o acuciante, salvo el vago problema de los objetivos".

Analista: "Esas palabras tuyas, 'el vago problema de los objetivos', me parecen fundamentales con respecto a su enfermedad".

Paciente: "No estoy seguro sobre mis objetivos".

Analista: "Esto ha aparecido de muchas maneras; una de ellas es que en el segundo análisis usted no pudo venir a verme de forma directa, yo tuve que ir a buscarlo a usted prácticamente. Además, usted dijo que en su primer análisis no perseguía ningún objetivo. Al principio, como los demás bebés, usted no tenía ningún objetivo, y en su caso este problema persistió".

Paciente: "No sé qué quiere decir con 'al principio'".

Analista: "Dicho muy burdamente, cuando un bebé ya ha probado la leche, sabe que su objetivo es conseguir leche, pero si nadie le da leche su objetivo pierde dirección. Esta idea puede hacerse extensiva a todos los detalles vinculados con el cuidado de un bebé. Me da la impresión de que sus palabras, 'el vago problema de los objetivos', lo enuncian acabadamente, y para usted no hay solución posible a menos que sea algo proveniente de mí".

Paciente: "Esta parecería ser una expresión general de muchísimos problemas de mi vida, en los que no tengo ninguna finalidad u objetivo. El tipo de empleo que voy a tomar, por ejemplo, o mi futuro en general. Hasta ahora todo ha dependido de factores accidentales".

Analista: "Es posible que ésa sea la única cosa en que su madre le falló: en atender sus impulsos originales y suministrarle a usted una dirección. De esta manera, usted tiene de forma exagerada una dificultad que es inherente al desarrollo humano. Parece que mamá fue incapaz de ser lo suficientemente

sensible en un principio, como sólo podría serlo identificándose con su bebé".

Paciente: "No me doy cuenta bien de qué modo".

Analista: "Usted recordará que hace poco se llevó la mano a la cara, y yo le dije: `Si yo fuera la madre sensible de un bebé, sabría que su cara necesita contacto'".

Paciente: "Así que ahora la pregunta es: ¿debo tratar de rectificar el error o debo reconocer que algo ha faltado en mi desarrollo?".

Analista: "Tiene dos alternativas: o me considera suficientemente bueno, o considera que yo le fallo, en cuyo caso hay rabia implícita, aunque usted todavía no alcanzó esta etapa".

Paciente: "Tengo que resolverme a averiguar si es posible corregir la omisión."

Analista: "Algo que deriva de esto es que el psicoanálisis lo lleva de vuelta, no hacia algo bueno que ha sido olvidado, sino a una falla o ausencia de algo".

Paciente: "Parece que debo aprender a ingeniármelas para encontrar un objetivo. Pienso que debería tener un objetivo ahora mismo, en contraste con mi presente falta de objetivos".

Analista: "Lo que me está diciendo es que se siente desesperanzado, y con respecto a qué se siente desesperanzado. Es sobre esta cuestión de los objetivos".

Paciente: "Ahora es el momento de modificar las cosas. Quizá tengo que tomar una decisión consciente".

Analista: "No lo creo".

Paciente: "Entonces, tal vez tenga que acudir a usted por algo".

Analista: "Aquí usted está en una situación de dependencia con relación a mí, y me está diciendo que por ahora siente que yo le fallo. Sigue dándole vueltas a la idea de cómo empezar la sesión, pero lo que aclara este problema es el trabajo que se hace en el medio".

Paciente: "Me gustaría decir que el comienzo no siempre es embarazoso. En las últimas semanas, la dificultad para empezar ha sido menor o ha estado ausente".

Analista: "Como recordará, en dos oportunidades usted dijo sentir que empezaba con un torrente. Los cambios sobrevienen gracias al trabajo que hacemos durante toda la hora, y el cambio que cabe esperar es que desaparezca este problema de los objetivos. Lo que hacemos durante la sesión depende de las sutilezas de nuestra relación".

Paciente: "Admito la necesidad de sutileza. Esto presenta un nuevo énfasis o dificultad. No tiene mucho sentido que yo haga preguntas específicas o traiga cuestiones concretas. Se me ocurrió un ejemplo mientras esperaba. Podría charlar con usted de algún tema específico, pero... ¿con qué objeto? Ese tema no tiene mucho que ver conmigo, y podría encubrir la dificultad de hablar, y ser una mala manera de empezar a hablar".

Analista: "Una cuestión específica establece por sí misma un límite".

Paciente: "Quería pedirle su opinión sobre un tema interesante, aunque parece improbable que me lleve a alguna parte".

Analista: "Tal vez la cuestión contenga algo útil, pero me doy cuenta lo que usted quiere decir: si yo simplemente le respondo eso, no le sirvo".

Paciente: "Pero creo que no es tanto que quiero conocerla respuesta, como que la cuestión misma podría interesarle, y entonces usted empezaría a hablar, del mismo modo que sucede cuando uno se encuentra por casualidad con una persona y averigua si los dos andan en lo mismo, etc. Es un movimiento de apertura, que después puede abandonarse.

"La cuestión se refiere a una carta que apareció esta semana en British Medical Journal, referida al tratamiento de problemas de piel mediante hipnosis. Parece curioso que un defecto específico pueda resolverse de forma fragmentaria. Hace mucho leí algo de Freud sobre la hipnosis donde decía que empezó a utilizarla y después la dejó, pero me parece que nunca explicó bien la razón. La idea de la hipnosis sugiere que yo estoy tratando de obtener algo de usted, de abreviar la cosa, o de que usted tome la iniciativa. Así que la cuestión podría tener importancia en sí misma".

Analista: "Si yo me convierto en la figura dominante, eso elimina el problema de que usted atienda a su objetivo personal. Nuevamente, esto parece representar la extrema desesperanza que usted tiene de que nosotros podamos coincidir de un modo sutil, en un pie de igualdad".

Paciente: "Respecto de la hipnosis, siempre pensé que a mí jamás podría sucederme. No imagino cómo alguien puede emprender eso. ¡Yo sería tan escéptico desde el principio! Que yo quede en estado hipnótico es imposible".

Analista: "Esto es interesante, en vista de que a veces parece que usted estuviera pidiendo eso cuando se queda dormido y quiere que yo domine; pero esto pone de relieve lo que usted mismo expresó, o sea, que envuelta en su adormecimiento hay una gran hostilidad. Sea como fuere, todo esto sigue expresando su desesperanza de que nos encontremos de tal modo que haya entre nosotros un intercambio sutil".

Paciente: "Debo haber tenido presente esta idea del intercambio sutil, porque reconozco que he estado buscando justamente algo como eso, sin saberlo realmente. Podría expresar de esta forma mi dificultad con las mujeres: sólo veo dos maneras de entablar una relación. En una de esas maneras, todo proviene de mí; en la otra -que por supuesto no sucede-, todo proviene de la chica, y no me gustaría que eso pasase. Así que tengo que ser consciente de que podría haber una transacción satisfactoria, que describen bien las palabras `interacción sutil`."

Analista: "Esto que ahora llamamos `interacción sutil' ha estado ocurriendo permanentemente en el análisis. No es algo que podría suceder mañana, sino algo que está sucediendo ahora".

Paciente: "En cierto sentido sí, pero con frecuencia se corta o no llega a desarrollarse. Cortamos y volvemos a empezar".

Analista: "En esos puntos en que se corta, yo hago exactamente lo que fue mal hecho originalmente, y usted resulta afectado en el presente igual que en el comienzo".

Paciente: "Ahora se me ocurre que a menudo yo vengo aquí desesperanzado en cuanto a la forma de empezar, y no veo de qué manera podría haber una solución. Luego, a mitad de camino, me doy cuenta de pronto de que estuve haciendo lo que antes me pareció imposible: hablo, y hablando llego a alguna parte. Es como si de repente me despertase y me diese cuenta de que estoy haciendo algo que me había parecido imposible".

Analista: "Ambos participamos en este asunto de la interacción sutil. Creo que la experiencia de la interacción sutil es placentera para usted porque en este aspecto es vívidamente consciente de su desesperanza".

Paciente: "Yo me atrevería a decir que es estimulante".

Analista: "La palabra `amor' quiere decir un montón de cosas distintas, pero tiene que incluir esta experiencia de la interacción sutil; y podríamos decir que en esta situación usted está haciendo la experiencia del amor y del amar".

Pausa

Paciente: "Hoy vuelvo a notar algo que parece diferente. ¿Podría ser que hubiera más ruido que el habitual?".

Analista: "Hay mucho ruido hoy, porque en la casa de al lado hay una pequeña fiesta, y además los chicos a los que ya estamos habituados están hoy más excitados y haciendo más ruido que de costumbre al jugar. Reparé en que usted no hizo ninguna alusión con respecto a esto al principio".

Paciente: "Lo noté, pero no pareció algo que valiera la pena mencionar".

Analista: "El hecho de que no lo comentase en un principio aparece ahora como una contribución positiva a la sesión, ya que eso habría sido simplemente escaparse del vago problema de los objetivos. Usted habría empezado reaccionando ante un suceso externo".

Paciente: "Esto expresa en parte la dificultad que tengo con mi esposa. Cuando trato de hablar con ella, hago exactamente esto: le hablo de cosas concretas, que sé que no le interesan, y eso no lleva a ningún lado. Debe darse cuenta de que yo estoy tratando de pescar algún modo de romper el silencio, y lo rechaza de plano. Se niega a colaborar. A veces siento que la quisiera regañar por no reconocer mi necesidad de charlar. De hecho, la he regañado".

Analista: "No estoy en condiciones de juzgar cómo sería su esposa si usted fuese normal, pero aquí vemos que se ha declarado en huelga contra el hecho de ser su terapeuta".

Paciente: "No tengo medio de evaluar cómo sería ella si yo pudiese dar todas estas cosas por sentadas". Pausa. "Aquí enfrento una dificultad, porque lo que ella espera de mí es que adopte un curso de acción más contundente. Y yo siento que no tiene sentido. Tiene que producirse de forma natural. Ella no entiende esta actitud mía.

"He estado especulando con la posibilidad de llegar a casa imprevistamente y encontrar que está ahí con su amigo. En el pasado, simplemente me habría retirado. ¿Tengo que asumir una postura más firme, me pregunto, e insistir en que él se vaya? Pero no sé si tiene sentido ser más contundente. En realidad, no sé qué quiero que pase. Imagino una situación en la que hay una prueba, pero ¿cuál es la prueba y cuál es la respuesta que busco? ¿Quiero que ella pida perdón? ¿Quiero ser rudo con el hombre? ¿Quiero provocarla a mi esposa para que efectivamente me desafíe? No me agrada la idea de no ser capaz de enfrentar la situación si se presenta."

Analista: "Lo que está ausente en la relación con su esposa es la interacción sutil, que como sabemos depende en parte de su incapacidad de darla por sentada. En cierto sentido, hemos llegado a una respuesta para la cuestión anterior, ya que puede aducirse razonablemente que Freud abandonó la hipnosis y creó el psicoanálisis porque vio el valor de esta interacción sutil entre el analista y el paciente, y se dio cuenta de que era precisamente esto lo que se suprimía en la hipnosis".

Biblioteca D. Winnicott

Martes 8 de marzo

Paciente: "Me pregunto si hoy tampoco seré capaz de producir nada, como ayer. Llegué a la conclusión de que el viernes es diferente, porque hay un agujero antes y otro después. Pero hoy no tengo ningún agujero después. Lo único que se me ocurre decir es sobre mi casa, siguiendo con el tema de mi dilema. ¿Le contaré a mi esposa lo de mi chica? La situación en casa ya parece no tener arreglo. Lo lógico sería que admitiera esto y no tratase de provocar una reconciliación. Pero tendré que resolver algo pronto: mi chica me insinuó que le gustaría que viviésemos juntos, etcétera, etcétera. Anoche, en casa, yo estaba medio dormido y debo haber puesto la mano sobre el cuerpo de mi esposa, porque ella rápidamente me la sacó. Me desperté, y estaba furiosa. Me sentí rechazado pero no le dije nada y me di vuelta con rabia. Unos momentos después ella hizo un ademán de mimarme, y me desconcertó. ¿Qué me quería decir con eso? Fue muy molesto, porque significaba que a ella le preocupaba haberme rechazado. Y esta mañana, cuando le hablé por teléfono, su tono era mucho más cariñoso que en todos los últimos tiempos".

Analista: "Era más sencillo para usted habérselas con su rechazo, mientras que cuando ella se implicó, lo volvió a sumir en el dilema y el conflicto por lo que siente".

Paciente: "Mi chica me dijo ahora que quiere tener un bebé y que le gustaría que yo fuese el padre. Desde su aborto ha sido estéril, y ahora siente que los años se le vienen encima y querría tener un bebé cuanto antes, si es que puede. Tal vez el hecho de que yo perdiera la esperanza respecto a mi casa la volvió optimista, pero me parece que mi esposa está adivinando lo que pasa y empezó a contraatacar".

Analista: "El problema subyacente son las dos ideas que usted tiene de las mujeres: su amiga es la mujer sin pene, y su esposa quizá sea la mujer que tiene uno".

Paciente: "Tal vez lo mismo suceda con mi esposa. Siempre aborreció ser puesta en la posición de llevarlos pantalones, y sin embargo es eso lo que yo le hice. Siempre quiso ser la mujer".

Analista: "Se plantea esta pregunta: ¿qué pasaría con su chica dentro de diez años, si usted se casase con ella?".

Paciente: "Tiene miedo de volverse dominadora. En el pasado pensaba que poco a poco sería dominado por ella, pero ahora pienso que eso no ocurriría. Antes solía dejarme dominar muy fácilmente. Creo que quería que me dominaran. Con mi esposa me resultaba muy difícil dar vuelta la cosa y pasar a dominarla yo".

Analista: "Siempre resulta difícil cambiar una pauta en la que uno mismo está implicado".

Paciente: "Es gracioso que el hecho de ser por naturaleza un hombre bueno, como supuestamente soy, se vincule con querer ser dominado".

Analista: "En algún lugar de todo esto está metida la relación con una de sus hermanas, o con ambas, y su rechazo a ser el que tiene pene".

Paciente: "Aquí me acuden dos cosas a la mente. Una es: ¿cómo es que usted llega a esto? ¿Quiere dominarme, o qué? A veces tengo miedo de ser yo el que domine en la sesión".

Analista: "Aquí yo soy la chica, que tiene o no tiene pene. Usted se pregunta cómo me sentiré yo siendo la chica sin pene, cuando usted tiene uno".

Paciente: "Correcto. Y luego está la dificultad de que mi chica me considere un macho con quien hacer el amor, y no tenga un verdadero interés en mí como persona".

Analista: "Por lo que usted dice, ella podría usar a cualquier hombre; el hombre representa su self masculino en el empeño de ella por evitar su propia bisexualidad. Puede que a ella le interese más el orgasmo suyo como macho que su propio clítoris".

Paciente: "Sí, a ella le preocupa particularmente mi orgasmo. Es bastante curioso, pienso a veces, ya que ella es fundamentalmente una persona egoísta".

Analista: "Lo que la mueve podría ser para usted especialmente útil en estos momentos, pues ella necesita que usted recobre la confianza en su potencia".

Paciente: "Se me ocurre que su actual interés por tener un bebé es un intento de ratificarse a sí misma como mujer". (Agrego: con esto quiere decir, a pesar de que no tiene un orgasmo femenino muy intenso.)

Analista: "Por lo tanto, el futuro es una cuestión aparte del valor que cada uno de ustedes tiene para el otro en este momento".

Paciente: "Es gracioso, pero me parece que me agrada la idea del embarazo, como si fuera una travesura. Sería un desafío al mundo, y a mi esposa. Además, pienso que sería lindo que resultase un varón. Ahora me doy cuenta de que tenía

ganas de tener un hijo varón. Mi mujer ya no quería más hijos, y tuve que desechar toda esperanza de tener un varón".

Analista: "Está también el asunto de que darle un hijo varón a su chica o a su esposa es como darles un pene, y eso lo alivia a usted de la idea delirante acerca del pene. Lo importante en todo esto es que usted descubrió su tristeza por no haber tenido un hijo varón cuando nació su segunda hija".

Paciente: "Sí, me puse contento de que fuese una niña, y en parte eso fue simplemente una negación, y además me hizo sentir que así me sería más fácil separarme de mi esposa. Pero creo que no merezco tener un varón, así que me gustaría darle a mi chica un bebé ilegítimo. Esto sería perverso, y esta perversidad es importante. La única manera de que el mundo, resulte aceptable es desafiarlo; esto es como una travesura, y por lo tanto es excitante. Esto es lo que más me atrae".

Analista: "Antes usted había hablado de su self sumiso, y puede decirse que éste oculta a su verdadero self. El verdadero self corre gran peligro, porque no es otra cosa que un chico con un pene, que tiene importancia en la familia a causa de ese pene. El falso self sumiso oculta al verdadero self y lo protege del previsible peligro; pero puede permitirle que se muestre si su comportamiento es activamente antisocial, desafiante, travieso".

Paciente: "Y lo que ayuda es que este comportamiento antisocial es irreal".

Analista: "Sí, pero está muy próximo a su verdadero self masculino".

Paciente: "Esto me recuerda que el problema actual comenzó cuando sentí que me estaban calificando y por primera vez ocupaba un cargo de responsabilidad, teniendo que tomar decisiones como médico. Eso era justamente lo que no podía aceptar; y mi esposa se quejaba de eso mismo, de que yo jamás era capaz de decidir nada".

Analista: "Esto se aplica a lo que era usted como bebé y como niño con sus hermanas. Hay una complicación que debemos examinar: ese asunto de la actitud de su madre. Podría ser que de niño usted soñase con tener una relación sexual con su madre, y por consiguiente le tuviera miedo a su padre. Pero no lo expresa de ese modo. Papá no aparecía todavía en este contexto. Eso me lleva a pensar que cuando usted se convirtió en un niño con excitación sexual y sueños incestuosos, vio que su madre lo evaluaba de una manera especial, y usted corría peligro de que se apoderara de su virilidad. También su madre puede haber querido que usted fuese el pene de ella. Usted se replegó frente a esto, y por eso no llegó a la etapa siguiente de conflicto con su padre".

Paciente: "No recuerdo haber tenido nunca conciencia de ser un chico con pene, pero supongo que sería lógico que lo hubiese olvidado por completo. Lo que yo

era de chico me parece remoto".

Analista: "Aquí entraría el hecho de que se vestía como una niña como forma de negar su masculinidad. Parecería que le resultaba insoportable la situación de sus hermanas sin pene, ya que usted ignoraba que tuvieran alguna otra cosa. También quiero recordarle cómo se chupaba el pulgar y su necesidad de tener algo de lo que agarrarse. En lugar de agarrarse de su pene, se chupaba el dedo, y así eludía la cuestión de tener o no tener pene; y lo que usted hacía no establecía ninguna diferencia entre usted y sus hermanas".

Biblioteca D. Winnicott

Jueves 19 de mayo

Paciente: "Volví a olvidarme de lo que pasó ayer. Siempre tiendo a olvidarme, pero particularmente las dos últimas veces; y otra vez tengo sueño, aunque no hay ninguna causa, en el sentido de que no tengo motivo para estar cansado".

Analista: "Creo que hoy lo mejor será que no trate de recordárselo, sino dejar que las cosas vengan solas. Sin embargo, quisiera decirle que ayer yo estaba muy cansado, y tal vez esto lo afectó. Mencionaré el hecho de que después de la sesión, cuando le dije que estaban pintando la casa de enfrente, usted se las ingenió para criticarme que acá todo sea de color blanco".

Paciente: "Me gustaría tomar este último punto. Realmente me gustaba el color amarillo de la casa de enfrente, pensé que era el color natural de la piedra, pero ahora veo que era pintada. Lo importante es que, para mí, usted tiene la política deliberada de que aquí no haya nada de color, de modo de que la atmósfera sea neutral".

Analista: "Sí, puede haber algo de verdad en eso. Mis cuadros, por ejemplo, no son muy llamativos".

Paciente: "La cuestión es: ¿es ésta una política que usted sigue, o es Winnicott realmente así? ¿Es una forma de ver propia que usted tiene? Por ejemplo, a veces pone un florero con una sola flor dentro. A mí me parece mezquino o impotente, como si usted fuera incapaz de producir, como si fuera estéril. Tengo miedo de que al final del análisis yo me quede con una manera de ver estéril. Por ejemplo, en mi cuarto no tengo fotos. Nada de mi familia. No quiero que esto suceda toda la vida. Leí una novela cuya parte más significativa era que había en un buque una enfermera sin sentimientos. Para transmitir el hecho de que era una persona insensible, decía que en su camarote no había ningún adorno ni fotos. No me gustaría comprobar que yo realmente soy así".

Analista: "Así que si yo soy de ese modo, se corre el riesgo de que el análisis lo deje a usted tal cual es".

Paciente: "Sí, despersonalizado, en cierto sentido. Cuando estuve en Suiza noté que era un país muy limpio, pero falto de carácter. Los suizos me impresionan como un tipo de pueblo sin nada interesante. No hay ninguna evidencia de una gran cultura. Y este tema tiene otro aspecto. Hace poco vi en un documental italiano que aparecían trenes eléctricos, sin hollín ni suciedad; eficientes, pero de

todas maneras se sentía la falta de la poderosa locomotora, que es un símbolo romántico. Se perdería el dramatismo si eliminasen las locomotoras de vapor".

Analista: "Esto me recuerda algo que pasó la última vez, vinculado con que yo dije 'Estoy vivo'".

Paciente: "Eso fue hace dos sesiones. Sí, también estoy descubriendo cosas sobre usted que contradicen la idea del psicoanálisis perfecto. Solía pensar que un psicoanalista está siempre en control de la situación; me pregunto si puede seguir adelante cuando está cansado. Debo aburrirlo, y todo eso".

Analista: "Al pensar que usted me aburre, atribuye justamente mi cansancio a algo proveniente de usted, eludiendo la idea de que yo tengo una vida propia".

Paciente: "Por primera vez reconozco que siento celos aquí, por el hecho de que usted vea a otros".

Analista: "Esto me recuerda que usted dijo que si su esposa se pone en el rol de madre, usted se ve a sí mismo como hijo único. La vez pasada también salió esto sobre su esposa; que ella había dicho, refiriéndose a la actitud de su amigo, que él había tratado de no transar con ella".

Paciente: "Ah, sí, recuerdo todo eso. Por cierto, siento que tengo que tener cuidado antes de renunciar a algo, debo ver que haya alguna otra cosa a mano". Pausa. "Aquí parece que me estanqué." Pausa. "Recuerdo haber dicho la semana pasada que no podía pararme solo, y usted me dijo que tuve que pararme solo demasiado pronto. Esto parece coincidir con la idea de asegurarme de que haya alguna otra cosa a mano antes de soltarme."

Analista: "La frase 'pararse solo' me hace acordar de una imagen que usted me relató una vez, de haber encontrado a un bebé en el regazo de mamá y haber tratado de pararse solo, lo cual le produjo dolores en los miembros inferiores".

Paciente: "En realidad, eso formaba parte de una imagen de un niño que caminaba agarrándose de todo".

Analista: "Si la gente no lo sostiene al niño en las primeras etapas, el niño tiene que hacerse cargo y sostenerse solo".

Paciente: "Después de la última sesión, pensé que la masturbación encaja bien en eso de ser un tapón ante el hecho de no tener relaciones sexuales. Es algo de lo cual agarrarse. No soporto la idea de no tener relaciones sexuales, y una de las maneras de superar esa dificultad es simular que no tengo necesidad. Literalmente, es como agarrarse de algo".

Analista: "También podría estar hablando de chuparse el dedo".

(A esta altura me di cuenta de que el paciente y yo nos estábamos comunicando sin rumbo fijo. Casi por primera vez, tuve como analista la sensación de que avanzaba a los tumbos, simplemente ocupándome de los puntos inmediatos que surgían; y me pregunté cómo volver al proceso propio de este paciente, con el cual yo había interferido en algún momento, aunque no sabía exactamente en cuál.)

"Supongo que lo que me está diciendo es que volvió la masturbación."

Paciente: "Sí, nunca se fue del todo. De algún modo, la uso para medir mi progreso. La imposibilidad de apartarme de ella me parece un símbolo de progreso incompleto. Tenía la idea de que una relación con una chica haría innecesaria la masturbación, pero no fue así; y en realidad no tendría por qué serlo, ya que eso habría significado que lo importante de la relación era simplemente alejarse de la masturbación, en vez de ser algo positivo con respecto a la relación misma. Sea como fuere, para mí la masturbación es un hábito inofensivo".

Analista: (En este momento percibí mentalmente que habría una relación entre la masturbación y el miedo a la castración, y que era importante que él me hubiese contado su retorno a la masturbación. Consideré que no era oportuno efectuar esta interpretación en este momento.)

Pausa

Paciente: "Admito que aquí hay una contradicción. Estoy tratando de lograr la independencia, y sin embargo viniendo aquí me vuelvo más dependiente. Mi esposa no lo entiende, y en realidad yo tampoco".

Analista: (Pensé que era el momento de procurar compendiar todo el asunto y formulé una larga interpretación, lo cual fue posible gracias a que el paciente estaba bien despierto.)

Le dije que en la actualidad había retornado el tipo de relación propio de dos personas -él como bebé con su mamá-, la clase de cosa que había empezado con la expresión "medio circundante"[medium], y que siguió así hasta que apareció una tercera persona.

Paciente: "La crítica de mi esposa al psicoanálisis tiene que ver con la dependencia".

Analista: "Para usted mismo es muy penoso ser dependiente, en especial ahora que está mejorando. Corre el riesgo de ser abandonado, y, en todo caso, la dependencia que se le crea en esta hora analítica, siendo que en su vida cotidiana usted es independiente, le genera tensión".

Paciente: "Por cierto que me siento abandonado cuando usted no me dice nada después de alguna acotación mía".

Analista: "También hay que tomar en cuenta la actitud de su amiga, que usted siente como un rechazo no sólo de ella sino de mí, ya que ella representaba un aspecto mío. Le comenté que estaba cansado la vez pasada porque pensé que usted lo tomaría como un rechazo, dado lo sensible que es en este aspecto".

Paciente: "Para decir la verdad, ni me di cuenta. No estaba plenamente presente".

Analista: "Sí, creo posible que no se haya dado cuenta, pero no lo podría asegurar. También tenemos la cuestión de los negros de la película y del hospital, y el experimento. Surge la cuestión de si el análisis es un experimento, y la neutralidad de la atmósfera psicoanalítica parece vincularse con la sensación que usted tuvo de que los negros no podían proporcionarle una amistad".

Paciente: "Reconozco que el psicoanálisis no es capaz de garantizar el éxito. Al principio tuve que partir de la base de que las fallas del analista, que intelectualmente yo notaba, no eran aplicables al caso de mi analista. Considero que es una gran apuesta, esta presunción de que va a haber un gran progreso".

Analista: "Pienso que cuando usted vino a verme, era esencial que yo me ocupase de usted y, por lo tanto, asumiera total responsabilidad. Usted estaba enfermo y lo aceptó fácilmente, pero ahora está comparativamente bien y comprueba que es usted el que tiene que tomar la decisión de venir aquí y correr todos los riesgos, y esto le resulta muy penoso".

Paciente: "Es una cuestión difícil para decidir. ¿Cuándo puede uno estar seguro si se suelta? No puedo saberlo hasta que lo intento. Es como aprender a esquiar: si uno se sigue apoyando a uno y otro lado, no esquía nunca. Lo que veo es que un día no habrá una transición, sino un avance súbito. Yo debo tomar una decisión dramática, salvo que usted me diga de repente que no venga más. Es lo mismo que para aprender a nadar o a andar en bicicleta. La actitud de papá consistía en brindarme apoyo y de repente soltarme, así que yo comprobaba que había creído estar apoyado cuando en realidad no lo estaba. Funcionó, pero ahora tengo miedo que aquí pase lo mismo. De pronto usted puede decirme: 'Bueno, ahora ya está andando solo'. Con la bicicleta funcionó, pero aquí sería un choque para mí".

Analista: Le dije que habían surgido ciertas dificultades desde que apareció la tercera persona, y el curso del análisis se vio afectado por su repliegue frente a las angustias propias de la rivalidad. Dicho sea de paso, él no podía alcanzar el alivio que proporcionaba una situación triangular a raíz de su repliegue frente a ésta. En ese momento, pues, la cuestión giraba en torno de la dependencia y la independencia, o bien del temor a ser abandonado.

"Si usted dejase en este momento, se volvería independiente o evitaría ser abandonado, pero rompería con la relación de dos, y en su caso sería eludir las características nuevas propias de la situación triangular. En la situación triangular usted tiene la posibilidad de ganar o perder en el sueño de un combate con papá, y el temor deja de ser temor al rechazo y pasa a ser temor a que lo maten o lo mutilen. La sesión importante fue aquella en la cual usted fue sintiéndose impotente; es como si yo hubiese dañado su potencia y hubiese puesto fin a la relación con su amiga."

Biblioteca D. Winnicott

Miércoles 4 de mayo

Paciente: "Ayer sentí como un desafío. En realidad quería que usted me diera su opinión, y no lo conseguí".

(Aquí siguió un largo diálogo sobre la base real de la situación general del paciente, su trabajo, vida privada y análisis.)

Analista: En esta charla incluí una interpretación sobre la idea de dejar el análisis como defensa contra la angustia, y le hablé de su necesidad de ver con más claridad el tema de lo masculino y lo femenino, en comparación con la figura combinada. (En un momento, el paciente apoyó el pie en el suelo.)

Luego introduje la idea de que él siguiera la carrera de psicoanalista, aclarándole que si bien ya habíamos hablado antes de esto, yo no contaba con pruebas definidas de su parte de que era eso lo que él tenía en mente. De todos modos, este tema había sido omitido.

Paciente: Dijo que sólo había considerado la posibilidad de la psiquiatría y el psicoanálisis para desecharla. Su madre y otras personas le habían sugerido que si seguía psiquiatría podría sacarle utilidad a su propio análisis. A esto él respondía con tres objeciones. Primero, que era una materia difícil. Segundo, que tener que pasar tanto tiempo sentado y hablando, y con tan poca actividad física, era un inconveniente. Tercero, la cantidad de trabajo era mucho, largas horas, y los resultados comparativamente escasos. Además, él tenía una neta animadversión contra la psiquiatría; sabía que siempre había sido torpe en esta rama de la medicina, no la podía comprender ni conocía su terminología básica. Hoy mismo-siguió diciendo-había visto a un paciente que necesitaba tratamiento psiquiátrico y que debía haber sido diagnosticado. "Yo no tenía idea sobre cómo encararlo. Usé el término `manía', simplemente para impresionar a los jefes. No hay duda de que se trataba de un caso clínico, y para ser sincero tendría que haber escrito que este tipo había `perdido la chaveta'. Sin embargo, eso no los habría impresionado.

"Quisiera agregar que hay una resistencia muy difundida a la comprensión de la medicina psicológica. Lo compruebo entre mis colegas. Por otra parte, ahora debo tener en cuenta la importancia de los aspectos sociales al decidir mi carrera. Con un hogar tan insatisfactorio como el mío, parecería que no sería adecuado que siguiera ciertas ramas de la medicina." Pausa. "Es como si sintiera que debo

tener un objetivo más definido, pero no surge ninguno. Parece que estuviera esperando que se presentara algún empleo, y siento que ésta es una señal de debilidad."

Analista: "Tal vez sería conveniente repasar otra vez su cambio de los estudios de ingeniería a la medicina".

Paciente: "Bueno, eso se dio por el hecho de que, en primer lugar, no me gustaban los estudiantes de carreras técnicas; en segundo lugar, yo no era bueno para esta rama; y en tercer lugar, odiaba la idea de tener que trabajar en una oficina. Pensaba que me gustaba más tratar con gente, que esto sería más satisfactorio para mí y me abriría un panorama más amplio. El trabajo en la fábrica, ocupándome todo el tiempo de objetos inanimados, me desesperaba. Iniciar la carrera médica me sacó de esa oscura perspectiva. Hubo también otras circunstancias, como la enfermedad de mi padre y algo que arrastro de él, de naturaleza política. Supongo que en algún lado tengo un espíritu misionero y debo encontrarle una aplicación práctica. Así que cuando dejé lo técnico sentí un enorme alivio. Por fin podía, por primera vez, mirar adelante contento. Ahora se me ocurre -creo que nunca lo había pensado antes- que mi padre no quiso ser un técnico. Quería seguir una carrera universitaria, pero murió el padre y tuvo que hacerse cargo de sus negocios. Como técnico siempre quedó insatisfecho. Podría haber sido abogado, o profesor; su materia preferida era la matemática. Por desgracia tenía una pobre redacción y no era bueno en ortografía... y parece que yo heredé esas características. El anhelaba algo más erudito que lo que se requiere en una profesión técnica. Tendría que haber sido profesor.

"Por lo tanto, en un comienzo yo seguí medicina porque necesitaba algo para justificarme; pero ahora ese motivo desapareció y siento que debo preocuparme más por mi felicidad, lo cual implica no quedar estancado en una rutina limitada. Ahora pienso que podría seguir cualquier rama de la medicina. Si alguien me hablara convincentemente de cualquier carrera, probablemente le haría caso y la seguiría, pero no si fuese una carrera empresarial o técnica."

Analista: "Es probable que sea igual para todos; en cierta medida se depende de lo que aparezca".

Paciente: "Sí, pero no me gusta sentir que es así". Pausa. "Siento que tengo ganas de volver a la cuestión de mi esposa y la responsabilidad que le incumbe por haberme metido en este dilema, de modo que ahora tengo que tomar en cuenta los factores sociales en mi carrera, porque en mi vida hogareña no son satisfactorios. ¿Hasta qué punto puedo culparla? Probablemente sea equivocado acusarla: sin duda, en alguna medida la falta es mía. Sé que no puedo culparla a ella, pero en mi matrimonio no puedo conseguir nada.

(Apoya el pie en el suelo.)

"¿Será posible alguna vez, o siempre quedará algo incompleto? Quería una amistad sin esfuerzos en mi matrimonio, pero no funcionó. ¿Continuaré con esta lucha terrible? ¿O me amoldaré a vivir sin molestias y sin amigos y sin sexo? Siento que mi esposa hace que todo parezca culpa mía, y entonces reacciono y la culpo a ella."

Pausa

(Había llegado el momento de interrumpir la sesión, pero ésta debió iniciarse un poco más tarde por mi causa.)

"Creo que no quiero decir nada más; si digo demasiado, sobrepasaré el límite de tiempo. Mis últimos comentarios no suscitaron ninguna observación. Siento que no cayeron bien."

Analista: "En primer término, estoy yo en el rol de una persona que está viva, alguien con quien usted puede dialogar sobre una base real, y esto me sitúa en la posición de su padre. En segundo término, quedó un resto de ayer, cuando usted sintió que yo quería retenerlo, que yo quería que no se fuese. Creo que es esto lo que usted quiere que yo traiga al análisis, lo que estaba esperando; y se sentía insatisfecho porque no llegaba. Con esta idea me expresaba su deseo de que yo lo retuviese. Usted podría desprenderse de mí desde esa posición, pero no podría desprenderse de alguien que no lo sostuviera a raíz de que usted no quiere ser sostenido ni aceptar la dependencia".

Biblioteca D. Winnicott

Miércoles 23 de marzo

(Hubo un cambio de horarios.)

Paciente: "La otra cosa que me viene a la mente es que se produjo un cambio curioso en la naturaleza de mi problema. Al principio, yo no me percataba de síntomas concretos, la única cuestión era que no podía trabajar o asumir responsabilidad. Ahora el trabajo no constituye en realidad una dificultad, aunque todavía no creo estar rindiendo de acuerdo con mi máxima capacidad -tal vez por la índole de mi trabajo-. El asunto gira ahora en torno de problemas personales y sexuales. A mi esposa le sería difícil entender lo sexual y lo personal como un problema fundamental, ése sería un enfoque frívolo. Pero en la actualidad es mucho más importante. Se me ocurre mencionar la actitud de mi esposa. No sé por qué, pero parece pertinente. Hasta hace poco, me negué a reconocer la posición central que tiene el sexo, pero probablemente estuvo latente todo el tiempo; últimamente estoy más dispuesto a ver que los problemas personales son los únicos reales. Tengo presente que con respecto a mi incapacidad para asumir responsabilidad, la clave era mi inmadurez sexual".

Analista: "Si en un comienzo no podía mostrar un síntoma más concreto, era porque usted no estaba allí como persona con dificultades sexuales. Si ahora puede tener sus síntomas personales, eso forma parte de su surgimiento como persona".

Paciente: "Con mi esposa lo sexual parecía andar bien en una época, pero ahora advierto que en el momento del coito yo me daba cuenta de que era algo impersonal. Pensaba en cosas banales, me entregaba a fantasías masturbatorias para estimularme y así tener una eyaculación. Con mi chica eso ya no pasa. Acepto el coito por sí mismo. Mi esposa tiene que haberse dado cuenta (tal vez inconscientemente) de que era algo incompleto. Ahora enfrento un dilema, conozco las posibilidades de la relación sexual. Desde el punto de vista intelectual y social sigo queriéndola a mi mujer, pero con mi chica el sexo es bueno, aunque hay complicaciones sociales".

Analista: "Sí, por cierto tiene un gran problema".

Paciente: "No es probable que mi esposa vaya a aceptar una relación compartida... no sería factible. Tampoco a mi amiga le gustaría; ella reaccionó ante el mismo problema con la promiscuidad, pero esa solución no le resulta

satisfactoria".

Analista: "Hay cambios en usted; por ejemplo, sólo ahora ha empezado a ver a los hombres como rivales; además, está el asunto de tomar conciencia de la fantasía de la chica con pene y vagina".

Paciente: "Parece probable que yo me vuelva promiscuo, a menos que mi esposa mejore o a menos que la relación con mi amiga madure en el sentido de una mayor estabilidad".

Analista: "Si no fuera por la crueldad que eso implica, lo que usted habría necesitado es a su mujer primero, luego a su amiga, y luego encontrar una nueva chica como solución permanente; pero le inquieta la perspectiva de que las dos mujeres resulten heridas".

Paciente: "Me encontré con que mi amiga se puso a llorar y me sentí responsable... pero esto puede ser vanidad-aunque me dijo que mi charla la ayudó-".

Analista: "Es útil para usted comprobar que una chica lo quiere y, por lo tanto, puede ser herida por usted".

Paciente: "Sí; así que me perturbó que mi esposa me colgara el teléfono. No fue meramente fastidio, también sentí que estaba celosa. Son puras conjeturas, pero creo que sabía lo de mi chica y tal vez se sintió herida".

Analista: "De modo que lo ama".

Paciente: "Tuve imágenes de que llegaba tarde a casa y me encontraba con la puerta cerrada... era una pura fantasía. Fui a casa y ella ya estaba durmiendo... fue lo mismo que un silencio de piedra, porque sin duda se enteró de que yo había llegado. Siento que pasaron muchas cosas que halagaron mi vanidad y debo tener cuidado. Siempre pude ayudar y todos saben que soy una persona benévola. Mi chica me ha dicho que soy la primera persona que ella conoce capaz de ser promiscua y considerada al mismo tiempo... ¿Tal vez he sido demasiado suave y considerado? Se me ocurre que odio ser rechazado, como en un baile, me molesta no ser aceptado".

Analista: "En un extremo, usted es amado, y entonces si se ve obligado a elegir, tiene que herir. Esto podría evocar su niñez temprana".

Paciente: "Más bien no he podido elegir porque no quería perderme nada; de hecho, anoche estaba pensando que me doy cuenta de que no tengo dificultades en tomar decisiones sobre las pequeñas cosas. Creo que eso les pasa a los neuróticos. Como le dije a mi chica, sólo tengo dificultades para tomar las grandes decisiones, cuando en una situación se presentan auténticas dificultades; y ahora,

por primera vez en mi vida, siento que soy capaz de hacer frente al futuro. Sin duda habrá mucha desdicha y preocupaciones, etc., pero puedo hacerles frente. Creo que es el resultado de mis dos años de psicoanálisis".

Analista: "Lo que me está diciendo es que siente que puede tomar decisiones, pero que éstas implican herir a algunas personas".

Paciente: "Lo que pasa conmigo es que si hiero a los demás, es lo mismo que si me hiriera a mi mismo".

(Por el tono con que lo dijo, se notaba que lo que más le preocupaba cuando hería a los demás era herirse a sí mismo.)

"Supongo que me proyecto en los otros."

Analista: "Es posible que cuando su chica se refirió a la falta de consideración de los amantes entusiastas, lo que quiso significar es que no se identificaban con ella. Sería interesante saber si pudieron dejarla satisfecha o si sólo les preocupaba su propia gratificación".

Paciente: "Sí, pienso que tenían algún interés en satisfacerla sexualmente, pero nada más".

Analista: "Está el tema de que usted se hiere a sí mismo al elegir a alguien. Como usted dijo, eliminando a los demás puede perder algo".

Paciente: "La masturbación provino de mi necesidad de promiscuidad, de ese modo la resolvía sin complicaciones sociales o de otro tipo. Mi dificultad para dejarla tenía que ver con que no quería perder nada al tener que elegir".

Analista: "Me parece que esto se relaciona con lo que decíamos sobre la suma y los comienzos de la aritmética". (Recapitulé lo que hablamos sobre la hija que estaba aprendiendo a sumar, y la interpretación del pecho único duplicado, o la idea de los dos pechos, o de la madre y el hijo, etc.; lo hice con detalles porque, evidentemente, para él era nuevo.)

Paciente: "¡Es gracioso! Me había olvidado por completo de todo eso, y sin embargo hace tres días lo tenía muy claro. No me quedó ninguna impresión. Fue borrado totalmente".

Analista: "A todo esto se añade que su padre se incorporó a su vida muy temprano -quizá recuerde lo que me dijo-, agregándose así a la mujer, y usted usó todo esto en su dificultad para tratarlo a él como un hombre".

Pausa

Paciente: "Estaba pensando que me siento con culpa por traerle tantos

problemas. ¿Porqué tengo que sentir que eso está mal? Supongo que me importa la observación frecuente de que los hechos concretos son menos productivos en el análisis. Me pregunto si realmente será así, y si es necesario que sea así".

Analista: "No veo motivos para que tenga que serlo".

Paciente: "Salvo en la medida en que los sucesos reales... (en este punto, apoyó el pie en el suelo)... tienen menos influencia en el desarrollo de la personalidad que las cosas de la mente. Tal vez todos ellos sean impersonales. Las cuestiones inmediatas no superan, como los sueños, la barrera de lo impersonal".

Analista: "Usted me usa a mí en el análisis de muy diversas maneras. Hoy tenemos la idea de que yo integro el material para usted, etc., pero también me usa de formas más específicas. En una época, como recordará, me había identificado estrechamente con su esposa. Más adelante fui identificado con su amiga, y hubo un momento importante en que yo le hice esta interpretación, después de haber formulado otra equivocada". (Le recordé los pormenores.) "Ahora parece que estamos en una nueva fase, donde yo me convertí en el hombre que a usted le preocupa en su relación con su chica."

Paciente: "Así que lo que estuve diciendo era un alarde. Es curioso, durante unos días pensé: 'Me gustaría conocer a ese hombre'; me refiero al otro hombre muy importante en la vida de mi amiga. Podría ganarle. De antemano, cuando yo no me daba cuenta de los problemas sexuales, no tenía mucho sentido encontrarme con él entre bambalinas, y yo no quería hablar de usted como el hombre por el simple hecho de tener que hacerlo; pero ahora todo cobró más sentido, porque puedo alardear y mostrar lo que sé hacer".

Analista: "En este análisis hubo muy poca transferencia negativa, pero ahora estamos llegando a ella y es preciso que el análisis la contenga. Tenemos esa lucha entre dos hombres que quieren la misma chica. Usted la encara en una posición muy fuerte, la del triunfador capaz de hacer frente al otro hombre alardeando de su éxito".

Paciente: "Me parece que hace mucho que me doy cuenta de esto vagamente, pero pensé que usted se pondría celoso. Esto estuvo presente todo el tiempo".

Analista: "No sólo se preocupó por mí de este modo, sino que además tuvo que hacer algún trabajo respecto a la excitación con la boca y la idea del dentista que lo castigaba directamente. Sólo de forma gradual pudo llegar a tratarme como un rival humano. Parecería, en un principio, que usted está en condiciones de triunfar, pero esto sólo es cierto en el caso de la chica. Quiero decir que en el caso de su esposa es diferente. Sé que aquí hay dificultades reales que no puede resolver el análisis, y que se relacionan con la capacidad que ella tenga de cambiar y recuperarse de su pasado. Sin embargo, en la situación imaginaria, si bien usted sale triunfante sobre mí respecto de la chica, respecto de su esposa ha

aceptado la ausencia total de futuro sexual. En otras palabras, ha aceptado que una proscripción sexual del uno por ciento me dé el triunfo".

Paciente: "Sí, pero también está la idea de que usted rivaliza con mi esposa por mis favores, y de ahí la hostilidad que ella me manifiesta. Ese rodeo me parece importante en este momento. Yo sólo puedo venir al análisis a expensas de que ella no lo permita. En tal caso, usted es una mujer, una figura materna, desde el punto de vista de mi esposa".

Analista: "Aquí su madre lo reclama, y entonces su esposa no tiene chance alguna".

Paciente: "Eso me recuerda que en el hospital, cuando estuve enfermo, un médico me dijo que yo no amaba a mi mujer, y es como si me hubiese dicho: 'Usted me pertenece'-aunque en ese momento no me impresionó así; lo único que percibí es que me perturbaba mucho, que en realidad me estaba insultando-. Pero aquí parece haber varias cosas juntas".

Analista: "Sí, hay varias cosas juntas, y la relación entre su esposa, usted y yo contiene significados muy diversos. Es una especie de situación entremezclada".

Biblioteca D. Winnicott

Miércoles 23 de febrero

Vino veinte minutos tarde. La tardanza de hoy se debió a una urgencia en el hospital.

Paciente: Habló sobre lo que vimos ayer. Su cansancio sólo era una parte del asunto. Después sólo estuvo apenas un poco cansado, lo cual era muy distinto. (Reconoció que su cansancio era una resistencia.) "Muy a menudo, no puedo acordarme de lo que pasó el día anterior. No recuerdo la sesión de ayer, y siento que debería recordarla." Su amnesia lo preocupaba. Ni siquiera en este momento estaba asimilando nada.

Analista: Le hice una interpretación vinculada con la sesión del día anterior, recordándole mi sugerencia de que por detrás del cansancio había angustia.

Paciente: Luego relató un fragmento de un sueño que había tenido la noche anterior. Se dio cuenta de que estaba diciendo: "... Probablemente no sea importante, pero...". En el fragmento del sueño, su amante era doctora en medicina y miembro del Colegio de Médicos. Había obtenido todo eso sin esfuerzo, sin darse cuenta siquiera de que participaba en eso; en realidad, ella es exactamente lo opuesto: no es una intelectual ni una erudita, y hasta piensan que es poco idónea. Más bien ella insiste en que no piensa con claridad. Lo importante en cuanto a la relación real que mantiene con esa chica es que acude a él en busca de apoyo. A él le causaba angustia la idea de no ser automáticamente superior a ella -en el plano médico, quería decir-. Ella apela a su ayuda. En otras palabras, nuevamente él se ha convertido en la figura paternal.

Analista: "Esto se liga con el rechazo de la homosexualidad por parte de esa muchacha".

Paciente: "Sí".

Analista: "La cuestión es: ¿quién tiene el pene?".

Paciente: "El Dr. X la criticaba mucho, implacablemente, y yo siempre la defiendo".

Analista: "Pero uno está obligado a defender a un colega, y esto parecería implicar que ella es un varón".

Paciente: "Hay también una dificultad que ya puedo prever. No hablamos de otra cosa que de temas médicos. Si no tuviéramos este tema para charlar, tal vez no sabríamos de qué hablar".

Analista: "El sueño de la clave, parece. La chica tiene miedo a la homosexualidad, y hasta asume artificialmente una postura de persona incompetente en una tremenda tentativa de no ser masculina; y esto de algún modo se amolda a las necesidades suyas. El sueño muestra la otra mitad de la situación total".

Paciente: "A partir de esto puedo entender todas las dificultades que tienen los hombres con las colegas mujeres. Hasta ahora, para mí las chicas siempre estuvieron en un mismo plano, y esto me agradaba. En primer lugar, me daba rabia que los hombres las llamaran incompetentes, y en segundo lugar me producía satisfacción pensar que pudieran trabajar a la par de los hombres".

Analista: Le hice una interpretación concerniente a su intento de abordar las diferencias entre los sexos basándose en algo que se aplicaba más a dos hombres o hermanos que competían entre sí.

Paciente: "Por primera vez puedo aceptarla idea de dominar. Recuerde que ésta es una de las quejas principales que me hace mi esposa, que yo nunca ejerzo dominio, nunca hago planes para las vacaciones o cosa así. Ahora veo que siempre me pareció necesario asegurarme de que ella fuese tan capaz como yo".

Analista: Hice una interpretación, y él comentó:

Paciente: "Lo que acaba de decir no es más que una repetición de lo que dijo antes".

Analista: Coincidí con él.

Le hice otra interpretación sobre su imposibilidad de pensar en una mujer como diferente de un hombre, porque esto le suscitaba sus propios temores sobre la pérdida del pene.

Paciente: "Ella tiene mucha aprensión a ser masculina. Para ella, el pensamiento metódico es masculino". .

Analista: Le interpreté que, con respecto ala psicología de la chica, no estábamos ocupándonos solamente del problema de él sino también de la identificación de ella, de cómo era su padre, etcétera.

Paciente: "Pero la psicología de ella no nos interesa. Aquí ella sólo interviene en la medida en que eso aclara mis propias dificultades".

Analista: Le recordé que el pensamiento metódico, que a él lo caracterizaba, era

masculino para ella, y también para él.

Paciente: "El problema es que para ella ser impetuoso, como yo estoy tratando de llegar a serlo a través del análisis, es una característica femenina, indeseable en un hombre".

Analista: Le dije que él era incapaz de saber de inmediato si sobre este tema yo me atendería a la opinión de la chica o formularía una opinión personal. Yo estaba seguro de que para él esta cuestión de poder ser espontáneo concernía a los hombres y a las mujeres por igual. Le interpreté la forma en que él concebía a las chicas en su fantasía, diciéndole: "Es como si les cortasen la cabeza para usted".

Paciente: "Bueno, ésa es una fantasía suya, bastante drástica".

Analista: Procuré vincular el pensamiento metódico con el rasgo que era peculiar de su padre, pero él me recordó que su padre era capaz de obrar con mucha espontaneidad, y esto no lo volvía menos masculino.

Luego le pregunté sobre esa versión femenina de sí mismo que le andaba rondando cuando era chico.

Paciente: "Es difícil saber, porque si bien me acuerdo que se lo conté, no me resulta fácil entenderlo. Sin embargo, creo que tenía pene.

"En la adolescencia me di cuenta de que cuando soñaba con chicas, todas ellas tenían pene. En el sueño eso no me desconsolaba, pero sí al despertar. Por el contrario, en mis ensueños durante el día, que exigían un esfuerzo de pensamiento, era capaz de concebir a las chicas tal como eran realmente".

Analista: Le dije que era una lástima que la sesión fuese tan breve, pero yo no podía remediarlo. No obstante, habíamos llegado a su sueño adolescente, en el que las chicas aparecían con pene, y por lo tanto teníamos que ver adónde conducía el sueño.

Le había dado diez minutos de sesión adicionales, y en ese momento interrumpimos.

Biblioteca D. Winnicott

Miércoles 15 de junio

Paciente: "Ayer, después que me fui, me quedé pensando en la conclusión a la que llegamos. Durante largo tiempo enfrenté el problema de tener la ilusoria perspectiva de ser amado o querido por mí mismo, y no por lo que hiciera o lograra. Ya hablé de esto en otra oportunidad, cuando tocamos el tema de la perfección. No veía la posibilidad de ser querido o respetado por mí mismo, y entonces la única alternativa era la perfección y cualquier otra inferior a eso era un completo fracaso. Así que cuando por primera vez confesé que estaba enfermo, me sentía apabullado por el dilema, ya que me sentía muy lejos de la perfección, lo cual significaba un fracaso absoluto. Antes de eso, evité toda acometida directa replegándome en mí mismo, y así eludí el problema de ser querido o amado, o de ser perfecto. Como no creía que pudiera ser amado, surgió entonces la dificultad para hablar, pues no tenía sentido demandar lo que yo quería conseguir sin demandarlo.

"Una vez que descubrí esta situación, me pregunté cuál era el paso siguiente para resolver el problema. Pero no había ninguna medida práctica que pudiese ayudar, porque por la naturaleza misma de las cosas yo no podía iniciar ninguna acción. Ante este dilema, ¿es posible superar el hecho de que por tantos años me haya faltado algo, me haya faltado un ser querido, o no lo haya podido reconocer si es que existía? También me impactó que mamá pueda haber sufrido la misma incapacidad, si es que no tenía esperanza de ser querida por ella misma... de ahí tal vez su deseo de perfección.

"Por otra parte, ¿qué papel jugó papá? No puedo imaginármelo en la misma categoría. El no parecía tener problemas." Pausa. "Al principio me preguntaba si debía hablar sobre lo de ayer o no; es difícil hablar de eso sin volverlo demasiado intelectual."

Analista: "Aquí es donde interviene el silencio, si es comprendido".

Paciente: "¿Pero cómo puedo demostrar en silencio lo importante que es? Además, al final de la sesión de ayer me impresionó el descubrimiento-tal vez más por su carácter dramático que por la verdad que pueda haber en eso, quiero decir más por su claridad que por el tema de que se trataba-. Parecía muy importante, pero demasiado sencillo como para explicarlo todo". Pausa. "Parecía desprenderse -lo pensé durante mucho tiempo- que yo he estado obsesionado por la idea de tratar de complacer a todos, lo cual formaba parte de la perfección

y del impulso a buscar ser amado y respetado. Siempre me preocupó más no molestar a la gente que los aspectos positivos de las relaciones. Si yo decía algo concreto, me perturbaba que no lo aceptasen. Hoy hubo un ejemplo, en una charla que tuve por teléfono con un clínico a raíz de un caso. Quería mi opinión sobre un chico, y en lugar de aceptar sin cuestionamientos lo que yo le decía, me discutió, y eso me puso muy mal. Era un simple caso de un bebé de tres meses que posiblemente tuviera rubéola, pero al clínico no lo convencía este diagnóstico. Sentí que él me hacía callarla boca. Fue más rotundo que yo, y sentí que era yo el equivocado, vacilé y me puse molesto. Yo podría haber mostrado firmeza."

Analista: "Ayer, cuando yo le hice mi interpretación sencilla, además del contenido de esta interpretación a usted le impactó la firmeza de mi actitud y mi manera de enunciarla, el sentimiento con que se lo dije".

Paciente: "Me gustó la forma categórica como lo enunció porque yo no puedo hablar así. A menudo usted parece precavido, no se compromete, es razonable y cuando se equivoca lo admite, pero eso no me resulta tan satisfactorio. Sería mejor que usted estuviera gloriosamente equivocado y no que estuviera vagamente acertado".

Analista: "Bien, o sea que fui rotundo y eso lo satisfizo. Ahora tenemos que considerar si estuve o no gloriosamente equivocado".

Paciente: "Es difícil recordar las cosas, pero lo que usted dice encaja con lo que tengo en mi trastienda mental. El significado es vago, pero el recuerdo de esto es de algo muy claro y rotundo. Que mi propio proceder no sea rotundo no es solamente por miedo a equivocarme. Aparece cuando estoy haciendo una historia clínica, y cuando no recuerdo los nombres de las personas. Hay una razón concreta... procedo con vaguedad como excusa. Hay una idea evidente aquí... ser rotundo es papá. Parte de la desconfianza que le tengo a esto en mi interior es que quiero ser identificado con él. Me parezco demasiado a papá, y entonces, si me quieren, es por ser como papá y no por ser yo mismo".

Analista: "¿Sabe algo de los primeros años de su mamá? ¿Tuvo dificultades ella en su infancia?".

Paciente: "Mi propio recuerdo de la mamá de mi mamá está coloreado por el hecho de que ya era mayor cuando yo la conocí, pero era una persona difícil. Esto no es representativo de lo que pueda haber sido durante la infancia de mamá. También está lo que me dijo mamá... pero puede ser su punto de vista subjetivo... -ahora tal vez se me ocurra atribuir mis dificultades a mi abuela... sobre que ella tenía un impulso a sentir angustia.

"Tal como veo ahora mis propias dificultades, surgieron del hecho de que mamá era una personalidad más potente que papá. Me doy cuenta de que papá era

demasiado perfecto... no sonaba cierto. Si papá era rotundo yo estaba contento, aunque me disgustase. Respetaba lo que él decía; pero si mamá se ponía rotunda, a mí me irritaba. Viniendo de ella, no era apropiado. En el caso de mamá, puedo contar mis sentimientos actuales hacia ella, pero respecto de papá todo se remonta a la época anterior a que yo tomase conciencia de los problemas que vimos aquí." Pausa. "Sobre papá, tuve una idea recién: el hecho de que fuese rotundo tenía una desventaja para mí: no daba cabida al juego."

Analista: "Así que...".

Paciente: "Estoy tratando de buscarle agujeros a papá, de encontrar una grieta en su armadura".

Analista: "Lo que más tarde fue bueno en su padre, tal vez fuese malo para usted, desde su propio punto de vista, cuando era bebé; sobre todo porque, según usted me contó, papá mostró un interés maternal por usted desde sus primeros días de vida.

Pero yo diría que, en última instancia, las decisiones humanas de su padre eran preferibles a las reglas de su madre, basadas en la idea de la perfección. Con papá usted podía mostrarse desafiante, mientras que sobre las reglas de mamá no podía hacer nada".

Paciente: "Creo que hay una sola cosa que debe evitarse: no aceptar nada con demasiada facilidad, ya que es tan poco lo que se puede hacer".

Analista: "También hay que evitar una relación positiva, en ambas direcciones, entre usted y yo". Pausa. "¿Se durmió, o me parece?"

Paciente: "Sí, por primera vez hoy. Me di cuenta de que me estaba quedando dormido. Es difícil enfrentar la situación, quiero decir el contenido de su interpretación".

(Aquí se refería al contenido por oposición a la forma rotunda como fue formulada la interpretación.)

"Sigo sintiendo `también estoy tratando de evitar...'. No puedo figurarme que el no querer hablar sea una cosa positiva."

Analista: "Cuando se duerme, se suelta de mí. A su mamá no la tuvo nunca, así que no pudo soltarse de ella". (¿Se quedó dormido?)

Paciente: "En este momento siento que lo que pasa por mi mente está muy distante de lo que estamos hablando... es como un ensueño vago... del cual es difícil agarrarse... es sobre el juego de los niños".

Analista: "Papá no daba cabida para el juego".

Paciente: "Y mamá no sabía jugar, así que era incapaz de hacerlo".

Analista: "De modo que es muy importante que yo no lo empuje hasta llegar al tema mostrándome rotundo".

Paciente: "También estoy especulando con el hecho de que quizá no pueda venir la semana próxima, a causa del cambio de trabajo. Y tal vez no tenga ganas de venir, porque usted se ha convertido en un hombre molesto que descubre lo que yo no quiero que sea descubierto. Entonces me quedo dormido y así le expreso mi desaprobación. Es infantil expresarlo así, pero es importante que usted se haya convertido en el ogro de los juegos de chicos".

Analista: "De manera que usted ha podido llegar a jugar conmigo, y en el juego yo soy un ogro".

Biblioteca D. Winnicott

Miércoles 6 de abril

Paciente: "Me parece recordar que yo estaba conmovido por algo que surgió al final de la sesión de ayer, pero no puedo recordar qué era".

Analista: (Después de unos tanteos para tratar de captar el detalle significativo.) "Estábamos en la relación de su esposa con la madre de ella".

Paciente: "Ah, sí, en eso estábamos. Sentí mucha rabia hacia mi mujer por su desprecio del sexo, que comparte con su amigo, y su desprecio del coito, y ésa es exactamente la actitud de la madre. Esto me pone en un dilema, porque no estoy preparado para aceptar una vida en la que se suprima la relación sexual".

Analista: "La actitud de su esposa que usted describe la identifica con la madre de ella, vale decir, identifica al niño con el adulto, pero al precio de renunciar al acto sexual real".

Paciente: "Yo la privé del acto sexual, o no pude satisfacerla, y entonces ella terminó desaprobándolo y despreciándolo".

Analista: "Si su esposa debía independizarse de su madre y volverse capaz de soportar la idea de desafiarla, usted debía hacer que eso valiera la pena, y siente que no lo logró. De ahí que ella retornara a la dependencia de su madre y a una especie de identificación. Esto es comparable a la falta de una relación de rivalidad y desafío entre usted y su padre -que según parece, en parte se debió a la actitud de él-".

Paciente: "Esto crea una nueva dificultad. Ella no quiere relación sexual y por lo tanto es incapaz de sentir celos. Me regañó por haber llegado tarde. Le dije: `No puedes quejarte si me rebajo a tu nivel', y en vez de ponerse celosa me contestó: `¡Oh, no, tú nunca estarás en mi nivel!', con lo cual probablemente quería decir su alto nivel de amor idílico. Y es verdad que yo no tengo un sentimiento realmente profundo por mi chica, y tal vez me aburra pronto con ella".

Analista: "Tiene dudas sobre la capacidad de esa chica para crear un hogar".

Paciente: "Mi esposa no entiende esta comparación de actitudes... romance con desprecio del coito, o bien oposición al coito. Está todo muy bien en la teoría pero no en la práctica, y causa infelicidad. En realidad, lo que yo verdaderamente quiero es ser leal y fiel a una sola mujer".

Pausa. Renovación de la pausa

"Estoy tratando de acordarme de un sueño que tuve esta mañana. De hecho lo recordé y pensé que era uno de esos sueños que en sí mismos no resultaban significativos. La cosa era haberlo soñado. Estaba mamá en el sueño, llevándome en un automóvil. También estaba mi esposa. Se me fue."

Analista: "¿Qué clase de automóvil tiene su madre?". (Deliberadamente no le pregunté por el automóvil del sueño.)

Paciente: "Oh, bueno, tiene un Hillman, pero en el sueño no era su auto exactamente; era más viejo y decrepito. Lo importante del sueño no era eso; lo importante era que se corría peligro, y yo debía ejercer control para mantener todo en orden."

Mamá no conduce bien, en realidad; pero tampoco yo estaría dispuesto a admitir que ella pueda conducir bien. Mi esposa no sabe manejar. En el pasado yo tenía ganas de que lo hiciera, pero ahora no me gusta la idea. No me gusta pensar que ella pueda manejar mejor que yo. Prefiero ser superior. Al principio supuse que ella era perfecta, y ahora me complace que no sepa hacer algunas cosas".

Analista: "Esto me recuerda la idea de la chica con pene".

Paciente: "Mi esposa empezó teniendo pene, y ahora está por quedarse sin él. Al comienzo yo quería que ella fuese igual, pero ahora quiero dominar. Quiero hacerla sentir celosa". (Siguió una descripción de la interacción entre ambos, de acuerdo con estos lineamientos.)

Analista: "¿No hay en todo esto una especie de juego sexual entre ustedes?".

Paciente: "Sí, pero está su desprecio del sexo. Tal vez esté celosa, pero lo oculta".

Pausa

Analista: "No me queda claro lo que usted quiere decir, porque ella podría estar celosa de usted como varón, cuando está con su amiga y también a la inversa".

Paciente: "Oh, ya veo. No pensé en eso. Esto contrasta con lo que pasó hace un año y medio, cuando estuve enfermo en el hospital y le conté a mi esposa sobre un amorío que parecía estar dándose entonces. Ella me dijo: Bueno, eso te hará bien, tal vez te ayude a resolver tus problemas'. Ahora sólo esté molesta. Me acuerdo de que, desde que se enfermó su amigo, ella ya no busca ninguna cualidad...".

Interrupción abrupta. Pausa. Se durmió

"Era algo de una película que fui a ver anoche, que resulta apropiado: un hombre que odiaba ser tratado como un tonto. Yo no quiero ser tratado como un tonto."

Analista: "Permanentemente está el problema de que usted tiene que ser frustrado por su madre (su esposa), o de lo contrario desarrollar inhibiciones internas, pues no hay ningún hombre que se interponga entre ustedes".

Paciente: "Hablábamos del final de la sesión reciente".

Analista: "Hoy hay más que eso, porque es la última sesión antes del feriado de Pascuas. Pronto voy a interponerme entre usted y el análisis para decirle que ya es la hora".

Paciente: "Sí. Me puso contento, realmente, la idea de tomarme unos días feriados sin verlo a usted, pero al mismo tiempo estoy molesto".

Analista: "Hay lugar para ambos sentimientos a la vez".

Paciente: "El problema con el psicoanálisis es que tantas cosas dependen de él".

Analista: "Así que mientras usted está en análisis, yo continúo siendo de hecho una figura parental".

Pausa

Paciente: "Estuve charlando con mi amiga. Ella ha estado un tiempo en psicoanálisis (no sé con quién), y especulaba vagamente con la idea de retomar. Yo debería decirle que lo haga, pero no pude aconsejarle eso. El psicoanálisis es un obstáculo en la vida, y es difícil armonizarlo con el trabajo. Pero además obstaculizaría la utilidad que ella me presta. Tengo en parte la misma actitud de mi mujer, de que sería algo frívolo".

Analista: "En la situación imaginaria, yo soy el analista al que acudiría su amiga, y en ese sentido usted y yo somos rivales, y usted le impide que venga a verme".

Paciente: "Sí, aunque sé que no necesita venir a verlo a usted, y no lo haría. Me siento celoso porque el análisis haría que ella me necesitase menos, a medida que en su análisis surgiera la dependencia".

INTERRUPCIÓN POR PASCUAS

Biblioteca D. Winnicott

Miércoles 9 de febrero

El paciente llegó excitado.

Paciente: "Me siento mejor" (exaltado). Contó que se había estado riendo con otra gente. Había algo novedoso en todo esto. Obraba con naturalidad.

Analista: Comprobé que no recordaba lo que había sucedido en la sesión anterior y le hice un resumen. Al hacerlo, no pude recordar el contenido de la fantasía de retraimiento, y se lo dije. (Siempre le es útil a este hombre que yo sea capaz de recordarle el material de la última sesión.)

Paciente: Dijo que la liberación que le había traído el hecho de sentirse mejor lo volvía más independiente de su esposa. Ahora contaba con un arma para negociar con ella, aunque no sentía deseos de vengarse. Ya no necesitaba suplicar más su compasión, antes se quedaba solo y sin esperanzas.

Analista: Le comenté que el hecho de estar un poco más cerca del canibalismo y los instintos parecía haber fortalecido toda su personalidad. `

Paciente: Dijo que para mejorar más las cosas había mantenido una charla con un cirujano, muy amistosa y de resultados muy satisfactorios.

Analista: En este punto me acordé de su fantasía de retraimiento y se la recordé a él.

Paciente: Continuó diciendo que el cirujano se había manifestado contrario a una operación vinculada con el tratamiento de un paciente. El cirujano comprendía, pero en cierto sentido había bajado los brazos.

Pausa

Analista: Le interpreté que había aparecido el entusiasmo pero lo mantenía bajo un fuerte control por la angustia que suscitaba.

Paciente: Me relató otros episodios menores. "Puedo permitirme sentir entusiasmo. Un año atrás pasaban las mismas cosas pero me resbalaban, porque no me permitía emocionarme, sólo las consideraba intelectualmente. No me permitía renunciar a mi depresión. En realidad, no comprendía cómo alguien podía estar entusiasmado y ni siquiera tenía idea de cómo hacerlo.

Ahora, a causa del progreso que al parecer he tenido en este tratamiento, puedo dejar que pasen esas cosas". Pausa. "No quiero hablar del entusiasmo."

Analista: "Lo que importa del entusiasmo es estar entusiasmado".

Paciente: "Se corre un riesgo. Uno parece tonto. La gente puede reírse de uno si se pone a parlotear como un chico". (Esa palabra, "parlotear", se remontaba al análisis de una fase de su niñez temprana, en la cual se decía que él había parlotado mucho, antes de volverse huraño y retraído.) "Y uno se queda entonces sosteniendo al bebé." (Con esto se refería al entusiasmo.)

Pausa

Analista: Le hice una interpretación que articulaba el parloteo con el sostén del bebé.'

Paciente: "La gente desprecia el parloteo en los adultos. Yo siempre fui serio. Ahora siento que puedo parlotear espontáneamente fuera del análisis. En el análisis, puedo permanecer serio o entusiasmarme con algo. Hay algo distinto en el estar entusiasmado que tiene valor por sí mismo. El peligro es que si uno se entusiasma puede perderlo. Se lo quitan o le mueven el piso".

Analista: "Si usted muestra su entusiasmo, se arruina todo". (Aquí podría haberle interpretado su angustia de castración, pero me frené.)

Paciente: "Sí. Uno queda `ligero de equipaje', pero se pone pesado si se me pide entusiasmo y que me comprometa con algo. Es importante vivir relaciones `livianas', pero sólo puede darse si no existe una relación de amor. En esto pensaba anoche. La relación con mi amiga es un asunto liviano, la que tengo con mi desposa no puede serlo".

Analista: Le recordé que también me estaba hablando de masturbación, y desarrolló el tema, lo cual ya estaba a punto de hacer.

Paciente: "La ventaja es que no se corre ningún riesgo, no hay complicaciones sociales". Lo sorprendió que después de casarse siguiera teniendo esa necesidad, aunque ponía en peligro su potencia.

En ese momento sonó varias veces el timbre porque un operario lo estaba reparando. Esto obligó a hacer una interrupción, y el paciente se sintió extrañado de que le importase.

"Normalmente ocurre lo contrario: es usted el que parece preocuparse demasiado cuando hay interrupciones, y yo no entiendo por qué. Ahora, sin embargo, como estamos tratando estas cuestiones tan íntimas, por primera vez entiendo que

usted tenia razón al señalarme la importancia del encuadre en el análisis."

Analista: Vinculé esto con el tema de la dependencia.

Biblioteca D. Winnicott

Miércoles 6 de julio

Paciente: "Estaba pensando, simplemente. Se me ocurre decir que anoche tuve un sueño. En este momento sólo recuerdo un pedazo. Yo tenía un examen (no estoy seguro sobre qué) en el hospital. El examinador era el profesor X, de mi facultad. La práctica había que hacerla en los pacientes que están a mi cuidado, así que el examen tenía la naturaleza de una charla... un diálogo, sin un examen físico de los pacientes. Habría sido estúpido examinarlos, ya que de todos modos yo sabía mucho sobre ellos. En cierto sentido, lo que tengo la semana próxima es un examen, la entrevista para aspirar al puesto en que estoy ahora como interino, y también es sobre un hospital. Hay una relación con esto, por el hecho de que estas entrevistas sobre empleos futuros no tienen nada que ver con la medicina. Es una curiosa tradición, que a uno no le hagan nunca preguntas sobre clínica médica".

Analista: "Yo tomaría del sueño la palabra 'charla'. Usted recordará que esa palabra se presentó aquí recientemente. Aparece la idea de una especie de contacto con el profesor en un ámbito de juego".

Paciente: "Es un hombre afable, que tiene fama de ser cordial. Acabo de acordarme que lo vi hace poco, un día que me caí por mi hospital. En realidad, me decepcionó que no me reconociera, aunque no tendría por qué haber supuesto que me iba a reconocer, ya que yo solamente era un estudiante. Pero del resto del personal alguno me habría reconocido. Tal vez este profesor es un pedante. Podría representar una figura paterna para mí".

Analista: "Es un hombre con el que a usted le gustaría mantener una buena relación".

Paciente: "Sí, pero es inaccesible. Por el momento no me siento con ganas de desafiarlo".

Analista: "El hecho de que sea una figura cordial convierte la situación en un tormento".

Paciente: "Sí, porque otras personas sí parecen más inclinadas a reconocer a los estudiantes".

Analista: "Si el examen va a versar sobre sus pacientes, no le va a resultar difícil salir bien, ¿no es así?".

Paciente: "El profesor X va a mostrarse crítico. El tiene un alto grado de exigencia; no se lo puede engañar. Además, a esto se suma que, si bien es una persona cordial, exige un alto nivel de trabajo de los médicos internos de su hospital, y no les deja tiempo para nada. En la época en que trabajé por primera vez necesitaba contar con los fines de semana, y la perspectiva de estar a las órdenes del profesor X, sin tiempo para nada, era horrenda. La idea me alarmaba. Es curioso que tenga normas tan exigentes con sus médicos internos y no tolere lo mismo con respecto a sus propios pacientes. Una tradición curiosa, por la que se pretende demasiado y se saca partido del hecho de que esos puestos son muy requeridos. Así que hay bastante resentimiento por su carácter cordial. Casi lo culpo de que yo no haya intentado buscar trabajo allí, a causa de que él necesitaba trabajadores infatigables".

Analista: "De modo que realmente a usted le habría gustado tener un puesto en su hospital".

Paciente: "Sí, eso tiene grandes ventajas. Es una cuestión de prestigio, aunque en lo que respecta a adquirir experiencia el puesto no es bueno... son menos pacientes y menos responsabilidad... pero el elemento del prestigio no puede pasarse por alto. También se inserta en esto una película que vi anoche, The Women's World [El mundo de las mujeres]. El presidente de una gran fábrica automotriz invita a tres de su principales vendedores y a sus esposas a pasar un feriado con él; tiene que decidir a cuál de ellos le va a dar un puesto importante, y lo hará según la conducta de estas parejas durante el feriado".

Analista: "¡Qué situación terrible!".

Paciente: "Se parece a la mía: una entrevista y otros tres candidatos".

Analista: "De manera que la palabra 'forcejeo' viene muy a propósito".

Paciente: "No había pensado en ese aspecto. En mis puestos de hospital, yo nunca forcejeé por nada. Siempre tuve la esperanza de encajar. Es un sentimiento molesto. Parecería que yo no tengo la capacidad de pelear para abrirme camino".

Analista: "Por cierto, a través de la película, se introduce ahora la idea del forcejeo y del rechazo del candidato que no tenga éxito".

Paciente: "Sí. Uno de los personajes de la película decía: '¡Qué lástima que nos obliguen a odiar a nuestros propios amigos!'".

Analista: "Así que a usted lo obligan a odiar a los otros tres que se presentan".

Paciente: "No me di cuenta de eso, aunque sé que está en el trasfondo. Nunca fui

capaz de admitir este odio. Siempre hubo una ausencia de celos, pero desde hace un tiempo yo sé que deben estar ahí. Así que vuelco mi odio en el sistema que nos obliga a competir. Recuerdo que en mi primer empleo competí con otros tres, y no me disgustó ganarles. Nunca pensé en los demás como personas. Eran meros competidores. Sentí una satisfacción intelectual".

Analista: "En ese momento no estaba en condiciones de triunfar sobre otra gente".

Paciente: "Sólo difusamente me daba cuenta de una rivalidad primitiva. Me parecía demasiado infantil permitirme disfrutar de la derrota ajena. De chico puede ser que haya disfrutado cuando en casa era el predilecto, pero era algo poco digno, y no corresponde a una conducta adulta apropiada".

Analista: "¿Pudo llegar hasta ahí incluso en la niñez?".

Paciente: "Lo primero que me viene a la mente es que en ocasiones, cuando competía con mis hermanas, conseguía que mi padre me llevara el apunte a mí, y disfrutaba por haberles ganado".

Analista: "¿Piensa que esto puede tener que ver con el hecho de que usted era varón, mientras que ellas eran niñas?".

Paciente: "Bien puede ser. Creo que la competencia pierde así significado porque las chicas son diferentes, así que no es equitativo. Si hubiese competido con un hermano, eso sí habría sido una verdadera victoria".

Analista: "Pero lo que usted quiere decir es que la suya era una victoria intrínseca: por el simple hecho de ser varón, usted tenía superioridad".

Paciente (dubitativo): "Sí, supongo que sí". (Se queda pensando.) "Aquí me atasqué. Creo que estamos avanzando demasiado."

Analista: "Es posible que sea un error mío".

Paciente: "Le asigné demasiada importancia a la falta de competencia. Parece bastante genuino que haya bandos. Hay una despreocupación general".

Analista: "Parecería haber algo de cierto aquí, pero en este momento no es lo principal".

Paciente: "No estoy para nada seguro sobre cómo encaja el hecho de ser varón, en realidad, salvo porque subraya la soledad. Además, una de las cosas que vine a revisar aquí es mi incapacidad para enfrentarme con la competencia".

Pausa

Analista: En este punto comencé a hacer una interpretación...

Paciente: "Perdón, se me fue el tema sobre el cual estábamos hablando. ¿Usted me está diciendo que al venir aquí excluyó a otros que también quieren venir? No estoy convencido, pienso que eso es algo que sacó a colación usted. O bien, si está ahí, no estoy dispuesto a admitirlo. Tal vez en eso haya algo más, porque la crítica que formula mi esposa al hecho de que yo venga aquí, y mi propia crítica al psicoanálisis, es que es un tipo de tratamiento sólo accesible a unos pocos. Como tratamiento no se justifica, ya que solamente por azar uno puede tener acceso a él; y éste es un interrogante al que nunca le encontré respuesta realmente. Lo ignoro, simplemente. Necesito el tratamiento, y eso es todo. A veces la idea me resulta incómoda".

Pausa

"Estaba pensando en algo que quizá sea una extensión de la idea de querer que me ayuden y avergonzarme por eso. Recuerdo las críticas que le hacían los pacientes del hospital a la asistente social psiquiátrica, quien no parecía cumplir dos importantes funciones que le correspondían: no se mantenía en contacto con los familiares, y entonces no sabía informarles cuando se le acercaban, y además hacía muy poco por ayudar a los pacientes a conseguir trabajo, o en la rehabilitación, etc., cuando se iban del hospital. Esto no me era aplicable. La idea era: si quieres un puesto, ve y consíguelo. Yo me sentía irritado frente a eso de que alguien no hiciera lo que supuestamente tenía que hacer."

Analista: "Esto tiene que ver, nuevamente, con el forcejeo".

Paciente: "Pasa lo mismo que con el trabajo de los asistentes sociales en el hospital. Son parte de la familia y cumplen con una responsabilidad que es propia de los padres, pero me pregunto si eso no es cuidar excesivamente a los pacientes. Esto es parte de una crítica al Estado asistencial. Me molesta que yo mismo esté esperando y queriendo que la organización hospitalaria se haga cargo de los pacientes y los cuide, para que reciban atención no sólo médica sino social. De la misma manera, cuando termina la facultad el médico recién recibido quiere conseguir trabajo. Esto significa debilidad, inmadurez. No lo tengo bien claro".

Analista: "En todo esto está presente su incapacidad para tolerar el triunfo, para aceptar su propia agresividad".

Paciente: "Respecto de los pacientes que atiendo como médico me veo oscilar entre un cuidado total y un abandono total. Por un lado, me impulsa el sentimiento de que es lindo, es reconfortante, brindarles atención social. Por otro lado, lo critico. Es como malcriarlos. Mi flaqueza consiste en que no soy capaz de formular mi propia opinión. Gran parte de mis indecisiones corresponde a este no querer aceptar la responsabilidad por mí mismo y mis decisiones, ya que son

tomadas por decisión de otra gente. Encubro la dificultad que tengo para decidir cosas diciéndome que no importa lo que yo sienta al respecto".

Pausa

"En este momento, siento que estuve dando vueltas. Dilaté demasiado el asunto. No centré mi esfuerzo en un solo objeto. Me siento confundido. Una de las cosas que siento es que no logré impresionarlo a usted. Tal vez estaba ocultando que el criterio es si lo voy a impresionar o no."

Analista: "Parece haber dos alternativas: o hay algo en el tema del sueño que yo pasé por alto y tomé en cambio aspectos equivocados, o la otra alternativa es que yo estoy en lo cierto, y usted se resiste fuertemente a la idea que le expuse, la de que el tema central es el odio a los rivales. Siento que usted piensa que yo debería respaldarlo en su entrevista de la semana próxima, como lo hice en la primera entrevista suya. Llego a esto a través del sueño del profesor X".

Paciente: "Se me ocurre que él podría ser uno de los evaluadores, o alguien como él, aunque es muy improbable. También reconozco que es ridículo quejarse, porque me apoyo en el hecho de que ya estoy trabajando en ese lugar y por lo tanto ellos tienen una obligación para conmigo. Me introduje disimuladamente. Esto me hace sentir culpable, porque no tendría que confiar en un juicio previo que me favorece".

Analista: "Porque esto, otra vez, elimina el forcejeo y la derrota de los rivales, que es lo que usted está tratando de lograr".

Paciente: "No me atrevo a ser honesto y entonces recorro a armas injustas, pero no quedo satisfecho".

Analista: "Es difícil saber qué podría dejarlo satisfecho:

1. pelear,
2. que su trabajo fuera mejor que el de los otros,
3. introducirse disimuladamente, o
4. que usted pudiera ser el mejor.

¿Cómo se sentiría si, en líneas generales, usted fuera el mejor de los candidatos que se presentan?".

Paciente: "No lo sé. En ese caso no habría competencia".

Analista: "Resulta claro que la opción satisfactoria para usted es la primera, pero le resulta imposible soñar el sueño en que pelea con sus rivales o los mata".

Biblioteca D. Winnicott

Miércoles 29 de junio

Paciente: "Tuve un sueño anoche. Se me esfumó. Giraba en torno de algo parecido a una historia verídica entre mi esposa y un hombre. Fue casi una pesadilla. Tal vez yo estaba peleando con ese hombre o forcejeando con él. En las dos o tres últimas noches sentí que debí haber peleado con él más vigorosamente desde el principio, no haber sido tan débil. El sueño es una dramatización de lo que me gustaría que hubiese sucedido".

Analista: "Parece que algo se está fortaleciendo en usted y le permite llegar a ese forcejeo que siempre estuvo implícito".

Paciente: "Sí. A veces siento que la relación con mi esposa podría modificarse. Sentí que, si me acercase ahora a ella con más efecto, es posible que me hallase más aceptable. Ultimamente no oigo hablar tanto del otro hombre; quizá no lo está viendo muy seguido. No tengo otra cosa en que basarme que un sentimiento subjetivo".

Analista: "Vemos con frecuencia que usted llega a la idea de una lucha entre dos hombres, y luego se repliega desde esa posición. Ahora parece haber vuelto a habérselas con ella".

Paciente: "Recuerdo que una o dos sesiones atrás hablábamos de que yo quería ser tratado como por una madre, mimado, etc., y ayer cuando me fui pensé: 'Tal vez pretendí esto de las chicas'. Y mi esposa no tiene ningún interés en esto, en cambio le gustaría que alguien la tratase como un padre. En el ómnibus se me ocurrió que tengo miedo de recibir cuidados maternos. Usted se acordará de mi profesora de música del primer análisis. Recibir cuidados maternos está muy bien si vienen de la persona apropiada. Mi suegra no es la persona apropiada. En parte me desprecio a mí mismo por mis actitudes infantiles o afeminadas. Por desgracia, elegí a mi esposa, a quien justamente no le gusta brindar cuidados maternos a nadie. Si apareciera alguien muy ansioso de brindar afecto y cuidados maternos... el sólo jugar con esta idea me alarma muchísimo".

Analista: "Conmigo usted obtiene algunos limitados ejemplos de recibir cuidados maternos, pero eso lo lleva a advertir que no hubo una persona apropiada que se los brindara en el momento oportuno".

Paciente: "No estoy seguro de entender este proceso. ¿Acaso en el análisis uno atraviesa de forma sustitutiva lo que no había tenido antes, como el embrión

durante la evolución? Eso lo puedo comprender. Parece más razonable".

Analista: "Hay una relación entre lo que usted siente por las mujeres y lo que siente por el análisis. Cuando le va bien, se ve fortalecido para hacer frente a las fallas que lo deformaron y le provocaron rabia sobre esto. La rabia no aparecía porque usted no estaba bien organizado, no estaba en una posición lo bastante fuerte como para tener rabia".

Paciente: "Así que sólo puedo entrever dos alternativas: una es pasar por el proceso de ser tratado como lo haría una madre, y la otra, rabiarse por no haber tenido un buen trato materno en el momento oportuno".

Analista: "Ya veremos en el curso del tratamiento".

(El paciente se duerme.)

"Parece que al abordar la idea de un choque con papá, usted se vio reenviado a la cuestión de si valía la pena, y su relación con su madre no fue lo suficientemente sólida o bien cimentada, y se vio llevado de vuelta a las debilidades de esta relación."

(Está adormecido.)

Paciente: "No me dormí, en realidad. Había hecho una pausa porque usted iba demasiado rápido. No podía seguirlo, así que me detuve, lo cual fue una reacción ante su apresuramiento".

Analista: "Si yo siguiera adelante, estaría dando una clase y no haciendo psicoanálisis".

Paciente: "Me es difícil aceptar la responsabilidad de fijar el ritmo, pero me doy cuenta por qué tiene que ser así".

Pausa

Analista: "En este momento, al apresurarme, obré exactamente como su madre en la peor de las circunstancias, o por lo menos tal como usted la sintió en algún momento crítico de sus primeros años. El presente era igual que el pasado, y en esto está implícita la rabia hacia mí".

Paciente: "Aquí tengo que mencionar un problema práctico con mi hija pequeña que toma la mamadera. Hemos intentado sacársela para que empiece a alimentarse de la taza, pero no mostró mucho entusiasmo. Estoy dividido entre estimularla a que deje la mamadera para evitar que dé un paso atrás, siguiendo con la mamadera hasta ser demasiado grande y que la gente lo critique y diga que es absurdo, pero por otro lado quiero evitarle el trauma de sacársela. Hay dos

corrientes de pensamiento. También en el hospital, cuando los chicos traen sus muñequitos preferidos, lo primero que hacen las enfermeras es quitárselos. Ahora bien, a mí me parece que ésta es una mala política, precisamente cuando han sido privados de su ambiente hogareño. Tiene que volver más difícil la separación. Con mi propia hija, entonces, puedo comprobar hasta qué punto mis antecedentes contribuyen al dilema".

Analista: "Normalmente, los chicos que van al hospital tienen más de un año, y al año, que es la edad de su pequeña, es más válido todavía, porque apurándose se les puede provocar un daño. Pero con respecto a usted, el problema se presentó en una etapa mucho más temprana, en la que usted simplemente no pudo soportar que lo apuraran ni las fallas en la adaptación".

Paciente: "Es mejor hacer frente a las burlas ajenas que correr el riesgo de herir a una criatura".

Analista: "Las burlas ajenas no cuentan cuando usted tiene a su cargo un bebé tan pequeño".

Paciente: "La conclusión es que la idea de forcejear con un niño es mala. Más adelante el niño ya sabe de qué se trata y el forcejeo le resulta menos dañino, por ejemplo cuando se niega a comer o a estudiar. Ahora veo que puede tener valor el forcejeo más tarde, si las cosas anduvieron bien en un comienzo.

"Está la cuestión de la actitud de mi esposa hacia los hijos de mi hermana, que son desobedientes. Ella tiene miedo de que ahí reaparezca la pauta familiar. Ahora puedo ver que está de hecho alarmada por el forcejeo, que a la edad de ellos no es anormal, ya que significa que no se han entregado.

"Todo esto parece remoto con respecto a mi problemática, aunque supongo que algo tiene que ver. El asunto es cómo volver a ella. Resumiendo, mi problema consiste en cómo descubrir un forcejeo que nunca existió. En el sueño, lo que faltaba era el forcejeo."

Analista: "Usted no pudo obtener el alivio que dala situación triangular cuando un niño choca con su padre: alivio respecto del forcejeo con la madre únicamente".

Paciente: Se renovó el bloqueo cuando él dijo: "Esto es como salir afuera. Está implícita la aniquilación suya". Pausa. "Aquí advierto de vez en cuando que demasiado entusiasmo es peligroso, ya que la idea del entusiasmo implica salir disparando. Lo mismo con la rabia. Si yo me entusiasmara de pronto, me levantaría y empezaría a decirle cosas y a hacer cosas. Aquí el entusiasmo no es bueno."

Analista: "Usted corre un riesgo demasiado grande, a raíz del choque".

Paciente: "Una característica del entusiasmo es la irritación que causa el hecho de que no sea privado. Esto es aplicable a las cuestiones sexuales. Siempre tuve la dificultad de que en la relación sexual con una chica no hay privacidad, porque hay dos personas. Es indeseable. En varias oportunidades me sentí solo de pronto al estar en la relación con una chica, como si hubiese dejado de verla delante. También le provoqué un disgusto a mi mujer en nuestro primer paseo después de casarnos. Salimos con otra gente, y yo no quería estar a solas con ella. No quería ser excluido de la compañía de los demás, o bien temía que algo pasara si nos quedábamos los dos solos".

Analista: "Un poco de cada uno".

Paciente: "También me doy cuenta de la dificultad que tengo con mi esposa acerca de este tratamiento. Quiero hablarle sobre lo que pasa aquí; quiero incorporar a alguien más en él . No quiero a uno con exclusión del otro. El problema con mamá es que excluye a papá".

Analista: "En otra ocasión dijo que lo que usted necesitaba era que sus dos padres lo reconocieran como bebé, para que fuesen tres".

Paciente: "La idea de que mamá es perfecta parecería excluir a papá. A mí me parece que las palabras "mamá" [mother] y "asfixiar" [smother] están relacionadas".

Analista: "Usted está tratando de tramitar el odio de mamá mezclado con su amor".

Paciente: "No diría eso. Ella elimina el forcejeo con papá porque él se asoció a lo que ella tramaba mostrándose sagaz al respecto".



Biblioteca D. Winnicott

Martes 24 de mayo

Paciente: "Otra vez, no tengo nada en la cabeza. Debe ser que a cierta hora no me acude nada. Si me pusiera a hablar solamente de trivialidades, sería lo mismo que nada. Me acuerdo que ayer me dijo que quizás había habido una sola palabra significativa en toda la sesión, así que todo lo demás se podría haber omitido".

Analista: "En cierto sentido, caí aquí en mi propia trampa al ocuparme del contenido y dejar de lado, por el momento, el elemento del parloteo".

Paciente: "Muy rara vez ocurren cosas valiosas, y cuando se presentan, son más importantes que sesiones enteras de diálogo. Los sueños y los errores son muy poco frecuentes".

Analista: "El error fue una prueba de que usted existe, aparte de ser el que viene a informar. Fue una prueba de que hay un conflicto dentro suyo, y un contacto en alguna parte".

Paciente: "Siento que debería tratar de eludir la censura, pero es demasiado difícil".

Analista: "Una cosa sabemos, y es que usted tiene un miedo terrible a que se rían de usted y a que lo interrumpían en medio de la corriente, y se protege de estos peligros. Lo que noto es que otra vez estamos hablando de su relación directa con su madre, o con otra persona que podía frustrarlo. De un modo u otro, está próximo a la idea de ser detenido en su relación con mamá por papá".

Paciente: "En ese sentido, recuerdo que papá tenía la costumbre de gastar bromas. Interiormente me dejaba muy contrariado, y creo que de eso provino mi deseo destructivo, mis ganas de matarlo. Yo me sentía tan molesto... y él seguía bromeando".

Analista: "Aquí tenemos que vémosla con algo propio de su padre, que evitaba un choque directo con usted, pero su antagonismo salía a relucir de forma indirecta a través de las bromas que le hacía. Hay una magia en el hacer bromas a los demás, que surte efecto más allá del significado de las palabras".

Paciente: "Aquí hay algo que me toca muchísimo. Es como una sátira, o sarcasmo, a que yo apelo para contrarrestar las bromas. Puede tener un efecto fulminante. Es un arma poderosa. La sátira me atrae mucho más que un ataque

directo. Si me molestan, manifiesto un sarcasmo que puede ser muy sutil, y no es necesario que la víctima se dé cuenta".

Analista: "Así que a través del sarcasmo y la sátira usted tiene el poder de fulminar al contrincante; y es muy importante para usted dar por sentado que yo no me mostraré sarcástico".

Paciente: "Se me ocurre que si me pregunto por qué usted no es eficaz o no está del todo vivo, es porque nunca se enoja; nunca hace bromas; nunca es sarcástico ni tampoco dogmático; hasta es capaz de pedir disculpas y de retractarse, de replegarse [fold up] con abundantes disculpas. Si uno está vivo, debe dominar más. En general, usted espera antes de hacer una interpretación; si reviviese, no esperaría. Además, tampoco me da nunca directivas. Es todo negativo".

Analista: "Quiere decir que estoy muerto".

Paciente: "Esto se halla en un contraste total con mi padre.

Cuando estaba vivo, hacía todo lo que acabo de mencionar; se ponía fuerte. Así que usted es siempre mamá, que no era sarcástica, etc., etc.".

Analista: "De modo que para usted es sencillo entablar una relación con mamá aquí".

Paciente: "Se me ocurre que si usted va a ser mi madre, eso no sirve de nada, porque ya tuve una. Lo que no tuve es un padre".

Analista: "Como verá, yo siempre soy o papá o mamá, de manera que jamás hay más de dos aquí. Lo que a usted le inquieta, entonces, es que mamá se preocupe y lo abandone, o le inquieta papá, que está muerto. No se le ocurre que papá pueda interferir entre usted y mamá, a menos que pensemos que lleva a papá vivo dentro de usted en alguna parte, y él le impide parlotear".

Paciente: "Sí, papá cumple el papel de censor. Yo sólo lo venzo con el juego de simular que lo que digo no proviene de mí". Pausa. "Una de las cosas del sarcasmo y la sátira es que pueden tener un doble sentido que la otra persona no advierta. Imagino a las personas realmente dañadas, heridas por el sarcasmo. Es más eficaz que un ataque directo, así que intento dañarlas de ese modo."

Analista: "Es importante que todo eso pueda hacerse a escondidas".

Pausa

Paciente: "Una cosa difícil de expresar es que si yo quiero manifestar mi elogio a alguien porque lo quiero, es más arduo encontrar la manera de hacerlo indirectamente. No puedo hallar el equivalente de la sátira. Cuando no soy capaz

de hacer regalos, es porque no estoy presente cuando voy a comprar el regalo en el negocio. Si pudiera hacerlo de manera velada, funcionaría. Por ejemplo, si quiero comprarle flores a mi esposa, en parte eso significa que quiero mostrarle afecto a escondidas, pero existe el peligro de que se ría de mí. Mi ofrecimiento puede ser rechazado. De alguna manera, tengo la imagen de un niño pequeño que está orgulloso de mostrarle a su mamá su caca, pero luego no le llevan el apunte y sufre un golpe que lo destroza. Esta situación me viene a la mente como una idea de lo que espera el psicoanálisis, y dice: El niño le regala a su mamá su caca y está muy orgulloso, pero es pasada por alto, rechazada con disgusto o desdeñada. Esa es mi interpretación en términos psicoanalíticos".

Analista: "No quiero dejar de lado la importancia de esto mismo en términos de balbucear, parlotear y charlar. Posiblemente también de orinar".

Paciente: "Orinar no se me ocurre en el presente contexto. Todo lo que estoy diciendo podría sintetizarse en la palabra `perezoso'. Sé que el psicoanálisis no acepta la pereza como algo que tiene derecho a existir, y que la pereza es expresión de objeciones ocultas, etc., pero muchísimas dificultades más pueden explicarse, superficialmente, como pereza. Jugando al tenis el otro día, por ejemplo, no lo estaba haciendo bien, y una de las razones era mi pereza. No corría donde sabía que iba a estar la pelota; en lugar de eso, lo reemplazaba por la idea de estar en el sitio adecuado. Pero comprobé que debo hacer, no sólo saber".

Analista: "De un modo u otro, así evita el riesgo de fracasar".

Paciente: "Pensé: `Si voy a pegarle a la pelota, todo va fenómeno si lo consigo, pero si no, quedo como un tonto. Si pienso que debería correrme hacia la izquierda pero de hecho no me muevo, luego puedo explicar el motivo de mi falla'. El resultado final es ridículo, ya que nunca le pego bien a la pelota desde donde tengo que hacerlo, pero de esta manera evito un peligro más sutil, y evito echarme cierta clase de culpas. También cuando hago el saque, si arrojo mal la pelota al aire y sé que cometí un error, de todos modos le pego. Después de todo, podría salir bien. La alternativa es mostrar que ni siquiera sé arrojar la pelota al aire".

Analista: "Podría contarme todo esto en términos del charlar, ¿no? usted evita así cometer errores como los de la palabra `atacar' ".

Paciente: "Vuelvo a lo mismo. No quiero soltarme. No quiero correrme hacia donde va a estar la pelota. Correrme significa soltarme. Es más seguro quedarse en el mismo sitio imaginando el movimiento. Moverme significa soltar el lugar donde estoy parado. Hablar libremente significa correr un riesgo. Todo queda fuera de control".

(En este momento, estaba jugueteando con una banda elástica y empezó a

sacudirla haciéndole dar un chasquido. Este tipo de conducta es muy poco frecuente en él durante las sesiones.)

Analista: "Parece haber un padre vivo que lo domina y que impide que usted sea un niño con movimientos espontáneos".

Paciente: "La idea de que llevo a mi padre conmigo me parece bastante justa. Siempre está dispuesto a arrojarse sobre mí si hago un movimiento falso o cometo una indiscreción".

Analista: "Lo que quiere decir que usted no puede ser realmente usted mismo".

Paciente: "Es extraño. Es como si tuviera un padre en lugar de un superyó. O tal vez es esto lo que significa un superyó".

Analista: "Bueno, puede haber un superyó patológico".

Paciente: "A veces casi me percató de llevar a mi papá conmigo. Cuando digo que estoy enojado conmigo mismo, lo que quiero decir es que este padre está enojado conmigo. Cuando digo que estoy hablando conmigo mismo sobre algo, los que estamos hablando somos este padre y yo. A veces siento casi como si yo fuese papá".

Analista: "El inconveniente es que en los recuerdos que tiene de su padre no puede concebir que él entre en su mundo, ni siquiera que lo patrocine".

Paciente: "La crítica que le hago a mi padre es válida. El jamás podría entrar en absoluto en el mundo de nadie. La gente tenía que ir al mundo de él, simplemente".

Biblioteca D. Winnicott

Martes 15 de febrero

Paciente: "Me quedé pensando en el foral de la sesión de ayer. Usted dijo que en nuestra charla nos apartábamos del verdadero tema. Por alguna razón, esto me hizo reír. Fue realmente una reacción muy marcada; no pude dejar de sentir que era muy gracioso. Es como si usted me hubiese dicho: 'Sólo simulamos que hablamos en serio'. Jugamos despreocupadamente. Hubo una interrupción de nuestro interés en serio por las cuestiones, y me hizo reír y me sentí entusiasmado".

Analista: "Usted utiliza la palabra 'jugamos', y eso me recuerda que tal vez yo incluí esta palabra, 'juego', en conexión

con las ideas que giraban en torno de su frase vivir relaciones 'livianas', en la sesión anterior. Al final de la hora usted y yo estábamos jugando, hablando del tema, y usted lo disfrutaba y sintió el contraste con nuestro trabajo riguroso habitual".

Paciente: "Eso me recuerda algo de Molière. Alguien le dijo a un individuo que se la había pasado hablando en prosa toda la vida, y él se sorprendió. No se había dado cuenta de eso, y lo entusiasmó".

Analista: "Creo que está presente el sentimiento de que nos agarraron jugando juntos".

Paciente: "Lo mismo pasa en la medicina general. Ahora me doy cuenta qué importante es que, en medio de un tema serio, surja algo en tono despreocupado. Tal vez sea de mal gusto, pero de vez en cuando es muy útil que en medio de una discusión médica seria haya un poco de juego, algún comentario chistoso o un juego de palabras. Yo me referí a los dos casos extremos: ¿debía emprender un trabajo en serio, como un ermitaño o un asceta, o debía salir en busca del placer y evitar todas las cuestiones serias? Ahora parece haber la posibilidad de una fusión de ambas cosas, que no es lo mismo que seguir un camino intermedio. La fusión los incluye a los dos extremos al mismo tiempo".

Analista: "Es el mismo tema del pulgar y de su interés por él ahora que me tiene a mí para reemplazarlo".

Pausa

Paciente: "Hoy salió a relucir un tema nuevo, vinculado con mi amiga. La acabo de ver. Mi actitud hacia ella está cambiando. Originalmente sólo me atraía intelectualmente. Primero fue una demostración, una bravuconada frente a mi esposa, y después hubo excitación física; pero esto me inquietó, porque sabía que a la larga iban a aparecer el aburrimiento y el agotamiento. Hoy hubo un cambio. De veras experimenté cariño e interés por lo que ella hacía y decía. Me pregunto si no me estaré enamorando; esto sería algo totalmente nuevo. No puedo opinar; nunca me pasó antes. No quiero ponerle un rótulo. Hay un agudo contraste entre lo que yo sentí hoy por esta chica y la dificultad general que continúo teniendo con mi esposa. Y lo mismo con el trabajo. Es como si se hubiera llegado a un puente. Con respecto a mi amiga cuando se produce una laguna, ella continúa con sus propias ideas, que mi esposa ya no es capaz de manejar. Antes probablemente estaba acostumbrada, pero perdió la esperanza. Un ejemplo llamativo es que estuve hablando por teléfono con esa chica durante media hora. Esto es absolutamente nuevo. Nunca hablé con nadie durante más de tres minutos, para concertar una entrevista de negocios no había nada más que decir. En casa se alivió mucho la tensión, porque lo que hagan mi esposa y su amante ya no me preocupa.

Analista: Le inquirí acerca de su esposa, y cuánto era lo que ella sabía de la relación que él mantenía.

Paciente: "Probablemente esté bien enterada, pero yo prefiero que la relación quede envuelta en el misterio. Sería muy desalmado de mi parte iniciar una discusión franca del tema. Cualquiera que toque el tema está en posición débil".

(Dicho sea de paso, el paciente muestra que no se le escapa que este episodio suyo con la chica forma parte del análisis y no constituye un intento de destruir su matrimonio. Siempre conserva la esperanza de recuperarse y corregir lo que necesite enmienda en su matrimonio.)

Analista: Traté de mostrarle que los diversos episodios que se presentaban en su vida como cosas aisladas confluían en la transferencia.

Paciente: Siguió diciendo que su esposa tenía la expectativa de que él iba a dominarla, y a ella le gustaba quedar en posición dependiente, mientras que en el caso de su amiga, nadie dominaba a nadie. Se le ocurrió que su relación con ella era como la de un hermano con su hermana. Ocasionalmente había tenido una relación así con su hermana menor, pero después se apartaron. La ventaja con esa chica es que, al mismo tiempo que le ofrecía una relación de ese tipo, con ella no había tabú del incesto. Podían ayudarse uno al otro. Esto proporcionaba una novedad interesante, al poner en descubierto otras posibilidades. Pausa. Dijo que se había atascado.

Analista: Continué con el tema de reunir todas las actitudes tuyas relacionándolas

con el analista, y experimentar los conflictos que él eludía actuándolos en compartimentos separados. Al referirme a esto le mencioné la masturbación.

Paciente: "Estaba pensando que usted seguramente me iba a decir que esta relación mía con esa chica tiene algo que ver con la masturbación, en parte porque la masturbación mía se ha vuelto mucho menos compulsiva desde que se inició la relación.

Pensé: `Seguro que me dice que únicamente estoy actuando una fantasía' ".

Analista: Le señalé que el agregado de la palabra "únicamente" era importante, yo no había utilizado esa palabra.

Paciente: "Sí, sin duda usted le habría restado importancia al asunto".

Analista: Me ocupé de la realidad de sus fantasías de masturbación, que antes no se había podido averiguar, pero que él había descubierto en relación con la chica, y en particular en la interacción que se dio y que fue consecuencia de avances en su relación conmigo.

Biblioteca D. Winnicott

Lunes 14 de marzo

El paciente llegó tarde, y tuvo que irse puntualmente porque tenía que ir al dentista.

Paciente: "Bueno, siento que tiene que haber una pausa. Hay algo que decir sobre los hechos reales, y parecería incorrecto que yo empezara enseguida, como si estuviera ansioso. Cuando suceden cosas reales, no hay tiempo para los sueños ni para examinarlos. Un sueño requiere tiempo libre.

"Ocurrió algo nuevo, ya que anoche estaba de guardia en el hospital y arreglé para que mi amiga viniera a verme a eso de las diez; pero ella no vino a la hora fijada y yo empecé a hacer especulaciones y a sentirme intranquilo; y eso me sorprendió porque no esperaba que pudiera perturbarme, ya que ella no significa mucho emocionalmente para mí, sólo alguien que me sirve. Tal vez no queda venir, o se volvió indiferente. Llegó a las once y media, así que hice el amor de inmediato y luego quedé impotente. En parte fue por su falta de entusiasmo, pero también porque mi aproximación fue burda. Es como empezar a hablar apenas llego aquí; como dije al principio de la sesión, yo no puedo... sería burdo. Empecé a angustiarme: ¿estaría dejando de servirme? Disfruté con ella porque me devolvió la confianza en mí mismo, y parecía algo nuevo, diferente. ¿Continuará mi impotencia? Es difícil hablar con ella libremente hasta después del coito, así que tampoco en eso nuestro encuentro me fue útil."

Analista: "¿Usted ya estaba con rabia, y eso complicó la cuestión?"

Paciente: "Yo pensé que ella no me preocupaba, salvo cuando estaba presente, porque la tenía cuando yo queda. Ahora tuve que afrontar la perspectiva de que ella no quiera estar a mi disposición en un momento determinado. Antes, no me inquietaba competir con otros hombres. Pero si ella no está disponible para mí, lo único que parece posible inferir es que tiene otros intereses". Pausa. "Aquí se presenta un dilema. En primer lugar, para mí el sexo es sin duda muy importante. En segundo lugar, otras cosas parecen mucho más importantes."

Analista: "Usted necesitaba la experiencia que le diera confianza sexual antes de poder llegar a un "equilibrio" (ésta fue la palabra usada por él). Pausa. "Usted necesitaba confiar en su propia potencia sexual antes de poder ocuparse de la cuestión del equilibrio." Pausa. "Aquí me tiene impotente, en el sentido de no poder hacerle la interpretación que usted precisa, porque no sé cuál es."

Paciente: "Quiero asegurarme de que esto no se desperdicie antes de pasar a alguna otra cosa y olvidarme".

Analista: "Tendría que confiar en que yo lo recordaré, y lo retomaré en el momento oportuno".

Paciente: "Yo no quería ser burdo, poseer a mi chica antes de haberla calentado".

Analista: "Aquí tiene a su analista que hace las veces de la chica que debe ser calentada. Desde un punto de vista más positivo, podría decirse que su experiencia de anoche puso de relieve que habitualmente usted se preocupa por calentarla. Si estuviese excitada desde el vamos, esa excitación correspondería a una experiencia de ella anterior al encuentro con usted". Pausa. "Esto introduce la idea de los otros hombres."

Paciente: "Estaba pensando en otra cosa". Pausa. "Es extraño: cuando vine, estaba bien despierto, y ahora de pronto me dieron ganas de dormir. Parecería que al contarle a usted estas cuestiones inmediatas, esperaba que usted hiciera algo."

Larga pausa

"Quiero empezar de vuelta pero tengo sueño. Se perdería lo que ya dije si empezara con algo nuevo; primero tenemos que ocuparnos de lo anterior. Si empiezo de vuelta, se olvidará todo. Tengo la sensación de que usted no quiere decir nada. Es como si usted estuviera reteniendo algo."

Analista: (No tenía en claro qué interpretar.) "La cuestión que se plantea es, al identificarme con esa chica, ¿qué dijo ella?, o bien, ¿qué podría haber dicho?".

Paciente: "Aquí estoy en un dilema, y me es más fácil contar lo que podría haber dicho quizás. A mí me angustiaba que ella no me quisiese en serio. Pensé que era una relación sin compromiso, de la que se podía disfrutar sin que hubiera lugar para exigencias de uno o del otro. Le comenté que me molestaba su tardanza, y sentí que sonó como una protesta, como si le diese lástima. También le comenté la total insensibilidad de mi esposa hacia mí en la actualidad, desde que su amigo tuvo la recaída. Es imposible decirle nada a mi esposa. Mi amiga me dijo: 'Lo que quieres es que te amen'. Yo no tenía ganas de que ella conociese mis demandas emocionales; mi esposa en este aspecto es una figura materna, y no quiero que mi amiga sea igual. La relación entre nosotros degeneraría en dependencia. Para que una relación sea satisfactoria tiene que haber igualdad".

Analista: "Parece, pues, que en la relación con esa chica hubo un avance: ahora ya no es sólo biológicamente satisfactoria. La chica se ha convertido en una

persona, y usted se ha convertido en una persona para ella, y su impotencia sobrevino como una señal de este cambio".

Paciente: "Hasta ahora parece como si hubiera guardado la cuestión de las necesidades que tiene. En realidad, quiere salir de su `sin importancia'. Quiere una relación permanente, y yo no estoy seguro de ella, ni ella de mí. Querría que me metiese totalmente con ella y nos estableciéramos en forma permanente. Pero es realmente improbable que eso funcione. Casi le mentí, haciéndole algunos comentarios sobre el feriado, etc., y sentí que era una actuación mía. El descubrimiento que hicimos anoche sobre la dependencia en nuestra relación agudizó el interés de ella por llegar a una relación permanente. Tiene 28 años y quiere hijos, pero yo no puedo dejar a mi mujer así porque sí".

Analista: Continué con el tema de su impotencia considerada como un signo de que la relación con su chica era más completa, y en cambio su potencia anterior estaba estrechamente ligada a un tipo de relación más limitada. Lo mismo puede expresarse en términos del amamantamiento en la infancia. En el principio teórico sólo existe el instinto, pero con el tiempo surge una relación tras la cual ya es imposible la satisfacción plena del instinto.

Paciente: "Siento que se alcanzó una etapa. Ya no puedo seguir manteniendo una relación artificial, y debo tomar en cuenta las dudas acerca de si ella está en condiciones de ofrecerme algo más. En realidad, tiene una personalidad superficial. La consecuencia es que me siento desesperanzado sobre el desarrollo futuro de la relación".

Biblioteca D. Winnicott

Semana posterior al 27 de enero

Lo que sigue es una síntesis de las tres sesiones posteriores.

Paciente: Me contó que antes de la última sesión se había acostado, en efecto, con su amiga. Fue después de una fiesta. No sintió nada, sofocó todo sentimiento. Dijo que podría haber sucedido en cualquier momento, independientemente del análisis. No sentía amor (no tuvo problemas con la potencia).

Toda esta sesión fue como neutra, y estuvo inconscientemente destinada a hacer que el analista pensase que nada importante estaba pasando.

Paciente: Luego comentó que había esperado un gran resultado. Supuso que yo, sin que nadie me lo dijera, iba a saber que él había tenido una experiencia que incluía excitación.

La información fue indirecta al principio.

Analista: Le señalé que él había sofocado hasta tal punto la comunicación de lo sucedido, que yo no pude hacer uso de ella. Ahora sí estaba en condiciones de interpretar la significación transferencial del episodio, y al principio dije que la chica lo representaba a él, de modo tal que en esa relación él, como mujer, practicaba el coito conmigo como hombre.

Paciente: Aceptó a medias esta interpretación, pero se sintió decepcionado porque no hubo ninguna evolución natural concomitante.

Analista: Al día siguiente estuvo deprimido, y entonces hice una nueva interpretación y le dije que la anterior era evidentemente equivocada. Le dije que la chica era el analista (en la neurosis de transferencia).

Paciente: Tras esto hubo un sentimiento de alivio inmediato. La interpretación llevó al tema de la dependencia más que a la experiencia erótica.

El análisis salió así de la difícil etapa que había durado toda la semana, y surgió una intensa relación conmigo, que aterró al paciente.

Paciente: Según él, la cuestión era: "¿Podrá usted soportarlo?". Habló sobre su padre en particular como una de las personas de las cuales pretendía depender.

Su padre podía hacerse cargo hasta cierta etapa, pero después siempre se lo transfería a la madre, y su madre no servía, porque ya había fallado (en su infancia).

Analista: Le formulé otra interpretación que después tuve que anular, porque me di cuenta por su efecto que estaba errada. Le recordé esa versión femenina de él mismo que durante su niñez giraba alrededor de su self masculino y equiparé mi nueva situación en la neurosis de transferencia con esta sombra femenina del self. Después de retractarme vi cuál era la interpretación correcta. Le dije que ahora por fin, su dedo pulgar volvía a tener un significado. El se había chupado persistentemente el pulgar hasta los once años, y parecía probable que hubiese dejado de chupárselo porque el dedo no hacía las veces de nadie.'

Esta interpretación del pulgar era a todas luces correcta, y produjo, dicho sea de paso, una alteración en los movimientos estereotipados que él hacía con la mano. Por primera vez en el análisis alzó el pulgar en el aire y se lo llevó hacia la boca, sin darse cuenta.

Biblioteca D. Winnicott

Resumen

La idea que está en la base de la presente comunicación es que si estamos al tanto de la regresión producida durante la sesión analítica, podemos atenderla de forma inmediata y de este modo permitir que ciertos pacientes, no demasiado enfermos, efectúen las necesarias regresiones en fases breves, quizás incluso casi instantáneamente. Yo diría que en el estado de retraimiento, un paciente está sosteniendo su self, y que si inmediatamente después de que se presenta ese estado el analista puede sostener al paciente, lo que de otra manera habría sido un estado de retraimiento se convierte en una regresión. La ventaja de una regresión es que conlleva la posibilidad de corregir una inadecuada "adaptación a la necesidad" en la historia del paciente, vale decir, en el manejo que hicieron de él durante su infancia. En cambio, el estado de retraimiento no beneficia, y cuando el paciente se recobra de tal estado, no ha cambiado.

Cada vez que comprendemos de forma profunda a un paciente y se lo mostramos con una interpretación correcta y oportuna, de hecho estamos sosteniendo al paciente y participando en una relación en la que éste se halla, en algún grado, en regresión y en dependencia.

Suele pensarse que la regresión de un paciente durante el psicoanálisis entraña algún peligro. El peligro no radica en la regresión sino en el hecho de que el analista no esté preparado para atender dicha regresión y la dependencia concomitante. Si el analista ha tenido experiencias que le permitan confiar en su manejo de la regresión, probablemente sea válido afirmar que cuanto antes acepte la regresión y la atienda plenamente, menos probable es que el paciente necesite iniciar una enfermedad con características regresivas.

Biblioteca D. Winnicott

Apéndice

Retraimiento y regresión

En el curso de la última década se me ha impuesto la experiencia de varios pacientes adultos que hicieron una regresión en la transferencia durante el análisis.

Deseo comunicar una circunstancia del análisis de un paciente que de hecho no llegó a un estado clínico de regresión; se trata de regresiones que se circunscribían a momentáneos estados de retraimiento que ocurrían durante las sesiones analíticas. Mi manejo de estos estados de retraimiento se vio influido en amplia medida por mi experiencia con pacientes regresivos.

(En este artículo llamo "retraimiento" a un apartamiento momentáneo de la relación que se mantiene en la vigilia con la realidad externa, el cual tiene a veces las características de un dormir breve. Llamo "regresión" a la regresión a la dependencia, y no específicamente a la regresión en términos de zonas erógenas.)

Elegí una serie de seis episodios significativos dentro del material total correspondiente al análisis de un paciente esquizoide-depresivo. Se trata de un hombre casado y con familia. En el comienzo de su actual enfermedad tuvo un derrumbe, durante el cual se sintió irreal y perdió la capacidad, de por sí escasa, que tenía para obrar de forma espontánea. Se vio imposibilitado de trabajar hasta unos meses después de iniciado el análisis, en un principio, cuando vino a verme, estaba internado en un hospital psiquiátrico. (Este individuo ya había estado durante un breve período en análisis conmigo durante la guerra, como resultado de lo cual había alcanzado una recuperación clínica respecto de una perturbación aguda de su adolescencia, pero sin obtener insight.)

El factor principal que lleva a este paciente a buscar conscientemente el análisis es una incapacidad para dejarse llevar por sus impulsos y para hacer comentarios propios, aunque puede participar con gran inteligencia en una conversación seria iniciada por otras personas. Casi no tiene amigos, a raíz de su falta de capacidad para iniciar nada lo convierte en una compañía que aburre y arruina sus amistades. (En una oportunidad me comunicó que se había reído en el cine, y esta pequeña prueba de mejoría lo hizo sentirse esperanzado acerca del

desenlace del análisis.)

Durante un largo período sus asociaciones libres tuvieron la forma de un informe retórico de una conversación que permanentemente se desarrollaba en su interior; dichas asociaciones libres eran cuidadosamente ordenadas y presentadas de modo que el material resultase interesante para el analista.

Como sucede con muchos otros pacientes en análisis, también éste por momentos se sume profundamente en la situación analítica; en raras pero importantes ocasiones se retrae, y en estos lapsos de retraimiento acontecen cosas imprevistas de las que a veces puede dar cuenta. A los fines del presente artículo, seleccionaré estos acontecimientos, poco frecuentes, dentro de la vasta masa de material psicoanalítico corriente que debo pedir a mi lector que dé por sentado.

Episodios 1 y 2

El primero de estos acontecimientos (cuya correspondiente fantasía el paciente apenas pudo captar y comunicar) fue que, en un estado de momentáneo retraimiento en el diván se acurrucó y se dio vuelta sobre sí mismo, saliéndose por la parte trasera del diván. Esta fue la primera evidencia directa de espontaneidad en el análisis.

El siguiente momento de retraimiento ocurrió unas semanas más tarde. Acababa de intentar usarme como sustituto de su padre (que había muerto cuando él tenía 18 años) y me había pedido consejo acerca de un pormenor sucedido con su trabajo. Primero examiné este pormenor con él, señalándole, empero, que me necesitaba como analista y no como padre sustitutivo. El me había dicho que sería una pérdida de tiempo seguir hablando de la manera habitual, y luego me dijo que se había retraído y sintió este retraimiento como una huida de algo. No pudo recordar ningún sueño correspondiente al tiempo en que se durmió. Le puntalicé que su retraimiento era en ese momento una huida de la penosa experiencia de estar exactamente entre la vigilia y el dormir, o entre el hablar conmigo racionalmente y el retraerse. Fue en ese punto cuando se las ingenió para comunicarme que nuevamente había tenido la idea de acurrucarse, si bien de hecho continuaba acostado de espaldas como de costumbre, con las manos cruzadas sobre el pecho.

Aquí le hice la primera de las interpretaciones que, lo sé, no le habría hecho veinte años atrás. Resultó muy significativa. Al decirme que estaba acurrucado hizo movimientos con las manos a fin de mostrarme que esa posición de acurrucamiento estaba frente a su rostro, en algún lugar, y que él se estaba desplazando en dicha posición. De inmediato le dije: "Cuando usted me dice que está acurrucado y desplazándose, al mismo tiempo me quiere decir algo que, naturalmente, no puede describir porque no se percata de ello: quiere darme a entender la existencia de un medio circundante". Al cabo de un rato le pregunté si comprendía lo que yo había querido transmitirle, y pude comprobar que lo había comprendido enseguida; me

respondió: "Como el aceite en el que giran los rodamientos". Una vez recibida esta idea de un medio circundante que lo sostenía, pasó a describir con palabras lo que antes me había mostrado con las manos: que él se había estado enroscando hacia adelante; y comparó esto con su enroscamiento hacia atrás, hasta salirse del diván, del que me había informado unas semanas antes.

A partir de esta interpretación del medio circundante pude pasar al tema de la situación analítica, y juntos elaboramos una formulación bastante clara sobre las condiciones especializadas que provee el analista y los límites que experimenta su capacidad para adaptarse a las necesidades de un paciente. Luego de esto, tuvo un sueño importante, cuyo análisis mostró que había podido prescindir del escudo protector, el cual ahora ya no le resultaba indispensable, por cuanto yo había sido capaz de suministrarle un medio circundante apropiado en el momento de su retraimiento. Al parecer, rodeando de inmediato con un medio circundante su self retraído yo había convertido su retraimiento en una regresión, posibilitándole así un uso constructivo de su experiencia. En las primeras épocas de mi carrera analítica, yo me habría perdido esta oportunidad. El paciente dijo que esta sesión analítica había sido "trascendental".

Este detalle del análisis dejó un enorme resultado: una mejor comprensión del papel que yo podía cumplir como analista; el reconocimiento de la dependencia, que a veces debe ser muy grande, por más que resulte penoso soportarla; además, el paciente pudo afrontar de una manera completamente nueva su situación real tanto en el trabajo como en el hogar. De paso, pudo comunicarme que su esposa había quedado embarazada, lo cual le facilitó mucho conectar su estado de acurrucamiento en el medio circundante con la idea de un feto en el útero. En verdad, se había identificado con su propio hijo, reconociendo al mismo tiempo su dependencia original respecto de su madre.

Cuando se encontró con su madre después de esta sesión, por primera vez pudo preguntarle cuánto estaba pagando ella por el análisis de él, y se permitió preocuparse acerca de esto. En las sesiones siguientes pudo manifestarme sus críticas a mi persona y su sospecha de que yo era un estafador.

Episodio 3

El próximo detalle sobrevino algunos meses más tarde, luego de un rico período de análisis. Sucedió en una época en que el material era de carácter anal, y había reaparecido el aspecto homosexual de la situación transferencial, un aspecto que al paciente lo aterrorizaba particularmente. Me contó que en su niñez había tenido el miedo constante de ser perseguido por un hombre. Le hice algunas interpretaciones, y me informó que mientras yo hablaba él había estado muy lejos, en una fábrica. Dicho en lenguaje corriente, había estado "vagando con el pensamiento". Este vagabundeo había sido muy real para él, haciéndole sentir como si

efectivamente estuviese trabajando en esa fábrica, a la que había entrado cuando concluyó la primera fase de su análisis conmigo (que debió interrumpirse a raíz de la guerra). De inmediato le interpreté que él había abandonado mi regazo. La palabra "regazo" era apropiada porque en su estado de retraimiento y en términos de su desarrollo emocional él había estado en una etapa infantil, de modo tal que el diván se había convertido automáticamente en el regazo del analista. Se apreciará que hay una relación entre el hecho de que yo le suministrase el regazo para que él volviera a éste, y de que le suministrase el medio circundante del cual dependía su capacidad para desplazarse acurrucado en el espacio.

Episodio 4

El cuarto episodio que quise trabajar no es tan claro. Sucedió en una sesión en la que me dijo que era incapaz de hacer el amor. El material general me permitió interpretar su disociación respecto del mundo: por un lado, la espontaneidad proveniente del verdadero self, que no tenía esperanza de encontrar un objeto, salvo en la imaginación; por otro lado, la respuesta a los estímulos proveniente de un self que era en cierto modo falso o irreal. En la interpretación le señalé que su esperanza era poder articular esta escisión en sí mismo con respecto a mí. En este punto, se sumió en un estado de retraimiento por un período breve, tras el cual pudo decirme lo que le habla pasado mientras estuvo retraído: el cielo se había puesto oscuro, se habían acumulado las nubes y empezó a llover: la lluvia golpeaba en su cuerpo desnudo. En esta ocasión yo pude situarlo a él, un bebé recién nacido, dentro de ese ambiente cruel y despiadado y mostrarle qué clase de ambiente podría llegar a tener si se volviera un ser integrado e independiente. Era la interpretación del "medio circundante" a la inversa.

Episodio 5

El quinto detalle proviene del material presentado luego de una interrupción de nueve semanas que incluyó mis vacaciones de verano.

Al volver de ese largo intervalo, el paciente me dijo que no sabía con certeza por qué había vuelto, y que le resultaba difícil empezar de nuevo. Lo principal, según me informó, era su permanente dificultad para hacer algún comentario espontáneo de cualquier índole, ya sea en su casa o cuando estaba con amigos. Sólo podía sumarse a una conversación, y esto le era tanto más sencillo si había otras dos personas presentes que asumieran la responsabilidad hablando una con la otra. En caso de que él hiciera alguna acotación, sentía que usurpaba la función de uno de los padres (o sea, en la escena primaria), mientras que lo que él necesitaba era ser reconocido por sus padres como un bebé. Me contó lo bastante acerca de sí mismo como para

ponerme al tanto de sus asuntos de entonces.

Llegamos al quinto episodio tras considerar un sueño corriente.

La noche posterior a esta primera sesión tuvo un sueño, que me relató al día siguiente. Era extraordinariamente vívido. En él, se iba de viaje al extranjero por un fin de semana, partiendo el sábado y volviendo el lunes. Lo fundamental de ese viaje es que iba a encontrarse con un paciente suyo que había dejado el hospital para seguir un tratamiento en el extranjero. (Resultó ser que a ese paciente le habían amputado una de sus extremidades, y había otros importantes pormenores que no conciernen específicamente al tema de esta comunicación.)

Mi primera interpretación fue el comentario de que en el sueño él se iba y volvía. Es sobre este comentario que quiero hablar, ya que se articula con los que hice en los dos primeros episodios, donde le proveí un medio circundante y un regazo, y con el del cuarto, en que puse un individuo en el ambiente malo alucinado. Continué con una interpretación más amplia, a saber, que el sueño expresaba los dos aspectos de su relación con el análisis: uno era que él se iba y volvía, y el otro que se iba al extranjero manteniéndose en contacto así con su paciente del hospital -que representaba esta parte de él mismo-, lo cual significaba que estaba tratando de quebrar la disociación entre esos dos aspectos de sí mismo. Tras esto dijo que en el sueño le interesaba particularmente tomar contacto con su paciente, dando a entender de este modo que se estaba percatando de la disociación o escisión que había en él, y deseaba integrarse.

Si este episodio pudo cobrar la forma de un sueño soñado fuera del análisis fue porque contenía ambos elementos juntos: el self retraído y la provisión ambiental. El aspecto del analista como medio circundante había sido introyectado.

Seguí interpretándole que el sueño mostraba cómo había abordado él las vacaciones; pudo disfrutar de la experiencia de escapar del tratamiento, pero al mismo tiempo sabía que, aunque se había ido, volvería. Fue así que esa interrupción particularmente prolongada, que podría haber sido seria en un paciente como éste, no causó grandes trastornos. El insistió en que eso de irse lejos se asociaba para él con la idea de hacer un comentario original o cualquier cosa espontánea. Luego me dijo que el mismo día del sueño le había vuelto un temor especial que él sentía, y era el darse cuenta súbitamente que había besado a una persona; esa persona podía ser cualquiera que estuviese cerca de él; y podría ocurrir que fuese un hombre. No se sentiría tan ridículo si descubriese que había besado inesperadamente a una mujer.

Comenzó entonces a sumirse más profundamente en la situación analítica. Sintió que era un niño pequeño en su casa, y que cualquier cosa que dijera estaría mal, porque en tal caso ocuparía el lugar de los padres. Tenía un sentimiento de desesperanza respecto de que un gesto espontáneo suyo fuese atendido (y esto encaja con lo que sabemos de la situación hogareña). Emergió un material mucho más profundo, y dijo sentir que entraba y salía gente por las puertas; mi interpretación de que esto se asociaba con la respiración se vio robustecida por otras asociaciones suyas. Las ideas son como el aliento; también son como niños, y si yo no hago nada con ellas, siente que los he abandonado. Su gran temor es al niño abandonado o a la idea o comentario abandonados, o al gesto desechado de un niño.

Episodio 6

Una semana más tarde, el paciente se enfrentó (inesperadamente, desde su punto de vista) con el hecho de que nunca había aceptado la muerte de su padre. Esto ocurrió después de un sueño en que estaba presente su padre y pudo charlar con él, de forma sensata y con libertad, de problemas sexuales corrientes. Dos días después vino y comunicó que se había sentido seriamente perturbado a raíz de un dolor de cabeza muy distinto de todos cuantos había tenido antes. Más o menos le había empezado luego de la sesión anterior, dos días atrás. Lo sentía en la zona temporal y a veces en la frontal, y era como si estuviese situado fuera de su cabeza, a poca distancia de ésta. Era un dolor permanente que lo hacía sentirse enfermo, y si su esposa lo hubiese tratado con cariño no habría venido a análisis sino que se habría metido en cama. Estaba molesto porque, como médico, se daba cuenta de que era sin duda un trastorno funcional, del que sin embargo no podía dar ninguna explicación fisiológica. (Por lo tanto, era como una locura.)

En el transcurso de la sesión pude ver cuál era la interpretación apropiada, y le dije: "El dolor fuera y a una cierta distancia de su cabeza representa su necesidad de que le sostengan la cabeza, como le sería sostenida naturalmente si fuera un niño y estuviera en un estado de profunda desazón". Al principio esto no pareció tener un gran significado para él, pero poco a poco se puso en claro que la persona que más probablemente había sostenido su cabeza en el momento oportuno y de la manera correcta cuando él era niño no había sido su madre sino su padre. En otras palabras, después de la muerte de su padre no quedaba nadie que pudiese sostenerle la cabeza si él sufriera un derrumbe y experimentase pesar.

Conecté esta interpretación con mi interpretación clave del medio circundante, y gradualmente él fue sintiendo que mi idea acerca de las manos era cierta. Me informó sobre un retraining momentáneo en el que tuvo la sensación de que yo tenía una máquina que podía poner en funcionamiento y que brindaría la apariencia de un manejo benevolente de su caso. Esto significaba que, para él, fue importante que yo no sostuviese en efecto su cabeza, ya que esto habría constituido una aplicación mecánica de principios técnicos. Lo importante fue que yo comprendiese de inmediato lo que él necesitaba.

Al final de la sesión, recordó -y este recuerdo lo sorprendió a él mismo- que había pasado la tarde sosteniendo la cabeza de un niño. Al niño le habían practicado una operación de cirugía menor con anestesia local, que llevó más de una hora. El hizo todo lo que pudo para ayudarlo, sin mucho éxito. Había sentido que el niño seguramente necesitaba que le sostuvieran la cabeza.

En ese momento manifestó sentir, bastante profundamente, que mi interpretación era lo que él había ido a buscar al análisis ese día, y por ende estaba casi agradecido a su esposa por no

haberlo tratado en absoluto con cariño y por no haber sostenido su cabeza, como podría haber hecho.

P S I K O L I B R O

Biblioteca D. Winnicott

Jueves 2 de junio

(El paciente llegó un cuarto de hora tarde.)

Paciente: "Me encuentro en un dilema. Tendría que poder empezar de un modo distinto, ya que dos días atrás parecía haber dado con una nueva manera de trabajar. No quiero volver a lo de antes, a no hablar nada y abrir la sesión formalmente, etc., etc. Tendría que poder comenzar directamente. Sé que éste no es un sentimiento realista, etc. Tengo la idea de que es importante abrir una brecha en la barrera que se nos hace problema, hallar la vía más rápida. Usted me dijo que el enfoque más formal era un logro en sí mismo, pero de todas maneras es forzosamente más lento.

"Una cosa de la que me di cuenta esta mañana fue que tenía más conciencia de haber soñado. Me olvidé los sueños un rato después de despertarme, pero no inmediatamente, y tuve conciencia de que habían pasado un montón de cosas. Tuve la sensación de que `esto es algo más parecido a la normalidad".

Analista: "Sintió que mientras dormía había vida dentro de usted, de modo tal que la disociación de la que hablábamos el otro día no era tan completa. Así que se cumplió una parte de la función del soñar: la creación de un puente entre el mundo interior y la vida de vigilia".

Paciente: "Supongo que pude haber intentado... pude haber escrito los sueños; pero parece ser parte de la técnica psicoanalítica descartar toda forma de ayuda excepto hablar... es más fácil creer en el trabajo realizado con otros métodos... especialmente porque yo desconfío de lo que se habla ya que en eso era bueno mi padre, podría decirse que dejando de lado otras cosas. Recuerdo que hace poco charlábamos con usted de la posibilidad de que fuese analista y lo deseché; era más bien un sentimiento de aversión a la idea de hablar".

Analista: "Parece que, si se hace un esfuerzo consciente por ayudar al analista, pueden surgir nuevas defensas, pero yo no diría que el esfuerzo consciente no tiene cabida en absoluto".

Paciente: "Me gustaría encontrar otra manera, por ejemplo encontrar que usted sabe lo que está sucediendo, algo menos laborioso que tener que ponerme a

escribir cosas y luego reproducirlas".

Analista: "El puente debe permitir el tránsito en ambas direcciones. En estos momentos no estoy seguro de hablarle a su verdadero self o a su falso self, para usar el lenguaje de las últimas sesiones".

Paciente: "Es el falso self. La gente escucha de dos modos distintos... podría decirse que con dos aspectos de la personalidad, como el intelectual y el emocional. Es factible que mientras a uno le estén hablando se distraiga... una parte toma lo emocional, y la otra toma el aspecto intelectual de esa misma oración. Cuando las cosas marchan bien, ambos reconocen la situación, ambos trabajan juntos. En cierto sentido, me preocupa que la falta de emoción sólo pueda ser intelectual".

Analista: "Al principio, como le dije, cuando usted me hablaba, ese hablar suyo tenía importancia por sí mismo, totalmente aparte del contenido. Quería decir que usted estaba vivo, despierto, anhelante".

Pausa

Paciente: "Precisamente entonces yo sentía angustia. Una de las dificultades es que la brecha abierta puede dejar salir mucho, y entonces yo cambiaría con cada faceta emocional que se presentase; así que me mantengo ocupado charlando, lo cual no deja tiempo para asimilar lo que usted me dice. Tengo la imagen de cuidarme de hablar todo el tiempo, para que a usted no le moleste escucharme".

Analista: "¿Qué pasaría entonces? Esto sería unilateral, igual que la alternativa de tener que esperar que toda la charla venga de usted".

Paciente: "Si yo fuese a hablar sin inhibiciones, no tendría sentido que viniese aquí. Podría hablarme a mí mismo. Tuve una idea acerca de lo de anoche, cuando me resultó difícil hablar con mi esposa. La idea fue que no había motivo para que yo me interrumpiese si hablase sin inhibiciones, siempre de las mismas cosas, sin progresar con ninguna línea de pensamiento. No tendría sentido detenerse. Yo no obtendría ningún placer. No hay en eso ninguna emoción".

Analista: "Quisiera recordarle que hoy llegó tarde, y no estoy seguro de si esto no tendrá algún significado. Podría ser algo más relacionado con usted mismo que su charla".

Paciente: "No, creo que no fue significativo, o tal vez simplemente fue grosero de mi parte. Sé que pude haber ganado algunos minutos, pero lo importante es que podría estar más preocupado por haber llegado tarde. Ahí está la cosa. Al venir para aquí pensé: `¿Se ofenderá Winnicott?'. Este es un nuevo punto de partida. Antes sólo me preocupaba ser castigado; esta vez me preocupó menos el efecto en mí mismo que en usted. ¿Se sentiría molesto? Así que hoy tiene cierto sentido

disculpase. Antes, si me disculpaba, sólo era para ocultar lo que había ocurrido".

Analista: "Parece estar menos sometido a una compulsión".

Paciente: "Mis sentimientos son menos remotos que hace dos años, cuando todo era intelecto, y yo suponía que debía preocuparme por tal o cual cosa. Ahora no pienso eso, pero en cambio si llego tarde me preocupa fastidiarlo a usted". Pausa. "Estaba pensando, entonces, preguntándome si otros advertirán el cambio que tuve en los últimos días."

Analista: "Le gustaría que lo hubieran advertido. Se sentiría más real".

Paciente: "Especialmente si lo notase mi mujer; o sea, ésta sería realmente la prueba de fuego del progreso, porque ella siempre se negó a admitir la utilidad del psicoanálisis".

Pausa. (Se lleva a la boca un dedo de la mano derecha.)

"Estaba sintiendo recién que reconozco que hay un peligro en preocuparse por los sentimientos ajenos. Antes, cuando mi preocupación era más intelectual, podía darme el lujo de ignorar lo que otros pensaban. Podía decirles `¡que se vayan al diablo!'. Pero si comparto algo con los otros, me preocupan más y puedo suponer que se darán cuenta de mis imperfecciones. Solía desechar todo esto diciendo que yo estaba enfermo, pero ahora que ya no lo estoy, tengo que enfrentarme con el hecho de ser imperfecto, si así es como soy."

Analista: "Hay algo perfecto por no haber sido usado ni experimentado, y que usted quiere preservar como perfecto en sí mismo; y si no está enfermo, teme que descubran que ha fallado en la preservación de esa perfección".

(Esta interpretación fue, casi con seguridad, incorrecta en este momento.)

Paciente: "En este momento no parece preocuparme la idea de quebrar algo perfecto. Quiero decir que ahora no puedo hacer uso de eso. Estaba pensando en algo distinto, y sólo registré a medias lo que usted me decía. Estaba pensando que esta tarde empecé a leer un libro sobre el siglo dieciocho en Estados Unidos. Los personajes estaban vestidos al estilo de la época. Recordé que me había olvidado de traer el libro conmigo del hospital, así que no lo tendré conmigo esta noche, y ésa es la cosa: tendré que planear qué voy a leer. Es una catástrofe secundaria. Se trata de un relato sobre un hombre alto y flaco que estudiaba en Harvard y es reclutado en el ejército, lo cual cambia toda su carrera. Mi trabajo va a terminar, así que está viniéndose un cambio en mi vida por obra de fuerzas que están fuera de mi control. Aquí tengo la misma dificultad con los cambios abruptos".

(Se lleva a la boca el dedo índice de la mano derecha.)

"También ya me olvidaba, lo importante es el escape, el escape que me brinda la lectura, especialmente en este momento, porque hay algo de lo cual escapar, el ambiente".

Analista: "¿Qué piensa que ocurriría si esta noche usted estuviese bien y su esposa le respondiera?".

Paciente: "Primero, yo hablaría con más facilidad. Segundo, ella se interesaría más por mis asuntos del hospital. Tercero, yo me interesaría más por lo que ella hace. Fluiría la conversación, estaríamos contentos. Nos sentaríamos a charlar una o dos horas. Pero lo que efectivamente va a ocurrir es que hablaremos tensos y tirantes, o bien va a haber un tenso silencio. Yo siento el silencio como un rechazo activo del hablar. Es un acto deliberado. Si la regaño, ella no tendrá nada que decir. Quiere decir que yo no quiero hablar. Me escabullí".

Pausa

Analista: "Sabe que falta poco para que llegue la hora y no desea embarcarse en nada nuevo".

Paciente: "Sí, estaba pensando lo importante que sería que mi esposa viese un cambio en mí".

Analista: "Pero éste, como usted mismo sugiere, es el único lugar en el que usted no puede actuar. Yo diría que la única cosa que usted no puede hacer es actuar la no actuación".

Biblioteca D. Winnicott

Martes 14 de junio

Paciente: "La última vez dormí un montón. Si me diera rienda suelta, dormiría todo el tiempo. Siento que quizás esto haya sido muy importante, la evitación de algo, inconscientemente, tal vez se aproximaba algo peligroso. Hay dos cosas: primero, hoy estoy más cansado, pero segundo, creo que hay menos riesgo de que me quede dormido, porque al estar realmente cansado no es probable que aborde cosas peligrosas. Es una situación curiosa. Externamente no siento que haya hecho progresos en los últimos tiempos, vale decir, no me siento mejor, pero sin embargo me pregunto si es que puedo esperar recoger el fruto del trabajo aquí realizado, y cuándo. Si tengo que interrumpir, ¿se echará a perder todo el trabajo reciente, o es posible consolidarlo? El psicoanálisis, mientras está en curso, produce una zona de perturbación, ya lo sé, así que no tengo que esperar que voy a sentirme bien mientras siga viniendo aquí".

Analista: "¿Se acuerda de la última vez, de lo que estuvimos trabajando sobre el tema del silencio y sus significados positivos?".

Paciente: "Sólo lo recuerdo vagamente. No converso con mi esposa porque ella no está dispuesta a discutir nada, y entonces no presenta batalla. Únicamente hablamos de cuestiones secundarias. Ya no lo intento más. Dejó de ser algo apremiante, y la experiencia me ha demostrado que es infructuoso. No vale la pena intentarlo. Ella se calla adrede, y yo me veo obligado a jugar de igual modo. No hablar es una cosa activa".

Analista: En este punto le resumí todo lo que habíamos trabajado últimamente sobre el tema del silencio.

Paciente: "Es curioso cómo desapareció todo eso que estuvimos hablando. Me sigue pareciendo remoto".

Analista: "Así que se está refiriendo a la necesidad que tiene usted de que yo lo recuerde, aun cuando coincidamos".

Paciente: "Respecto de las coincidencias, yo me siento demasiado propenso a coincidir. Tiendo a aceptar, salvo que rechace algo de plano. Me muestro dispuesto a aceptar, y rara vez discrepo francamente. Ni siquiera discuto".

Analista: "Quisiera recordarle que me dijo que yo era como un capullo de algodón, y si usted me pegara, su brazo se quedaría flojo dentro de mí, sin rebotar".

Paciente: "Tuve entonces una imagen mental... una pelea con usted en la que lo mantenía a distancia. Esto sería lo ideal si usted no fuese agresivo todo el tiempo, pero estuviese en un estado de agresión... una especie de pelea de boxeo, pero en la que los golpes míos rebotasen en usted. Siento cierto malestar con usted respecto de esto; se adapta totalmente y genera una atmósfera negativa... se parece demasiado a mi padre. Tengo una imagen abstracta de una madre que se adapta con excesiva facilidad, esforzándose mucho por ser perfecta".

(Esta fue exactamente la descripción que me hizo la madre de sí misma en la época de la infancia del paciente, antes de comenzar el primer análisis de éste.)

"El resultado es blando y desagradable." Pausa. "Recuerdo la notable diferencia, la última vez, entre el deseo de permanecer en silencio y el de escaparle a la cháchara. La charla tiene limitaciones. Tiene un límite, por más que carezca de sentido. Me gusta la idea de charlar, pero la charla pura no tiene límite, no tiene propósito. Charlar es no hablarle a nadie. Su único efecto es el de una diversión pasajera." Pausa. "Estuve en silencio, entonces, porque reconocí que a veces es en sí mismo bueno no hablar. No hablar por hablar. En el pasado me empeñé demasiado en tratar de decirlo todo." Pausa. "Siento que si no hablo corro el peligro de no hablar nunca más, y así quedarme dormido. No puedo confiar en el silencio."

Analista: "¿Se durmió durante la última pausa?".

Paciente: "No, no del todo".

Analista: "Hay algo real aquí en su silencio, y es que es usted mismo, mientras que hablar por hablar quiere decir que no está seguro de que usted o yo existimos".

Paciente: "La dificultad reside en que si no hablo, o si no quiero hablar, esto exige una interpretación. En general, no me gusta hablar". Pausa. "El cansancio tiene algo que ver con no hablar. Brinda una excusa, de manera tal que en ese momento no necesito hablar ni tengo que explicar por qué." (Bosteza.)

Analista: "Necesita una interpretación mía, y yo diría que me la está reclamando".

(Se duerme.)

"Pienso que quería escuchar mi interpretación pero se quedó dormido porque le tenía miedo. Tal vez tenga miedo de que la interpretación sea correcta."

Paciente: "Presumo que la interpretación va a ser correcta, si es que usted la hace. Si tengo miedo es porque podría encontrarla cierta. Ni se me cruzó la idea de que usted me haga una interpretación incorrecta -en ese caso sería sólo una

opinión, que yo aceptaría como opinión no aceptándola como interpretación-. Así que no es tanto a la interpretación a lo que le tengo miedo, como a descubrir algo, como si me fueran a pegar por encima de la cabeza".

Analista: "Hace poco dijo que el silencio podía golpear".

Paciente: "Tuve entonces una idea curiosa, la de que alguien estaba comiendo algo, comiendo ideas o algo así, de modo que si usted produce algo (una interpretación), lo vomita. De ahí que sea desagradable aceptar una idea suya. Está el peligro de que yo no reconozca estas ideas hasta que estén a medio consumir, y en ese momento lo descubra y vomite. Por un instante tuve una clara imagen de todo esto: usted sentado a la mesa, comiendo de un plato que tiene delante, y mientras come la cantidad de comida aumenta, lo que significa que la vomita, lentamente". Pausa. "Esto de no hablar parece muy difícil, es peligroso, no pasa nada. ¿A usted le sirve de algo? Es muy simple no hablar nunca. Ahora recuerdo que ayer, cuando me iba, me preguntaba si vale la pena seguir adelante en caso de que la vida consista en no hablar."

Analista: "Esto se conecta con la idea de ser amado y sancionado, o de ser amado con el sentido de que valoren la existencia de uno".

Paciente: "Sobre eso, puedo tratar de suponer que soy amado, pero... ¿qué pasa si no es cierto? Es casi como estar en el agua sin saber nadar, y sin nadie que me sostenga".

Analista: "Exactamente, usted lo ha dicho... eso es lo que le pasó".

Paciente: "Hay una gran diferencia. Tengo que tratar-aunque sea imposible-, no de hacer las cosas yo, sino de conseguir que los otros las hagan en abstracto sin hacerlas efectivamente. Esta es una contradicción, sólo puede ocurrir por obra de magia".

Analista: "Lo que usted extraña es el hecho de que mamá se identificara con usted, su bebé".

Pausa

Paciente: "Dormir no es una evitación o algo puramente negativo. Brinda un elemento que le da a usted la posibilidad de avanzar".

Analista: "Sí, es mi única posibilidad".

Biblioteca D. Winnicott

Viernes 13 de mayo

(Llegó diez minutos tarde, cosa muy poco común; por eso, al final de la sesión tuvo inevitablemente la impresión de "ser interrumpido en medio de la corriente".)

Paciente: "En realidad no hay nada que decir, salvo que sigo sintiéndome levemente mejor. Parecen haber desaparecido la tensión y la ansiedad. Esto se relaciona en parte con que terminó mi 'historia' con mi amiga, y el final del asunto me trajo alivio. Me doy cuenta de que había mucho de falsedad en todo esto".

Analista: "Intelectualmente, usted estuvo preparado siempre para este final, pero emocionalmente hay que experimentarlo. ¿Tal vez está triste?".

Paciente: "No tanto triste, más bien es como una desolación, una desesperación, un sentimiento de que 'nunca más'. Al mirar atrás, veo que yo era consciente de estar jugando, y el juego consistía en mantener la ilusión. Eso, en sí mismo, es algo positivo para mí, ya que antes no podía jugar".

Analista: "Jugar y disfrutar".

Paciente: "Sí". Pausa. "Algo pasó en los últimos meses; sin duda tengo más capacidad que antes para ser frívolo, o despreocupado, aunque lo sigo haciendo cohibido. Pero el juego consistía en ser frívolo, y es como si todo el tiempo hubiera estado negándome esta frivolidad mientras la practicaba. Era un despreocupado que se escondía. Por supuesto, hay momentos en que me siento cansado o deprimido y vuelve la tensión, como si me costara un gran esfuerzo crear a esta otra persona que soy yo mismo pero despreocupado. Así que no actúo en realidad muy espontáneamente."

Pausa

Analista: "¿Y qué le pasa aquí conmigo?".

Paciente: "Bueno, es distinto. De nada sirve ser artificial aquí o ser frívolo, puedo dejar de lado todo eso y ser como soy. A veces tengo que escurrirme fuera de aquí para llegar profundo, y entonces estoy en otra parte, como si dejara mi cuerpo y vagara por mi propia mente". Pausa. "Es difícil poner en palabras esta manera de escurrirse."

(Compárese esto con sus retraimientos anteriores.)

"Tengo una imagen, y una parte mía quiere contarla pero otra parte dice: 'No, no puedes', y el resultado es el silencio. Ahora me encuentro precisamente en ese estado de ánimo, y corro peligro de quedarme dormido porque no hay nada urgente que decir. Así que divago, y me olvido que estoy aquí." Pausa. "Se me ocurre una curiosa analogía: los hombres que están limpiando la pared de aquí enfrente, en los andamios de los pintores. Me imaginé haciendo lo mismo, balanceándome perezosamente como en uno de esos andamios, para entrar y salir de aquí. No puedo dejar de sentir que hay algo que quiero decir pero tengo miedo de decirlo. La última vez sentí satisfacción por la angustia de la tensión... pero ahora me siento mejor y no parece que quisiera arriesgar algo novedoso. También -qué idea extraña- en este momento siento que soy un asistente aquí, que estoy para ayudarle a dar consejos a algún otro."

Analista: "Eso es verdad, en cierto sentido, ya que podemos decir que usted con frecuencia se trae a sí mismo a la sesión; y en una época solíamos hablar sobre usted, pero usted mismo rara vez estaba presente."

"Quiere que yo lo ayude a ver de qué manera se relacionan sus dificultades actuales con la idea de la rivalidad que surgió hace poco. Primero llegó a admitir que podía haber rivalidad con uno o dos varones que podrían ser matados, y entonces la lucha no valía la pena. Luego se sintió más próximo a la idea de un choque entre dos hombres, en el que uno de ellos podía ser mutilado para sobrevivir; y luego está el otro tema, el de ser abandonado."

Paciente: "Sobre eso puedo decirle que si me traigo a mí mismo a la sesión, la parte que debe ser traída se niega a venir. Tengo que seguir y seguir trayéndola".

Analista: "Ese 'sí-mismo' no soporta la idea de que quizá sea abandonado".

Paciente (sin mucho convencimiento): "Sí". (Se queda dormido de inmediato.)

Analista: "Así que realmente se durmió".

Paciente: "No sé por qué, puesto que no estoy cansado".

Analista: "Yo le represento algo verdaderamente peligroso, y hace unos días usó de forma deliberada la palabra 'impotente' para describir el estado que yo le provoqué. Casualmente, al mismo tiempo terminó el amorío con su chica, y me pregunto si ese final no habrá sido provocado esa noche por la situación que se dio aquí, no menos que por el cambio que hubo en su amiga".

Paciente: "Sí". (Se duerme un instante.) "Me resulta una difícil tarea tratar de no quedarme dormido. Si me mantengo despierto, me guardo mis pensamientos; si libero mi control sobre ellos, me duermo."

Analista: "De manera que, en definitiva, dormir es la más productiva de las dos opciones".

Paciente: "Siento que, por primera vez en varias semanas, no tengo ningún problema inmediato, ninguna cosa que me distraiga, y entonces se pone de manifiesto mi reticencia. Me gustaría saber qué es lo que temo".

Analista: "Que si viene aquí usted en persona y se pone en contacto conmigo, será mutilado".

Paciente: "¿Quién será mutilado, yo o el otro?".

Analista: "Usted". (Se duerme un instante.)

Paciente: "Hay una analogía entre dejar a mi amiga y dejar la sesión. Lucho por seguir aquí, y me escapo de la idea de ser mutilado".

Analista: "Pronto llegará el final de la hora, y entonces yo me encontraré, literalmente, en la situación de tener que mutilarlo. Se lo digo mientras todavía está aquí y antes de que llegue el momento de interrumpir. Creo que usted vivenció estos días feriados como una grave mutilación que yo le infligía".

Paciente: "Hoy es un día excepcional por esto de dormirse. Debe tener algo que ver con el tema de que mi padre era perfecto, y yo no podía competir...".

(Como si el paciente no hubiese escuchado mi interpretación, a pesar de que se las ingenió para decir `Sí' cada vez que se estaba por quedar dormido.)

Analista: "Sí, papá y usted como rivales acarrear peligros, en especial si se incluye hacer el amor de manera activa. No estoy seguro, pero... ¿piensa usted que papá podía hacer el amor?".

Paciente: "No tengo nada que añadir, salvo decir lo mismo con otras palabras. Se precisa mucho más trabajo para adaptarse a distraer la atención de una mujer. Se me ocurre la frase `No estoy listo para eso'. Es todo muy vago e impreciso".

Analista: "Parece que si usted conservó su pene y su potencia física fue en parte renunciando totalmente a hacer el amor y a distraer la atención activamente".

Paciente: "Y a eso yo le agregaría algunas cosas negativas, como no poder estar cómodo, o despreocupado, porque es llamativo el pesado esfuerzo que me causa estar despreocupado".

Analista: "Parecen existir estas dos opciones, y si usted comienza ahora a ser capaz de hacer el amor activamente, en vez de ser elegido pasivamente, se encuentra con que tiene un nuevo temor... la impotencia".

Paciente: "Se me ocurrió una idea curiosa. Todo esto parece fútil porque papá está muerto. Nunca me enfrenté con esto antes. Si es una cuestión de rivalidad, bueno, es un asunto puramente académico, ya que papá está muerto. Creo que su muerte afecta la situación de dos maneras: una, yo reconozco que está muerto, y la otra, eso ya fue charlado y agotamos el tema".

Analista: "Parece gracioso lo que voy a decirle, pero en este momento pienso que usted se olvida de que en verdad yo estoy vivo. Y ya es la hora".



Biblioteca D. Winnicott

Viernes 8 de julio

Paciente: "Lo primero que se me ocurre es que anteanoche volví a soñar con un examen. Era con el profesor X, aunque este examen se relacionaba más con los casos clínicos. Y anoche otra vez soñé con un examen, pero no con el profesor X. Parece que el tema de una prueba o examen oral debe ser más importante para mí, en lo inconsciente, de lo que estoy dispuesto a admitir. Soñé con esto tres noches seguidas. Es curioso que cuando me despierto recuerdo el sueño, y una hora después lo vuelvo a recapitular; luego lo olvido por completo hasta llegar aquí, y aquí lo recuerdo, pero para entonces el tema se me ha vuelto esquivo. Es curioso cómo aparecen otra vez sueños como éste. Tan pronto me despierto del todo, el sueño está ahí, pero yo continuo amodorrado; después, cuando ya estoy alerta, se esfuma".

Analista: "Está permanentemente el hecho externo de la entrevista de la próxima semana".

Paciente: "La última vez dedicamos mucho tiempo a discutir este tema, pero la forma en que se dio la discusión me resulta borrosa".

Analista: "Tal vez recuerde que una parte importante fue la referida a la relación suya con los individuos rechazados".

Paciente: "Ah, sí, ahora lo recuerdo. Hoy lo noté, me surgía de vez en cuando mientras atendía el consultorio externo. En el aluvión, comprobé que yo tendía a considerar a los pacientes como unidades más que como personas... elementos de trabajo que había que ver uno tras otro. Me di cuenta de que mi esperanza o mi expectativa era no encontrarles nada malo, simplemente salvarme de tener que tratarlos; y constantemente tenía que frenarme y recordarme a mí mismo que esta gente viene a pedir consejo. No puedo esperar que nadie tenga nada malo. Una y otra vez me tenía que frenar".

Analista: "La cuestión de las personas comparadas con unidades se asemeja a la de las personas que son rivales pero que no aparecen en los dos últimos sueños".

Paciente: "La otra cara del asunto, naturalmente, es que yo sólo veo en consultorios externos a personas que ya han estado dos o más veces antes, así que lo que miro son los resultados de los análisis, y si hay necesidad de un tratamiento ulterior o puedo decirles que no necesitan volver, o que necesitan controles periódicos. Así que no me siento tan mal al respecto, pero debo

mantenerme alerta ante los auténticos enfermos.

"Es una situación curiosa, en la que interviene la conciencia moral. Parecería que yo trabajo para dos clases de consultores: uno quiere ver a los pacientes y sacárselos de encima lo antes posible, mandándolos al médico clínico, y el otro tiende a no sacárselos de encima nunca, de modo tal que el departamento de consultorios externos termina lleno de pacientes antiguos. En el primer caso tengo que refrenarlo, y en el segundo lo contrario. Me doy cuenta de que yo tiendo a inclinarme por sacarme a los pacientes de encima, en parte porque no me gustan las largas listas de espera; y lo justifico diciéndome que le estoy ahorrando a la gente viajes innecesarios. Me sitúo en la posición del paciente y pienso: `¿Qué me gustaría que hicieran?', etc. Es como venir aquí. En realidad, recién ahora me doy cuenta de que yo vengo a su departamento de consultorios externos, y que el objetivo es no tener que venir más. Es una reflexión sobre mi necesidad de asegurarme de que el propósito suyo es desembarazarse de mí."

Analista: "Esta cuestión de que usted se pone en el lugar del paciente, y todo eso, es un ejemplo del intercambio sutil".

Paciente: "Eso es lo que intento hacer. Ambos comportamientos extremos pueden estar justificados, pero yo trato de alcanzar un equilibrio. Podría tener a toda la población concurriendo a mis consultorios externos. Un punto de orientación es lo que resulta razonable cuando uno se fija en los sentimientos del propio paciente".

Analista: "Esta es una descripción de mí mismo ante usted". Paciente: "Sí, y con algunos pacientes uno tiene que estar atento, porque tal vez quieran dejar de venir, pero uno se da cuenta de que no están bien. Así que aquí ya no es sólo lo que yo siento. Debo confiar en que usted sabe más que yo".

Analista: "El principio es que usted viene aquí para no tener que venir más".
Pausa. "Todavía no puedo ver la relación que hay entre esto y los sueños."

Paciente: "Un comentario que puede hacerse es si la actitud que uno tiene hacia la gente es acorde al trabajo que hace. Interviene la conciencia moral de uno".

Analista: "Usted dice que en las entrevistas laborales no se toma en cuenta la capacidad médica. Me pregunto si además piensa que en ellas se omite evaluar su conciencia moral respecto de los pacientes".

Paciente: "No pueden evaluarla. Hay sólo dos maneras de evaluar esto: la opinión del consultor para quien uno trabaja, y la de los pacientes. En cierto sentido, yo pienso que sigo siendo un farsante. No me siento ni la mitad de capaz de lo que los otros creen que soy. En medicina la mayor parte es un engaño, y lo que tengo que preguntarme es: ¿yo engaño más que lo corriente?".

Analista: "Este es, en realidad, un examen al que usted me somete. Usted es el

que tiene la posibilidad de averiguar, como paciente mío, si yo engaño a la gente".

Paciente: "El paciente podrá decir hasta qué punto es bueno mi engaño. Tal vez advierta que yo estoy perplejo y parezco perdido. Tiene que suceder, porque yo no soy buen actor. No sé disimular. Si a una historia no le encuentro ni pies ni cabeza, me ofusco y lo demuestro. Es lo mismo que preguntarse cómo se las arregla usted cuando se siente perdido aquí".

Analista: "¿Los pacientes prefieren al actor, o al médico que muestra su confusión?".

Paciente: "Bueno, los actores gozan de popularidad, pero las malas actuaciones desconciertan a los pacientes".

Analista: "A esto se suma su disgusto por el hecho de que yo le pida disculpas".

Paciente: "No me gusta pedir disculpas cuando no estoy seguro. Además, al tratar con otras personas, con médicos, asistentes médico-sociales, etc., personalmente siento que parece como si yo no tuviera nada que decir. La cosa es: ¿lo notan ellos? Estoy convencido de que lo notan mucho menos de lo que yo pienso. Simplemente confío en que lo acepten como un amaneramiento o una pose".

Analista: "Quisiera recordarle el momento en que usted me detuvo porque yo lo había dejado atrás. Supongo que este sentimiento de que parece como si usted no tuviese nada que decir se asemeja a esa interrupción, o a su retraimiento o adormecimiento aquí".

Paciente: "O a que simulo comprender cuando estoy trabajando, pero aquí los amaneramientos y los trucos se notarían. Eso me satisface y me parece útil incluso. Y cuando no estoy aquí, me olvido de que los demás no son tan observadores como usted, o de que no me conocen y simplemente no se van a dar cuenta. Es como si yo imaginara que los otros van a actuar en lugar suyo cuando está ausente. Parte de la sensibilidad que tengo cuando estoy fuera de aquí se vincula con el hecho de venir aquí, donde el tema soy yo".

Analista: "Sí, aquí el tema es usted, mientras que allá ellos tienen sus propios pensamientos también, y sus propios temas".

Paciente: "Esto me lleva otra vez al nuevo puesto y los exámenes. Creo que le tengo miedo a esta entrevista. Significa para mí mucho más que el empleo mismo: es un juicio sobre mi persona. ¿Tengo algo de bueno, en general, o no? Y entonces me preocupo por los demás porque si yo consigo el puesto algunos lo perderán, y esto sería enjuiciarme por no tener en cuenta si los demás están mejor calificados que yo. Es una manera subjetiva de ver las cosas. Como yo he sido interino en ese puesto, me conocen, y si no me dan el empleo es más bien como un rechazo, así que es probable que lo conserve. En general, pienso que

preferiría no presentarme para un trabajo en el mismo lugar, a fin de evitar este problema. Para los patrones es poco equitativo tener la obligación de mostrarse buenos con un empleado. Estoy especulando con eso. Si resulta que yo no sirvo, al presentarme para este puesto estoy aprovechando una ventaja mezquina. He asumido cierta responsabilidad de elegirme a mí mismo".

Analista: "Hay tres temas: uno es usted mismo, otro es el empleo, y el tercero los otros candidatos. Lo que usted no menciona es que estas personas, a las que usted tal vez deja fuera, podrían ser amigos. Esto es lo que apareció en la película".

Paciente: "Lo que de veras siento es que no quiero seguir adelante, en todo caso hoy no. Quisiera volver mañana. Me siento molesto, ya tuve suficiente; quisiera escaparme".

Analista: "Lo que tiene delante y le resulta difícil es que podría verse envuelto en un triunfo, y este aspecto particular de la entrevista es inaceptable para usted: que habrá un forcejeo y que usted peleará y matará".

Paciente: "Sí".

(Se duerme.)

"Cuando usted hablaba del triunfo, se me ocurrió que parte de la angustia que siento cuando las cosas son demasiado difíciles, o cuando tengo demasiada responsabilidad en un caso, es que de pronto las cosas han avanzado demasiado y me encuentro solo, sin nadie en quien apoyarme, en el aire, etc. Escaparse significa una retirada. Quiero irme al regazo de mamá, exactamente como usted lo describió hace un tiempo, como ese chico que caminaba hacia su mamá y se horrorizó de hacerlo por sí solo. Caminar significa separarse. Puedo aceptar el triunfo si hay alguien con quien compartirlo, aunque tenga que imaginar que lo hay, pero eso es peligroso. La imaginación puede fallar, y me quedaré con el bebé en brazos."

Analista: "Hasta cierto punto, eso se vincula con el hecho de que usted es el único hijo varón. ¿Recuerda que ya le hablé de esto antes?"

Paciente: "No".

Analista: "El hecho de que no tenga hermanos varones puede ser un factor importante. Usted dijo que al competir, parte de la gratificación se perdía si sus rivales con relación a papá eran hermanas".

Paciente: "Pienso que el triunfo es algo vacío si no hay a quien mostrárselo".

Analista: "Aquí la dificultad está entre la realidad y la fantasía. En un juego

competitivo, si usted gana puede compartir su triunfo con los demás competidores; pero si se trata de un sueño y su objetivo es matar... (el paciente se queda profundamente dormido)... entonces no puede compartir el triunfo con su rival".

(Me planteé seriamente si no había cometido un error técnico al trasladar el tema a la rivalidad, o sea, si no había avanzado demasiado rápido.)

Paciente: "En los últimos minutos me ha sido muy difícil permanecer aquí. Tal vez me dormí. Me siento disgustado conmigo mismo por haber perdido el tiempo. No hay absolutamente ninguna excusa".

(Se vuelve a dormir.)

Analista: "La próxima semana es la entrevista, y me parece que ella lo deja a usted atrás en su análisis. A usted no le interesa en realidad la entrevista en sí, pero lo que significa para usted, en cuanto a su relación conmigo, es algo a lo que usted todavía no llegó, y entonces se detiene. No puede ni soñar con matar a su rival. Las circunstancias se están desarrollando como yo el otro día, cuando lo dejé a usted atrás".

Paciente: "Sería más fácil si yo me presentase aun trabajo de la manera habitual, en igualdad de condiciones".

Analista: "Podría ser, pero no estoy seguro de que usted sea capaz de manejar con facilidad una cosa así en el momento actual de su análisis".

Paciente: "Es hipotético. Podría ser. No me preocupa ni la entrevista ni el empleo en sí. Es una mezcla de incertidumbre con el sentimiento de que no tendría que haber incertidumbre".

Analista: "Pienso que usted no está preparado para la competencia franca".

Paciente: "Si éste fuese un empleo externo, podría permitirme ser indiferente. El problema es que todo queda `en familia' ".

Analista: "Sí, exactamente".

Biblioteca D. Winnicott

Viernes 24 de junio

Paciente: "Me resulta difícil empezar hoy. Parece que me encuentro en una situación estacionaria. No hay perspectivas de que pase nada. Me impacta que, dicho en términos generales, a pesar de todo el terreno recorrido me siento igual que cuando vine hace dos años, aunque más confiado y menos deprimido. Pero me siento tan irreal como al comienzo.

"Un factor puede ser que la etapa en que estoy en mi trabajo es insatisfactoria. Ahora tengo menos contacto con pacientes, más tiempo libre, sin un lugar definido donde estar. Vivir en casa ahora puede volver más difícil mantenerme en contacto con los otros médicos, mientras que como residente me era fácil.

"En casa las cosas mejoraron un poco. Ahora no peleamos ni forcejeamos, aunque no por eso es más satisfactorio, y si no puedo manejarme mejor en mi situación actual, significa que no he progresado." Pausa. "También sentí que cuando llegara aquí iba a ser bueno quedarse acostado sin decir nada, y ver qué pasaba... y probablemente no iba a pasar nada. Usted se iba a quedar sentado ahí aceptando mi silencio, y eso me dejaría insatisfecho."

Analista: "Hay algo que usted quiere, pero tiene pocas esperanzas sobre cualquier cosa que suceda".

Paciente: "Encuentro una relación entre esto y el tema sobre el que hablábamos recientemente, el de no tener esperanzas de ser amado. En cierto sentido, lo puedo sobrellevar en la práctica; en situaciones fuera de aquí, si tomara las cosas con calma y esperase, nada pasaría. Así que lo puedo dejar como está. La perspectiva sería entonces desesperanzada". Pausa. "Puedo agregar algo más sobre la falta de esperanza de ser amado. Me siento desesperanzado de ser capaz de enfrentar la situación en caso de que el amor llegue."

Analista: "No estaría seguro de poder aceptarlo".

Paciente: "Nunca puede aceptarlo y tener sentimientos, así que tengo mis dudas".

Analista: "Si yo lo amase, se pondría a prueba su dificultad personal, pero mientras no hay nadie a la vista usted no es puesto a prueba y puede conservar la idea de que quizá todo ande bien. Me está diciendo que en este campo no tiene experiencia, que simplemente no lo puede saber".

(El paciente está adormecido.)

"Me está contando de esta profunda escisión en su naturaleza, tal que sus impulsos no establecen contacto, sino que su aceptación de la realidad está referida a un falso self que no da el sentimiento de ser real."

Paciente: "Sí, y si ésa es la situación, ¿qué puede hacerse? ¿Reconocerlo la modifica en algo? Es fácil comprender, pero... ¿cómo puede obrarse frente a la falta de sentimientos?".

Analista: "Digamos, entonces, que así está usted, y no ve salida".

(Está adormecido.)

Paciente: "Pero este adormecimiento no está directamente relacionado con lo que venimos diciendo. Es más bien la situación general, una reacción frente a la desesperanza de la situación".

Analista: "Por la propia naturaleza de las cosas, usted no puede ver ninguna salida".

Paciente: "Durante dos años estuvimos sacando a relucir interesantes ideas y todo eso, pero no estamos por ello más cerca de abordar este problema fundamental".

(Se duerme.)

"Tuve una impresión curiosa, casi un sueño. Alguien quería ponerse en contacto conmigo por cuestiones relativas al hospital. ¿Qué haría usted si pasara esto? ¿Si el mundo externo se metiera en la situación analítica?"

Analista: "El sueño es exactamente sobre el mismo tema del que estábamos hablando. Usted trae un contacto originado en el hospital, y eso está bien porque no es sobre usted. Aquí, en cambio, nada sirve si no es sobre usted, y entonces pierde la esperanza. Muestra que lo que teme aquí es estar despierto y sentir que no tiene ninguna esperanza de contacto conmigo".

(Se adormece.)

"Le resulta difícil permanecer aquí separado de todo contacto, aislado de hecho."

Paciente: "Sí, cuando le oigo decir palabras encantadoras, la idea de que usted y yo estemos aquí juntos se me vuelve remota".

Analista: "La condición previa de la próxima etapa es esta otra, difícil, en la que usted está conmigo y sin embargo aislado".

(Se duerme varios minutos.)

Paciente: "Casi parecería que, en parte, la dificultad para hablar aquí es que inconscientemente yo me aílo a mí mismo de forma deliberada, por así decir. Tengo necesidad de no establecer contacto".

Analista: "Sí. Sin embargo, parece que se maneja con una abstracción, y trata de volverla real".

Paciente: "Sí, eso es lo que trato de hacer, convertir la abstracción en una realidad. Es tentador eludir las cuestiones durmiéndose, pero no ayuda, y en cierto sentido siento que así lo pongo a usted en contra de mí, porque me señaló que el dormirse puede ser valioso a raíz del sueño que puede acompañarlo. Siento que dormirse lleva a un estancamiento".

Analista: "La alternativa es muy difícil para usted: estar despierto aquí, pero no en contacto".

Paciente: "Sí, parece haber una única solución, dormirse, con la idea de que al despertarme encontraré todo cambiado y el problema resuelto".

Pausa

(Se adormece... En este momento se lleva la mano a la sien y la frente, un ademán poco común; tal vez es la primera vez que ocurre.)

"Por momentos parece, aunque ya lo dije antes, quede vez en cuando recapitulo y compruebo que estuve dormido, y entonces me quiero castigar por mi inutilidad. Es una pérdida de tiempo."

Analista: "Hace un momento se llevó la mano a la cara. Si yo fuese una madre sensible y usted fuese mi bebé, yo sabría que su cara necesita un contacto, y acercaría su rostro a mi pecho; pero usted tuvo que hacer de mamá y de bebé, y su mano debió representar el papel de mamá".

(Al comienzo de esta interpretación, no pudo resistir y se quedó dormido.)

Paciente: "Sigo enfrentándome con el hecho de no estar aquí. No siento que sirva de nada".

Analista: Le repetí mi interpretación.

Paciente: "Eso lo capté, pero tengo que haber especulado sobre lo que iba a hacer usted; me horrorizaría que usted hiciese algo. Parecía darme a entender que usted tendría que establecer un contacto físico".

Analista: "¿Recuerda el dolor de cabeza que usted sentía fuera de su cabeza, y mi interpretación sobre que le sostuvieran la cabeza, el día que usted había sostenido entre sus manos la cabeza de un chico?".

Paciente: "Aquí encaja una paradoja, que he analizado con mis colegas, sobre los pacientes que concurren a nuestros consultorios externos. No quiero seguir viendo a gente para la cual no es mucho lo que puedo hacer. Pero ocurre que a muchas personas les gusta venir al hospital, incluso las largas esperas. Ahora atiendo más a menudo los consultorios externos y cada vez debo tomar una decisión sobre la concurrencia futura al hospital. Lo que me impactó es que ellos quieren que uno los tome de las manos, vale decir, no se contentan con un contacto verbal; necesitan algún contacto físico".

Analista: "Y si no se les practica el examen físico, lo extrañan, ¿no es así?".

Paciente: "Sienten que la visita ha sido malgastada si lo único que uno hizo fue hablarles. Basta un examen físico superficial para que todo sea diferente".

Analista: "Sugiero que el tema es la soledad, que es más o menos universal, y que ése es el mismo tema que el hecho de estar usted aquí aislado, no en contacto conmigo".

(¿Se adormece?)

Paciente: "Estoy tratando de sintetizar esta idea del contacto físico Este adormecimiento mío hoy es nuevo, vale decir, sucede en un contexto distinto. Toda esta somnolencia de hoy surge del conflicto entre querer un contacto físico y horrorizarme si lo recibo".

Analista: "No sé si recuerda que en el episodio del dolor de cabeza que estaba fuera de su cabeza, usted me dijo que si yo le hubiese sostenido efectivamente la cabeza, habría sentido que ésa era una aplicación mecánica de una técnica. Lo importante era que yo comprendiese y sintiese su necesidad".

Paciente: "En el plano de los sentimientos, necesito el contacto físico, pero me horroriza la idea de recibirlo aquí. Sin embargo, siento que tendría que quererlo, en algún lugar".

Analista: "Su amiga le brindaba un contacto físico que era importante para usted, pero ese contacto, que le correspondía recibir aquí, lo obtenía afuera. Ahora tiene un conflicto entre necesitarlo y horrorizarse por él. Cuando era bebé, su necesidad era muy concreta y simple. La cuestión es: ¿hasta qué punto es un bebé aquí y ahora, y es válido afirmar que estamos hablando juntos sobre un bebé?".

Paciente: "Reconocer la necesidad de contacto físico es un paso importante del

progreso. Al principio sólo era una abstracción intelectual, la cuestión era si como idea resultaba atractiva o no".

Analista: "Pero ahora usted se refiere a necesidades reales".

Paciente: "Esto puede resultar obvio, pero en algunos casos el contacto que necesito puede ser verbal, o sea, si es que llega en el momento oportuno. Hubo días, en los últimos tiempos, en que al llegar a casa me encontraba con que mi esposa no se interesaba por mí, ni siquiera me saludaba. Esto me perturbaba, pero nunca armé ningún lío porque sé que no sirve de nada. sin embargo, pensé que si recibiera algo de ella en el momento oportuno, bastaría con que fuese una palabra".

Analista: "Diría que una interpretación correcta y oportuna es una especie de contacto físico".

Paciente: "Se me ocurrió algo. En las últimas semanas noté un gran cambio. Originalmente, un año atrás, disfrutaba del cine porque durante unas horas podía dejar de lado mi problemática identificándome con los personajes de la película; por eso me molestaban los intervalos en que se prendían las luces. Ahora, si voy al cine -lo hago muy de vez en cuando-, me siento peor cuando vuelvo a casa, más fuera de contacto y malhumorado. Ya no quiero perderme en los personajes de las películas. Ahora todo anda bien si voy con alguien, de modo que al salir hayamos tenido una experiencia en común. Ahora me doy cuenta de que solía ir al cine para enterrarme más todavía en el lugar remoto. Es fastidioso que mi esposa no quiera hablar de las películas conmigo. O todavía no vio la película, y entonces no quiere que se la cuente, o si la vio fue hace un tiempo y ahora eso la aburre".

(A raíz de sus dos hijas, rara vez podían ir los dos juntos al cine.).

Biblioteca D. Winnicott

Viernes 18 de marzo

Paciente: "Mientras venía tuve la sensación de que hoy no quería decir nada; de que sería mejor que usted empezase, formulando preguntas".

Analista: "Sí, es extraña esta manera de echarse toda la responsabilidad encima. ¿Recuerda de hecho lo que pasó ayer? ¿Se relacionaba esta idea con lo que sucedió ayer?".

Paciente: "No, simplemente ésa era mi actitud. Creo que las últimas veces no he sido productivo, no he tenido mucho para decir. Así que si usted acepta la responsabilidad, no podrá decir que fue por causa mía que no pasó nada. Tal vez haya muchas otras cosas aquí, sin embargo. Cuesta aceptar la responsabilidad por la forma como se desarrolla la sesión, decidir qué es lo que interesa, y también qué es lo que uno no va a decir. ¡Hay un montón de cosas que deben desecharse porque no tienen importancia! Sobre algunas no quiero hablar. Antes suponía que debía hablar de todo, pero al aumentar la cantidad de ideas tuve que encontrar motivos para suprimirlas. Aquí siento excitación. La cuestión es: ¿quién va a ser el padre?".

Analista: "¡Por cierto!".

Paciente: "Me causa ansiedad estar en el papel de padre, me preocupa lo que usted pueda sentir al respecto. Se está produciendo un cambio, y usted me resulta menos impersonal, menos un analista puro. Este cambio sucede en general, además. Me he vuelto más consciente del efecto que tiene lo que digo sobre la gente, aparte del análisis. También está la dificultad de hablar con mi esposa, cuando selecciono cuidadosamente por temor a decir algo que cause un determinado efecto en ella".

Analista: "Está empezando a ver que la elección de lo que dice puede formar parte de su angustia (resistencia)".

Paciente: "Al principio no tenía el problema de suprimir, había mucho para decir, y después me olvidaba o me dormía. Estos métodos se están gastando un poco ahora, y preciso uno nuevo si algún tema presenta características desagradables".

Analista: "Aquí yo estoy vinculado muy directamente a su esposa". (Dudosa como interpretación en este punto.)

Pausa

Paciente: "Una cosa más: está la otra técnica, hay muchos detalles, y cada uno de ellos es obvio, demasiado trivial para escogerlo".

Analista: "¿Se le ocurre alguno?".

Paciente: "Bueno, estaba esa idea, esa idea fugaz, algo sobre contar botones. Me pareció trivial en esencia".

Analista: "¿Asocia algo con esas dos palabras?".

Paciente: "No, nada en este momento, sólo que estuve charlando con mi esposa y su madre sobre la cantidad de botones que tiene el uniforme de un guardia. Yo no tenía idea de que cada regimiento de guardias usa un número específico de botones".

Analista: "¿Y sobre el contar?".

Paciente: "Bueno, mi hija está aprendiendo a contar y le gustan mucho los juegos en que hay que contar, contar objetos, etc. Además está la idea de contar ovejas, una costumbre a la que nunca recurrí cuando no podía dormirme".

Analista: "La idea de los botones apareció hace poco en el análisis, ¿lo recuerda?".

Paciente: "No".

Analista: "Usted habló sobre Ernest Jones y una referencia que éste había hecho a un botón, que se conecta con la idea del canibalismo".¹

Paciente: "¡Ah, sí!".

Analista: "Y sucede que al final de la última sesión estaba el dentista, que en su imaginación se confunde fácilmente con la idea de un hombre que castiga por morder arrancando los dientes. Así que contar botones puede ser o bien una manera de tranquilizarse viendo que están todos los botones presentes, o de llevar la cuenta de los botones que quedan adentro después de una orgía canibalística".

Paciente: "¡Ah, sí! Y además me viene la idea del 'botón de la panza' [ombligo] como le dicen, que significa estar desvestido. En ese momento pensé en los pezones. La idea de los pezones me acudió antes que la del ombligo".

Analista: "Se plantea esta cuestión: ¿hay dos pezones, o hay un pezón dos veces?".

Paciente: "He ahí el dilema. Para un bebé es difícil decidirse por cual de los dos pechos empezar a tomar la leche". (En este punto, el paciente parecía un bebé reviviendo sus experiencias, con el dedo pulgar de la mano derecha metido en la boca. Habitualmente se chupaba el pulgar de la mano izquierda.)

Analista: "Este es sin duda el comienzo de la aritmética".

Paciente: "Dos podría querer decir mamá y yo".

Analista: "También está el problema de que en algún momento el bebé conoce dos pezones, pero en una época más temprana (no importa cuál sea esa época) había uno solo, duplicado, por así decir".

Paciente: "Con mi hija yo siempre me tomo el trabajo de bañarla y de incorporarme a su vida lo antes posible, idea que tomé de mi padre, por lo que recuerdo. El decía que participó cuanto antes en el cuidado de sus bebés para que lo reconocieran y aceptaran como padre, y poder así hacer valer sus títulos de padre. Me siento con culpa por haber hecho esto en menor medida con el segundo bebé, por diversas razones. Me pregunto: ¿esta nena me reconocerá como padre, igual que la mayor?". Pausa. "Siento el impulso de castigarlo a usted quedándome callado, no contándole mis pensamientos."

Analista: "La primera cosa sobre esto es que usted necesita hacer valer su poder de retener las ideas, para comprobar que yo no conozco mágicamente sus pensamientos".

Paciente: "En el psicoanálisis, si yo lo castigo, usted puede castigarme enfermándose o no viniendo a atenderme; cuenta con los medios para imponerme un castigo extremo". (Inversión directa de un impulso.)

Analista: "Este poder del psicoanálisis para castigar en una forma burda, vengativa... ¿se quedó dormido?".

Paciente: "Espero ser dominado, así que me aparto de mi camino para evitar castigar, para evitar la retención. No quiero castigar a nadie, salvo que en los últimos tiempos he podido perder un poco la paciencia, en alguna medida. Hay una especie de reconocimiento de la rivalidad en esto".

Analista: "Se está ocupando de la transición que lleva del castigo vengativo a la concepción humanizada de un padre que le pega".

Paciente: "Sí... sí... (Se queda dormido y se despierta, probablemente sin haberse dado cuenta de que se durmió.) ¡El castigo puede tomar tantas formas! En una sala común de hospital, puede formar parte de todo un plan de castigos para mantener a un paciente largo tiempo en una misma sala. Es como trazar líneas".

Analista: "¿Pensaba en los castigos escolares?".

Paciente: "Sí, pero también allí evité el castigo. No era muy frecuente usarlos en la escuela que eligieron para mí".

Analista: "Al no encontrar un rival ajeno a su madre en la forma de una persona separada, el padre, y al tener a su padre como una versión alternativa de su madre, usted debió encontrar su rival en su propia madre; a veces, esto consistía simplemente en que ella se negaba a desempeñar su papel, según usted lo entendía".

Paciente: "Esas palabras, 'se negaba a desempeñar su papel', se aplican exactamente a lo que pienso que hace mi esposa. Esa es su actitud, negarme todo interés y benevolencia. Llegué a esta idea dando un rodeo". (Al paciente siempre lo convencen más las ideas a las que llega por vía indirecta.) "A mi amiga, me resulta difícil llamarla por su nombre, sobre todo cuando estamos practicando el coito; entonces olvido su nombre y por lo común pienso en el de mi esposa. Y en general he dejado de lado los nombres de pila, a pesar de que hace poco tiempo traté de introducir la costumbre de que se los usara en el hospital. Podría decirse que ésta es una negación de la intimidad."

Analista: "Pienso que indirectamente se está refiriendo a su madre y a la forma como se dirigía a ella. ¿Tal vez no la llamaba por su nombre de pila?".

Paciente: "Tal vez la llamara así, de vez en cuando, pero únicamente por mi dificultad para decir 'mamita', que suena horriblemente íntimo. Así que eludí la dificultad evitando usar cualquier nombre. Eludí del mismo modo otras dificultades similares, evitando usar el nombre".

Analista: "La palabra 'mamita' es particularmente 'pomposa'. A ver, ¿cuál era el nombre de su madre? ¿Tiene alguna importancia?".

Paciente: (Me comunicó el nombre.) "No, probablemente no sea significativo".

Analista: "¿Su padre la llamaba por ese nombre?".

Paciente: "Bueno... muy de vez en cuando... normalmente le decía 'mamita'. Ami esposa, después de dos o tres años, tomé la costumbre de llamarla 'mamita', y me reprendí a mí mismo por hacerlo; a ella le molestaba, creo. Es lógico, si hay hijos, ponerle un rótulo que describe una función particular es no reconocerla como esposa. Hago un esfuerzo por usar su nombre de pila, y pienso que para ella es preferible, aunque en realidad nunca me lo dijo. Es una cuestión de preferir la función o la persona. En contraste, llamarla a mi madre 'mamita' habría sido apropiado, mientras que llamarla por su nombre de pila habría sido frío, distante".

Analista: "Usted recordará cómo habíamos empezado: ¿soy un analista o soy una persona? En realidad, usted nunca se dirigió a mí por mi nombre".

Paciente: "Es más conveniente usar el título no específico".

Analista: "Detrás de todo esto hay un peligro que usted percibe. Lo expresaré así: si usted pierde el pecho, corre el peligro de perder su boca también, salvo que la mantenga apartada de todo contacto íntimo con el pecho".

Paciente: "No me doy cuenta...".

Analista: "Tal vez me adelante un poco... pero...". (Aquí repetí la interpretación y vinculé el conflicto con la tendencia a resolver las cuestiones durmiendo.)

Paciente: "Antes de entrar estaba pensando: `Si puedo modificar mi actitud de modo de querer que sea usted quien empiece a hablar, esto será como los cambios que se produjeron por la relación con mi amiga'. Hace un tiempo usted me hablaba de mi actuación de una fantasía masturbatoria, y a mí la idea me horrorizaba. Quiero que las cosas sean reales, no actuadas. Yo alternaba entre la fantasía pura y el hablar de ella. Llegué a una actuación de la fantasía que seguía siendo irreal. Ahora ya no hablo, simplemente hago".

Analista: "En lo que respecta al uso de la boca, usted llegó a un punto en el que el hablar, el actuar y la fantasía se reúnen. Parece que su padre se incorporó a su vida muy temprano, antes de que usted supiera contar hasta dos, o cuando ya sabía contar hasta dos pero seguía amando con la boca y amando el pecho. Al ser él una persona separada, quedó ligado al gran temor a un castigo vengativo por la actividad de la boca. Esto significa que está ligado a la pérdida del pecho-boca, lo cual constituye un peligro tan grande que usted debe evitar toda intimidad entre la boca y el pecho durmiéndose, y con otras medidas. Esto obstaculizó su uso de papá, en una etapa posterior, como un ser humano capaz de castigar, y que podía convertirse en un castrador en la fantasía suya asociada a la erección del pene en su amor por su madre".

Biblioteca D. Winnicott

Viernes 18 de febrero

Paciente: "Lo primero que se me ocurre decir es que hace tres días que vine por última vez, y parece que hiciera mucho más tiempo."

"En un sueño que tuve en la mañana había una parte que recordé. Cuando me desperté estaba en él, y después, al despertarme del todo, lo recordé: en ese momento me inquietó que en lugar de sentirme horrorizado, como tenía que ser, me pareciese muy natural. Lo que soñé es que había seducido a mi hija. Durante un tiempo se me fue de la memoria, y después volvió."

Analista: Le señalé que tenía ese sueño luego de haber sentido amor por su hija, cuando lloró. Le pregunté qué quería decir cuando manifestó que la había "seducido".

Paciente: "Probablemente quiero decir que tuve una relación sexual con ella. Ahora recuerdo que hace poco ella estaba en mi regazo y yo sentí cierta excitación sexual, algo que era necesario sofocar. Fue la semana pasada, durante un período en que yo estaba excitado y mantenía de vez en cuando relaciones con mi amiga. Todo formaba parte de esto mismo, y en ese período no me masturbé. No quería hacerlo. Además, era capaz de sofocarlo mediante un esfuerzo deliberado, como preparación para tener más potencia".

Todo esto le recordó un problema que había tenido en su casa con su mujer varios años atrás. Por primera vez comentó sus dificultades para excitarse y su eyaculación prematura. En esa época se masturbaba a fin de aliviar la tensión y conseguir un mejor control.

Analista: Le hice recordar que él había comparado la relación con su esposa con una relación entre un padre y una hija, y por lo tanto el sueño indicaba que algo estaba pasando en su relación con la esposa.

Paciente: "Eso se conecta con lo que le iba a decir. Estuve deprimido, porque desde que tuve el sueño vi varias veces a mi chica y me estoy encariñando con ella, pero ahora compruebo que se ha puesto fría".

Había aparecido otra pareja suya anterior, y mi paciente tenía miedo de quedar fuera. Ella había sido seducida por su padre a los 16 años, y por ende lo odiaba. Está el asunto de que para la sociedad una seducción así no es tan reprensible como el incesto entre madre e hijo. En antropología se ve que la relación padre-

hija está permitida, pero no la de madre e hijo.

Dijo que en varias de sus relaciones con chicas, éstas tendían a apoyarse en él porque era bueno, y la relación terminaba pareciéndose a la de padre-hija. El pensaba que ése era un defecto de su personalidad. No podía ser agresivo.

Analista: "Lo que quiere decirme es que no ha podido llegar a odiar al hombre en la relación triangular".

Paciente: "Eso sólo viene después. No es espontáneo. Es una cuestión académica".

Ahora había habido un avance, y existía el peligro de que todo se le fuese de las manos. ¿En qué terminaría? Conoció al que era su rival con la chica.

Analista: En este punto le hice una interpretación abarcadora de los cuatro elementos que únicamente se reunían en la transferencia: dependencia, gratificación instintiva, sueño incestuoso, relación matrimonial.

Paciente: Tras esto, dijo que acababa de recordar que muchos años atrás había soñado que estaba practicando el coito con una mujer, y ahora le parecía que podía tratarse de su madre. Sin duda había algún elemento de su madre en la mujer del sueño. Todo esto vino a sumarse al dilema práctico que se le presentaba respecto de su chica. Las opciones eran todas insatisfactorias:

1. competir con el hombre;
2. retirarse;
3. poner fin a la relación.

Se daba cuenta de que cualquiera de ellas era insatisfactoria y eso lo enfurecía. Esos finales sólo eran cuestiones de conveniencia. Además, mientras venía al análisis había estado pensando hoy que "una vida sin sexo debe ser insatisfactoria, por más que de ese modo pudieran evitarse las dificultades; sin expectativas, no sería vida". Dijo que, desde muy temprano, él había adquirido, de un modo u otro, la idea de que el coito es deseable, algo que sabía que él quería aunque no lo necesitase.

Analista: Le señalé la ausencia de padre en sus sueños.

Paciente: Fue aquí cuando me contó algo más sobre su rival respecto de la chica, que también era un hombre casado y con dos hijos. Pensaba que era insatisfactorio que en esta relación hubiera dos hombres, cada uno de los cuales seguía los pasos del otro (identificado).

Analista: Le señalé que el sueño sobre su hija y la relación con la chica eludía los intensos sentimientos y conflictos propios del sueño sobre su madre.

Paciente: Dijo que yo debía recordar que en los últimos años él no había tenido ningún sentimiento respecto del padre. Todos sus sentimientos estaban deformados y enterrados, salvo cuando aparecieron en una etapa del análisis. (Asoció la falta de sentimientos sobre el padre con la falta del padre en el sueño.)

Añadió: "Usted debe recordar que lo que estaba sucediendo con mi chica era una actuación. Por más que yo lo consideraba algo natural, era una actuación, y la actuación tuvo un final abrupto. Es lógico que yo sienta esta temporaria depresión; creo que lo que me espera por delante es sombrío".

Analista: "Con respecto a esta actuación, lo que sucedió es que usted se ha enterado del significado oculto presente en la masturbación".

Pausa

Paciente: "También en la depresión".

Continuó diciendo que necesitaba tener a alguien a quien contarle todas estas cosas, que no fuera ni la chica ni su esposa. No tenía amigos lo bastante íntimos, no había tenido ninguno por muchos años, y en el análisis todo se tomaba muy en serio. Necesitaba a alguien con quien pudiera jugar y hacer chistes. Algunos hombres, cuando sienten que los dejan plantados, se dan a la bebida, otros se ponen a trabajar demasiado o lo charlan con alguien.

Analista: "Lo que usted me está diciendo es que le falta una amistad íntima, y que tendría que ser la de un hombre".

Paciente: "Sí, quizás".

Analista: "Y además sería preciso que también él le hiciera confidencias".

Paciente: "Sí, porque sólo así evitaríamos que uno se apoyase en el otro".

Analista: Le pregunté si alguna vez había tenido un amigo, y me contó que tuvo uno en la facultad.

Paciente: Dijo que, en realidad, nunca había tenido a nadie que fuese el hombre más indicado, y que su esposa permanentemente le hacía bromas con el asunto de que debía recurrir a algún conocido de ella. Agregó que sentía que se acercaba el final de la sesión, y que él sería despedido, lo cual significaba que lo iban a dejar plantado. Por eso era importante no dejar que las cosas surgieran cerca del final.

Analista: Me expliqué sobre el cabal significado de esa frase, "dejarlo plantado", con la que me vinculaba estrechamente a mí con la chica. Le dije: "Aquí sólo somos dos, y si yo lo dejo plantado, usted no tiene con quien enojarse".

Paciente: "No estoy seguro, pero creo que hay alguien esperando en la puerta".

Sucedió que yo debí atender al próximo paciente, un hombre, y cuando lo acompañé a él hasta la salida me dirigió una mirada con la que me quería dar a entender que le gustaba ese juego triangular, en el que él odiaba a un hombre responsable de que una chica lo dejase plantado.

Biblioteca D. Winnicott

Viernes 1 de abril

Las anotaciones sobre esta sesión fueron hechas cuatro días más tarde. En el curso de esta sesión volví a tomar algunas notas.

Paciente: "Bueno... algo me desconcertó... mi amiga me tiene muy trastornado. Tuvo que internarse en el hospital y no me permite visitarla por temor a que mi presencia le moleste a algún otro amigo de ella. Estoy muy rabioso con ella y con mi esposa. La cuestión es si el hombre sabe acerca de mí. Es igual con mi esposa: no quería molestar a su amigo y suponía que yo era capaz de aguantar cualquier cosa... Por supuesto, no es que yo pretenda un amorío exclusivo; esta idea me alarma".

Analista: Le hice una interpretación sobre la repetición de una situación en la que él se enoja con la chica por frustrarlo, y no con el hombre.

Paciente: "Parecería muy conveniente que me encontrase otra chica, pero obviamente ésa no es la solución".

Analista: "Con usted siempre las cosas se presentan como ahora, y la razón es que todo el tiempo se la pasa buscando a su madre, y que su padre no cumplió con su cometido de interponerse entre usted y su madre. Si lo hubiera hecho, se habría convertido en una persona frustradora; usted habría tenido que llegar aun acuerdo con él, y él lo habría dejado en libertad frente a todas las demás mujeres".

(El paciente se durmió.)

"¿Se quedó dormido?"

Paciente: "No, no lo creo". (Pero resultó evidente que sí.) "No veo cómo avanzar en lo inmediato. Últimamente estuve perdiendo la paciencia en el hospital y haciéndole pagar el pato a otros. Aprendí que en el pasado fui demasiado blando, demasiado inofensivo, que toleré a todos; en cambio ahora me enardezco. Quise enardecerme con mi chica, pero pensé cuánto mejor sería perder la paciencia en casa, con un propósito mejor."

Analista: "Como puede ver, acaba de perder la paciencia conmigo aquí, y en la situación imaginaria yo soy, en algún grado, la persona que le ha prohibido visitar a la chica. En la sesión anterior usted me dijo que en parte estaba esperando que

yo le dijese que tenía que apartarse de ella".

Paciente: "Pensé en eso, que usted podría estar celoso. No me gustó que mi chica usase la palabra `precioso' para dirigirse a mí. Es lo que usan las prostitutas... algo impersonal. Probablemente tenga más intimidad con el otro hombre, ya que lo conoce desde antes que a mí. Prefiero que me diga `querido', siempre y cuando lo diga como corresponde. Todo depende. Puede ser auténtico o artificial... Además, yo tiendo a olvidarme de su nombre cuando hacemos el amor".

Analista: "Me contó que a veces piensa en el nombre de su esposa en ese momento".

Paciente: "Ah, sí, lo había olvidado. ¡Me olvido de las cosas con tanta facilidad!, en especial de los nombres. Podría llamar a la gente por su nombre de pila si la conociera bien".

Analista: "¿Cómo la llamaba papá a mamá?".

Paciente: Mencionó el nombre de pila de su madre. "O tal vez usara la palabra `mamita' cuando hablaba de ella... Con mi chica sentí que debía usar su nombre de pila, pero no pude, o me lo olvidé. Por teléfono le digo: `¡Hola querida!', y así eludo la cuestión. Lo mismo pasa con mi esposa. Usar el nombre de pila es un poco afectado, salvo cuando son adultos que hablan de los chicos. Para los niños en la adolescencia es bastante complicado saber cómo tienen que llamar a sus padres. ¿Por sus nombres de pila o `mamita' y `papito'? ¿Dependencia o independencia en la relación? Hay palabras pomposas, como `madre', que suenan inoportunas".

Analista: "Pero en este examen suyo de los nombres se reflejan las dificultades que usted tuvo en su adolescencia con sus padres".

Paciente: "Sí; está bien que una chica diga `papito', pero que un muchacho diga `mamita' parece incestuoso. La sociedad aparentemente tolera mejor la idea del incesto entre la hija y el padre, que entre el hijo y la madre. Creo que la antropología viene en apoyo de esto".

Analista: "¿Está hablando de ideas abstractas o de la relación sexual concreta?".

Paciente: "Creo que me refiero a todo, incluida la relación sexual. Entre madre e hijo es muy objetable. La palabra `querida' para dirigirse al otro corresponde a una relación íntima. La cuestión es: ¿qué quiere decir incesto? Yo podría haber dicho `amor' o vínculo emocional. Con mi chica la relación sexual es aceptable, mientras que el amor es más dudoso. Hoy me dijo: `Por supuesto que me molestaría que no te sintieras perturbado`".

Analista: "Recorre a la prohibición del incesto entre madre e hijo por la sociedad porque no puede encontrar al hombre que se interponga entre usted y su madre, lo cual significa que papá no cumplió su cometido en esto; así, usted no siente odio ni miedo al hombre, y vuelve a estar en la antigua situación de quedar frustrado por la mujer, o de lo contrario desarrollar una inhibición interna".

Paciente: "Es la chica la que prohíbe".

Analista: "Usted está permanentemente buscando a un hombre que le diga `No' en el momento oportuno; alguien a quien pudiera odiar o desafiar, y con el que pudiera llegar a un acuerdo. Y me está permitiendo a mí ubicarme un poquito en esa posición, en la medida en que está un poquito enojado conmigo".

Paciente: "Se me ocurrió que ya debe de haberse acabado la hora, y que de alguna manera eso es como decirme 'No'".

Analista: En ese momento, como ya había llegado la hora de interrumpir la sesión, le manifesté: "En tal caso le digo `No', lo que significa que por hoy no tenemos más análisis. Me interpongo entre usted y el análisis y le digo que debe irse".

Biblioteca D. Winnicott

Viernes 17 de junio

Paciente: "Yo solía creer que era importante hablar de cómo me sentía: ahora me parece que, comparativamente, es poco importante. Los sentimientos y los estados de ánimo son variables, transitorios; dependen de factores variables. Más importante es llegar hasta lo que hay por detrás del estado de ánimo".

Analista: "Sí, está diciendo algo en lo que yo no había pensado. Su estado de ánimo fue lo más cercano a su propio ser a lo que usted tuvo acceso".

Paciente: "Algo que puso de relieve la poca importancia de mi estado de ánimo fue que me di cuenta de que a los demás no les impresiona cómo se siente uno".

Analista: "Cuando alguien le pregunta: '¿Cómo estás?', decididamente no es para enterarse de si le duele el codo. Por lo tanto, no se trata de seguir la idea implícita en esa pregunta".

Paciente: "Esto se relaciona con algunas cosas sobre las cuales nos peleamos mi esposa y yo, y la regañé porque no le interesaba saber cómo me sentía yo. Ella me contestó: '¿Con qué objeto? Tú estás siempre a la miseria'. Y hay algo más. Antes de venir tenía una confusión sobre los motivos de mi dificultad a mi renuencia a hablar. Hay dos factores: el miedo a la furia y la desesperanza de ser amado. Supongo que .si uno de ellos es correcto, el otro debe estar equivocado. Las dos últimas veces desapareció la rabia".

Analista: "Puede haber una conexión entre ambos factores. Uno debe tener cierta esperanza para poder enojarse. Para enojarse, uno debe ser capaz de tener presente aquello que anhela, al mismo tiempo que reacciona por su falta".

Paciente: "En tal caso la idea de que yo carezco por completo de esperanza es una exageración. Uno exagera para simplificar, para encontrar una causa de todas las tribulaciones".

Analista: "A menudo hemos visto que el hecho de aclarar un punto nos conduce al siguiente".

Paciente: "Realmente me doy cuenta de que una sola cosa no puede resolverlo todo".

Analista: "Hay una diferencia entre la furia y la privación que se ha sufrido. Usted

llegó a una furia teórica, pero sufrió una privación real en las últimas semanas".

Paciente: "Es cierto, la furia fue un poco teórica, salvo que experimenté una vaga molestia. Pienso que debe haber quedado rabia en alguna parte. Otra cosa sobre la rabia: siempre es un estado de ánimo temporario, nunca dura mucho. ¿Es así, o debe haber una rabia enterrada que me resulta insostenible?"

Analista: Vemos que usted va y viene de la rabia, la cual genera sus propios peligros, a la desesperanza, que no es tan peligrosa pero lo hace sentir que la vida es fútil". Pausa. "En el análisis usted llega a ciertos peligros asociados con la rabia, y ahí vuelve a la desesperanza."

Paciente: "La rabia es más productiva que la desesperanza, que es negativa".

Analista: "Usted se siente más real cuando tiene rabia, aun cuando las ideas correspondientes entrañan un sentimiento de peligro".

Paciente: "La rabia implica un objeto, pero la desesperanza... bueno, no hay nada a lo que aspirar. Así que hoy posiblemente sea más útil que haya entrado la rabia en el diálogo. Me atrae la idea de alcanzar la desesperanza, pero parece como si hubiera llegado a un punto muerto y durante dos días se hubiera extinguido la rabia.

"Creo que me estoy poniendo un poco repetitivo. Se me ocurre que puedo aburrir al volver constantemente sobre lo mismo. En las reuniones sociales, sé que aburro a los demás con mi monotonía, pero no puedo dejar de seguir en eso. La alternativa es desesperanza, silencio, absolutos."

Analista: "Puede haber rabia al percatarse de la privación, cuando usted siente esperanza y desesperanza casi al mismo tiempo".

Paciente: "La desesperanza sólo es relativa, porque si fuera total no la podría reconocer".

Analista: "Sí".

Pausa

Paciente: "Ahora veo que tendría que empezar a pensar en la próxima etapa, utilizando estos descubrimientos. Noto que, al revés de lo que pasaba las semanas anteriores, no estoy somnoliento. Esto es decepcionante si la somnolencia era prueba de que algo estaba emergiendo. Si estoy despierto, empiezo a pensar con claridad en el futuro, y tal vez esto sea improductivo".

Analista: "La nueva situación surge a partir de una idea opuesta a la de la privación: y es que aquí y ahora, en alguna medida, yo le tengo cariño... una

nueva versión de la serie de acontecimientos de su análisis que comenzaron con el medio ambiente." Quiero decir un cariño sin condicionamiento s ni sanciones, ni más ni menos que mi capacidad para identificarme con usted".

Paciente: "Se me antoja que he llegado a la misma situación en que estaba cuando vine a verlo por primera vez, o sea, en el primer análisis. No se me ocurría de qué diablos podría hablar".

Analista: "Vale decir, que si yo lo hubiese conocido y para eso yo habría tenido que ser mago-, le habría hecho en ese entonces el mismo comentario que le estoy haciendo ahora. Le habría dicho quizá: `la única forma de que usted empiece a hablar es que yo vaya hacia usted con cariño, y usted esto no puede decirlo porque no lo sabe'. Esto fue dramatizado al principio del segundo análisis, cuando a usted ni se le ocurría que podía querer verme, y si yo no hubiese ido a buscarlo, no habría venido. Por supuesto, esto no modifica el hecho de la primera privación, la de su temprana infancia; yo sólo le ofrezco un amor sustituto".

Paciente: "Siento que no podía empezar porque no tenía nada sobre lo cual trabajar. Jamás tuve la idea de que usted debería empezar las cosas".

Analista: "Llegamos así a un significado positivo del silencio... expresa la idea de que el comienzo tiene que venir de mí".

Paciente: "Esto no es nuevo. Recuerdo que antes me sentía desesperanzado sobre la posibilidad de producir algo, pero pensé que lo que pasaba es que me habría gustado que usted produjera algo primero. Ahora veo que es algo más que pura conveniencia".

Analista: "Si a usted le gusta que yo empiece, deja de ser bueno que yo empiece, porque al hacerlo no hago sino responder a su deseo. Para adaptarme a su necesidad, debo ir hacia usted con amor antes de que usted conozca esa necesidad propia".

Paciente: "Esto me recuerda mi relación con las mujeres, que sólo empieza cuando ellas dan los primeros pasos. No tengo esperanza alguna de hacer una conquista. Si lo intento, de entrada parto de la premisa de que no tengo esperanza. No sé por qué será importante que el impulso inicial venga de fuera, salvo que en una etapa temprana no haya venido".

Analista: "Desde su punto de vista, correcto o no, su madre era incapaz de abandonarse e identificarse con usted, su bebé. Se dará cuenta de lo que le quiero decir si piensa en la palabra `confinamiento'; implica que la madre, como el bebé, está inmersa en un proceso que pone de manifiesto la identificación temporaria de ella con el bebé, que es casi total. De la misma manera, yo estoy inmerso con usted en el proceso de su análisis, de su remontarse a la dependencia infantil y volver a crecer emocionalmente desde allí. Usted sólo

puede empezar a existir si yo quedo inmerso como usted en este proceso".
Pausa. "Esto nos lleva a considerar las motivaciones del analista."

Paciente: "Sí, de hecho yo estaba pensando: `Me pregunto, en términos generales, qué persigue, cuál es su fe en la capacidad que tiene para hacer algo'. Un amigo médico estaba hablándome hace poco sobre su futuro y me decía que había pensado en intentar psiquiatría; que podía ser rentable. No creía para nada que la psiquiatría fuese útil; `en realidad es una pérdida de tiempo', me dijo. Me molestó esta idea de la pérdida de tiempo, pero también yo tengo dudas sobre si hay o no algo de verdad en eso. Me pregunté si usted no consideraría tal vez al psicoanálisis como un experimento, del cual ignora el resultado".

Analista: "Tal vez lo practico por dinero, tal vez no creo en mi capacidad para llegar a algún lado, pero lo que a usted le preocupa es: si el análisis fracasa, ¿sufriré como usted?".

Paciente: "Sí, porque en caso de decidir que el psicoanálisis es una buena carrera, todo es tan sencillo... Tal vez usted no crea en él pero lo realice como un ejercicio técnico, y esté preparado a tirar todo el trabajo por la borda si encuentra algo más promisorio".

Pausa

Analista: "Al comparar la labor del analista con la del médico usted aprecia una diferencia. El médico trata enfermedades, y si cura al paciente de la enfermedad, su tarea terminó. El analista, por el contrario, necesita tener hacia el paciente un sentimiento positivo en la relación, algo que no termina con la cura de la enfermedad. Esta preocupación por la existencia de ese ser humano está subyacente en cualquier deseo que pueda tener el analista de curar al paciente de su enfermedad".

Paciente: "Llegamos a esto antes, lo recuerdo, hace unos meses, poco después de que yo retomé con usted, después que hablamos de las causas inmediatas de la tensión. Todo se conectaba con la pregunta: `¿Por qué razón hay que hacer psicoanálisis?'. Si todo lo que se requería era aliviar los síntomas, yo no necesitaba venir. Esto responde a un problema sobre el cual yo nunca había encontrado la respuesta: cómo decidir si alguien necesita o no necesita análisis. Gira en torno de si se comprueba que lo importante son los síntomas, o si éstos constituyen un problema secundario con relación a alguna otra cosa.

"Esta mañana, antes de venir, tuve una idea; pensé hasta qué punto yo tendría que ser ambicioso, luchar, ¿o es que llegué a una etapa en que la mejor política sería vivir con mis limitaciones? Me preguntaba si, una vez que uno renuncia a su ambición, puede quedar satisfecho, o al menos encontrar una manera de vivir factible."

Analista: "Está llegando a una situación en la cual ya puede considerar estas cuestiones".

Paciente: "¿No hay un estado en que uno se esfuerza demasiado, de modo tal que deja de existir? Hay una analogía: si miro un cuadro y no me gusta, ¿debo seguir tratando de que me guste, o pasar al siguiente, con el que disfruto y que me da placer, y olvidarme de que supuestamente tenía que obtener algo del primero?".

Analista: "Aquí acaba de aparecer la idea de su propia existencia, en contraste con la idea de vivir para estar a la altura de las expectativas de algún otro".

Paciente: "Las expectativas pueden venir de dentro".

Analista: "Sí, seguro, de personas de dentro que hasta cierto punto fueron edificadas sobre la base de personas de fuera, como papá, a quien usted quería complacer. Pero debió conservar a estas personas introyectadas porque le faltaba el sentido de tener derecho a existir".

Paciente: "Eso lo sintetiza: al tratar de conseguir ser yo mismo, tuve que usar soportes artificiales, que ya no son necesarios. Ahora me doy cuenta de que hay una esperanza mucho más positiva. Puedo vislumbrar una situación que surge, un futuro previsible, no tan remoto; podría ser posible decir que esto ha ocurrido. Yo solía sentir que no había perspectivas de que yo empezara realmente a existir. Era como una provocación a usted para que hiciera lo imposible, pero sin que yo creyese que algo pudiera pasar en realidad".



Biblioteca D. Winnicott

Decimoquinta Consulta

(Agosto 3, 1966)

Gabrielle (ahora de casi cinco años) llegó con su padre; lucía muy bien y muy madura. Estaba impaciente y llena de sentido de la anticipación. Hablamos un poco de las vacaciones que acababa de pasar y de mi casa, que, evidentemente, estaba en manos de los fontaneros: Se dirigió sin vacilar a los juguetes (mientras el padre entraba a la sala de espera), y antes de que yo me hubiese acomodado en la silla baja de junto a la mesita sobre la cual tenía papel para tomar notas, dijo: «Lindo perrito, cogiendo el trozo de viejo singing top. «Ahora tengo cuatro años... en agosto. (aludiendo al hecho de estar a punto de cumplir cinco años). Sucedieron muchas cosas que no pude apuntar, y me valí de una especie de taquigrafía para los detalles de la confusión de juguetes.

Gabrielle: Barcos. Mi exhibición de bragas. ¿Dónde está el rodillo?

Le señalé la regla cilíndrica que había empleado para su juego especial en la sesión anterior.

Gabrielle: Es bonito. Jugaremos al juego...

Me dirigí a la parte principal de la habitación y tomamos posiciones. Fingí no estar seguro de cuál era el juego y ella me mostró cómo hacía avanzar y retroceder el rodillo. Golpeó mis rodillas con él, y me mató y caí muerto y siguió un período de escondite y búsqueda. Cuando apunté esto, observó: «Siempre escribes.» Y le expliqué que tomaba notas para poder recordar lo sucedido en detalle.

Yo: Lo recuerdo todo sin notas, pero no puedo retener los detalles, y me gusta recordarlo todo para poder pensar en ello.

Jugamos, haciendo avanzar y retroceder el rodillo, con consiguiente escondite y búsqueda, a partir del momento en que ella me daba muerte (1). Luego, yo la

mataba y me escondía, para que ella me hallase. Le dije que me estaba haciendo saber que me olvidaba y que yo la olvidaba a ella cuando nos separábamos por las vacaciones, pero que en realidad sabíamos que era posible encontrarse.

No tardó en finalizar lo que tenía que decirme en su lenguaje de escondite-y-búsqueda, y regresó a los juguetes. Hizo algo bastante deliberadamente seductor. Cogió la pequeña bombilla eléctrica con el dibujo de una cara y se la llevó a la boca, mirándome de un modo significativo; luego se alzó las faldas hasta la altura de las bragas. Era una especie de invitación de music-hall. Junto a ello, aseguró que conocía una forma perversa de recitar El buen Rey Wenceslao, que su madre sabía:

Gabrielle:

El buen Rey Wenceslao miraba
la fiesta de San Esteban.
Una bola de nieve le golpeó el hocico
y se lo quebró;
Mucho brillaba la luna esa noche, aun
que el dolor fuera cruel.
Entonces vino el doctor, montado en
una mula...

En el curso de este episodio, pleno de cierta excitación difusa, yo había dibujado el perro, cooperando con ella. Comenzó como una copia del rostro de la bombilla.

Gabrielle: Te mostraré lo que sé dibujar. Me cuesta hacer orejas; tiene el pelo largo, hermoso pelo... mira, me he ido al otro papel, y a la mesa. Es un poco garabato...

Dije que aparentemente, dibujaba para mostrarme un sueño, y el sueño se había derramado en la vigilia. Todo parecía indicar que eso era lo que ella quería, porque me contó un sueño y sonó como si tal vez fuera lo que había venido a decirme.

Gabrielle: Soñé contigo. Llamaba a la puerta de tu casa. Vi al Dr. Winnicott en la piscina en su jardín. Así que me zambullí. Papá me veía en la piscina, abrazando y besando al Dr. Winnicott, así que él también se zambullía. Luego lo hacía mamá, luego Susan y [aquí, enumeró a los restantes miembros de la familia, incluyendo a los cuatro abuelos]. Había peces y todo. Era agua seca húmeda (2). Salimos todos y anduvimos por el jardín. Papá se tendía en la playa. Fue un buen sueño.

Percibí que ya había puesto todo en la transferencia y, a su modo, había reorganizado el conjunto de su vida en términos de experiencia de una relación positiva con la figura subjetiva del analista, y el interior del mismo.

Yo: La piscina está aquí, en esta habitación, donde ha ocurrido todo, y donde, imaginariamente, todo puede ocurrir.

Dijo algo acerca de sus manos, húmedas por haber estado nadando.

Gabrielle: Voy a dibujar lo que pueda sobre la lámpara.

Estaba bastante feliz y serena, y sacó todos los juguetes pequeños y las partes de juguetes. Cantaba el tema de «Juntos».

Gabrielle: ¡Qué revoltijo sobre tu piso!

Tuve que reparar un gancho. Hablaba mucho mientras ponía en juego todos los juguetes. Luego cogió la figura del padre (de unos siete centímetros, muy realista, hecha sobre la base de un limpiapipas), y comenzó a maltratarla.

Gabrielle: Le tuerzo las piernas [etc.].

Yo: ¡Ay! ¡Ay! [como interpretación de aceptación del rol que se me había asignado].

Gabrielle: Lo tuerzo más... sí... ahora, el brazo.

Yo: ¡Ay!

Gabrielle: ¡Ahora el cuello!

Yo: ¡Ay!

Gabrielle: Ahora ya no queda nada... está todo torcido. Voy a torcerte un poco más. Grita más.

Yo: ¡Ay! ¡Ay! ¡Ayyyyyy!

Le agradaba mucho.

Gabrielle: Ahora ya no queda nada. Está todo torcido y con la pierna salida y se le ha salido la cabeza, así que no puedes, gritar. Te arrojo lejos. Nadie te quiere.

Yo: Así Susan jamás podrá tenerme. (3)

Gabrielle: Todo el mundo te odia.

Entonces cogió una figura de niño, similar a la anterior, y repitió la operación.

Gabrielle: Estoy torciendo las piernas del chico [etc.].

En medio de todo ello, dije: «De modo que el Winnicott que has inventado era todo tuyo y ahora has terminado con él y ya nadie podrá tenerlo.

Me pedía que gritara más pero argüí que ya no me quedaban gritos.

Yo: Se ha ido todo.

Gabrielle: Nadie volverá a verte. ¿Eres doctor?

Yo: Sí, soy doctor y puedo ser el doctor de Susan, pero el Winnicott que tú inventaste ha terminado para siempre.

Gabrielle: Yo te hice.

Se entretenía con el tren (imitando sus ruidos).

Gabrielle: Quiero quitar esto.

Yo: No sale.

En realidad, ella sabía que el tractor estaba unido al carro de heno y no se los podía separar.

Gabrielle: Oh, cariño, no sale.

Aseguró entonces que todo se veía azul; había cogido las dos copas de Optrex y miraba el mundo a través de ellas. Preguntó cómo hacer para asegurarlas delante de sus ojos. Le daban la sensación de estar nadando debajo del agua. Atornilló los ojos de cada uno a los del otro. Yo podía sostener las copas de baño de ojos con mis músculos orbiculares; y, tras alguna práctica, ella logró hacer lo mismo con una.

Gabrielle: Me gustaría llevármelas a casa.

Siguió hablando de fragmentos de cerámica hallados junto a una carretera en

Francia, y me dio una visión- infantil de la arqueología, el descubrimiento de lo que había pertenecido a la vida mucho tiempo atrás. Exploró la caja de tizas y encontró o redescubrió el Seccotine (un adhesivo). Eso era lo que quería, y comenzó su último juego (pero tenía otras cosas que decir... ¿recibiría una carta. suya? Y así...).

Tomó una hoja de papel y puso Seccotine en el centro y luego alrededor, formando un marco cuadrado. Quería saber cuántos pacientes más visitaría.

Yo: Eres la última antes de mis vacaciones.

Gabrielle: Tendré cinco años, dentro de muy poco.

Indicó que deseaba verme para ese tratamiento... Winnicott finalizado mientras todavía tuviera cuatro años.

Yo: A mí también me gustaría terminar contigo, para poder ser los otros Winnicotts y no verme obligado a ser este Winnicott especial de tratamiento inventado por ti.

Alcanzaba a ver que lo que estaba haciendo con el Seccotine era una especie de lápida o túmulo del Winnicott que había sido destruido y muerto. A sus instancias, cogí un trozo de papel y dibujé una Gabrielle en él. Luego retorcí sus brazos y piernas y cabeza, y le pregunté si dolía. Rió y dijo: “¡No, hace cosquillas!»

Decoró bastante el entorno del Seccotine, hasta con rojo. Era algo para llevarse a casa. Sería lindo para Susan.

Gabrielle: Debo poner un poco más de azul.

Lo dobló y el Seccotine se terminó, y tuve que ayudarla a hacer un agujero para poder asegurarle una cuerda. Era una cometa.

Gabrielle: Debo ir a preguntarle a papá por las hermosas tejas con el alegre niño encima.

Dejándome al cuidado de la cometa, fue a buscar dos antiguas tejas (niño alegre) que su padre había traído y que estaban envueltas en papel como si se tratase de un regalo, presumiblemente para su madre. Las desenvolví y las admiré.

Siguió explicando al padre.

Gabrielle: Está terminado. Nadie quiere ver a Winnicott. Completamente terminado. Lo destrocé. Hice esto como regalo para Susan. Huele mal, es horrible... he usado todo el Seccotine. Tendrás que comprar más, no más vendremos.

Agregué algo referente a quitar el tapón para indicar el significado fecal de la destrucción de las figuras masculinas y la tablilla mortuoria. Eso le agradó.

Gabrielle: Tengo las manos todas sucias. Juego con esa horrible y maloliente cosa de pegar. Cómo se llama... ah, sí, Seccotine, horrible nombre, horrible olor. Nosotros usamos Yoohoo, no huele, sabes...

Veía que había acabado conmigo en todos los planos y en todos los sentidos, y lo dije. Dijo: «Sí, terminar contigo.»

Yo: Así que si vengo a visitarte a tu casa, si veo a Susan, habrá un Winnicott diferente... no el que tú inventaste, que era enteramente tuyo y con el cual acabas de terminar.

Gabrielle: Ahora se ha terminado el pegamento... ¿qué haremos? Todo el Winnicott todo en pedazos, ¿qué hemos de hacer cuando todo se ha ido? Me alegra no ver a Winnicott si huele mal y es así de pegajoso. Nadie lo quiere. Si vienes a casa, diré: «Viene el hombre pegajoso.» Escaparemos.

Eso finalizó.

Gabrielle: Me gusta pintar cuando voy... Este es un buen papel. ¿Es hora de que me marche?

Yo: Sí, casi.

Gabrielle: Debo lavarme... volveré a verte. ¡Píntalo de rojo [la cometa]!

La sostuve por la cuerda mientras se lavaba. Volvió por ella y salió con su padre, arrastrando y tratando de remontar su pesada, húmeda, pegajosa cometa.

Comentarios

1. Eclosión de la madurez adecuada a la edad.
2. Se enfrenta con la separación y sabe que la reunión es posible.
3. Ejercicio de la seducción femenina.
4. Resumen del análisis, habiendo reorganizado su vida dentro de una transferencia positiva.
5. Así, el odio se puede sentir y ejercer desde que no destruye la buena experiencia interanalítica.

Notas:

- (1) Separación sin desesperación.
 - (2) Resumen del trabajo del análisis.
 - (3) Odio por odio (véase sesión anterior).
-

Biblioteca D. Winnicott

Decimosexta Consulta

(Octubre 28, 1966)

Gabrielle tenía ahora cinco años y dos meses. Esta sesión no fue como las visitas previas. De hecho, se asemejó más a la visita de un amigo a otro. Tras aguardar con su padre por espacio de cinco minutos, porque habían llegado temprano, el padre pasó a la sala de espera; pronto advirtió los diversos cambios habidos en la habitación, y comenzó a hacer lo que, obviamente, deseaba hacer.

La hora que pasamos juntos se dividió en tres partes, siendo la primera la más importante. Preguntó por el rodillo. Esto es, la regla cilíndrica. Tuvimos 25 minutos de viejo juego, que se llevó a cabo en medio de una gran excitación, pero con una intensidad acorde con el modo de jugar de los cinco años. Hizo rodar el rodillo hacia mí, y cuando golpeó mis rodillas, caí muerto. Cuando estuve muerto, se escondió. Pero ahora conocíamos todos los caminos hacia los rincones demasiado bien. En el curso del juego, tomó sus posiciones una tras otra: yo debía revivir, empezar a recordar que había alguien a quien tenía olvidado, y, poco a poco, buscarla. Al cabo, la hallaría. A veces era ella quien moría del mismo modo; entonces me buscaba. Siguió hasta estar satisfecha, hasta haber tenido lo suficiente. Y pasamos a la fase dos.

Mientras me sentaba en la pequeña silla para tomar notas, como en los viejos tiempos, se sentó en el suelo dándome la espalda... «sola en mi presencia». Hablaba a los animales y á los juguetes, y sólo ocasionalmente me aclaraba que esperaba que yo escuchara. Al comenzar, cogió el cordero y dijo: «¿Dónde está el perro?» Encontré el paquete con los restos del perro, y me habló del agujero y lo exploró con el dedo. Aseguró que el perro no estaba lo bastante vaco como para no poder tenerse en pie, y lo colocó junto al cordero. Luego inició el proceso de sacar los juguetes y vaciar el cubo. Pasó un rato tratando de armar un tren, hablando de modo inteligible, pero para sí misma. En una oportunidad dijo: «¡Mira qué tren largo he hecho!» Pero no era largo porque no hacía más que recordar cómo era en las sesiones anteriores, no jugaba con el propósito de comunicarse.

Yo: Estás recordando para ti misma lo que los juguetes significaban, cuando eras una pequeña Piggie en vez de una gran Gabrielle.

Gabrielle: Vamos a volver a jugar.

Y volvió a apartar unos pocos juguetes de los que había sacado y los ordenó bajo el estante de la librería. Hacía esto a la vez que tocaba una cesta y otros juguetes amorosamente y decía cosas como: «Aquí estás.» En esto, su cabeza tocó mi rodilla. No fue algo premeditado, ni retrocedió ante ello. Sólo sucedió. Apartó el perro en su envoltorio y dijo adiós. Y puso el cordero cerca del paquete. Entonces dijo: « ¡Ahora! » ...significaba que íbamos a entrar en algo diferente.

Nos levantamos, y en un principio pareció que fuésemos a seguir jugando con el rodillo (escondite y búsqueda). Lo que hizo, sin embargo, fue encontrar un libro de dibujos infantiles. Lo observó atentamente y pareció divertida con los pequeños trozos de historia que yo podía contarle. Entonces miramos otro libro, que tenía numerosas ilustraciones, pero era demasiado complicado, de modo que cambiamos una vez más y escogimos un volumen de figuras con un cuento. Seguí la historia con ella mientras ella volvía las páginas. Al final, eligió mirar un libro de animales. Cuando le era posible, decía el nombre del animal, y se sentía feliz y contenta. Le di la oportunidad de hablarme de cosas; la palabra «negro» apareció en uno de los relatos y le recordé la mamá negra.

Yo: Te da vergüenza contarme algunas de las cosas que piensas.

Asintió, pero con poco entusiasmo.

Yo: Yo sé cuándo estás verdaderamente avergonzada, y es cuando quieres decirme que me quieres.

Su gesto de asentimiento fue muy definido.

Ya era hora de marcharse, y estaba bastante dispuesta a ir a buscar a su padre. Era evidente que había disfrutado de la visita, y no dio muestra alguna de hallarse molesta, como si hubiese intentado algo sin lograrlo. Sonó enteramente natural al decir adiós, y dejó la impresión de una niña verdaderamente fresca y psiquiátricamente normal, de cinco años.

Biblioteca D. Winnicott

Posfacio

Por los padres de Piggle

A algunos lectores pueden interesarle unas pocas observaciones sobre la experiencia de los padres en este caso, y tal vez deseen poseer datos acerca de la niña en la actualidad.

Ha sido de gran valor para los padres el que se les permitiera participar en un proceso de crecimiento y reparación. Ello ha evitado lo que es frecuente observar: el que los padres se sientan abandonados a la intemperie, y así alimentan sentimientos de rivalidad y competencia con el terapeuta; o tal vez envidia del terapeuta o del niño, o de ambos alternativamente. Con la finalidad de evitar tan dolorosas impresiones y para no caer en la insidiosa obstructividad que de ellas suele derivar, los padres deben apartarse, saliendo del campo de fuerzas de una relación viva con el niño, limitándose a entregarlo, a una autoridad más experimentada y sabia.

Si bien el peligro de una intromisión profesional debe de asomar en la mente de algunos lectores, ello parece haberse evitado mediante el tacto, «sensibilidad» y larga experiencia del terapeuta, la cual aparece avalada por un conocimiento tan grande que se puede prescindir de recordarlo permanentemente, para emplearlo de una forma libre y espontánea, con una seguridad de contacto digna de la mayor confianza.

Quizás también se permita a los padres decir una palabra en las ulteriores discusiones sobre los pro y los contra de un tratamiento «a pedido».

Entonces sentimos que no podíamos acceder a un tratamiento fundado en otras bases. Por otra parte, el consenso de percepciones, que se fue haciendo cada vez mayor, en lo relativo a la necesidad de una nueva sesión es notable, y también nos asombró la lectura del guión, al comprender cómo la paciente recogía los hilos de la entrevista anterior, como si no hubiese transcurrido tiempo entre una y otra, o como si ahora estuviese dispuesta a dar el paso siguiente.

Sea como fuere, el hecho de que, en este marco, el tratamiento no pudiera llevarse a cabo en el momento en que se lo solicitaba (como entre la undécima y la duodécima sesiones), podía tener violentas repercusiones, y, como puede parecer en este caso; poner al paciente al borde mismo del desastre interior.

Los lectores querrán saber también cómo se encuentra la paciente en la

actualidad, cuáles son los resultados a largo plazo de tal tipo de tratamiento.

Gabrielle no es tímida, es una muchacha espontánea, muy integrada a un grupo de compañeros de escuela de su misma edad. Parece haber recobrado el equilibrio que había perdido antes de comenzar el tratamiento. Alrededor de los ocho años tuvo algunas dificultades de aprendizaje (se aburría en la escuela y no le fue fácil aprender a leer), pero ahora es muy competente en su tarea, y siempre se las arregla para hallarla interesante. Se muestra más doméstica que varonil en sus inclinaciones. De momento, aspira a ser profesora de biología. El cultivo de plantas de interior constituye su principal afición. Es su seguridad en lo que respecta a los valores, su independencia interior de juicio, y también quizás un modo de ponerse en contacto con la gente en muchas longitudes de onda, lo que lleva a preguntarse si no seguirá funcionando el estímulo de alguna experiencia satisfactoria en el sentido de ser entendida en un nivel profundo.

No hubo casi ningún comentario posterior acerca de las sesiones... muy de tanto en tanto, tal vez, alguna risita sofocada debida a un recuerdo, o un detalle en el juego. La triste noticia de la muerte del Dr. Winnicott nos llegó por medio de un visitante casual, y su reacción inmediata quedó velada por la circunstancia social. El Dr. Winnicott la había preparado para la eventualidad de su muerte de modo muy sensible, y ella había mencionado -en una o dos ocasiones el asunto como algo dispuesto en el lugar correspondiente.

El Dr. Winnicott solía tomar notas durante las sesiones, y Gabrielle cree que estaba escribiendo su autobiografía y que de alguna manera le estaba reservando un pequeño rincón en la misma: «El acostumb. brába escribir y yo acostumbraba jugar.»

"Cuando se discutió con ella la publicación de este material (que aún no había visto), primero vaciló, pero luego pensó que podría ser de utilidad para otros - como en realidad se espera que sea-. Dio su consentimiento.

Biblioteca D. Winnicott

Los hijos adoptivos al llegar a la adolescencia (1955)

Debería sentirme más contento, al dirigirme hoy a ustedes, si tuviese alguna queja concreta acerca de los procedimientos de adopción, alguna inquietud que no me deje tranquilo o algún interés particular. Como no sucede nada de esto, debo confrontar mi propia experiencia con la de ustedes, plenamente consciente de que están dedicados a las prácticas de la adopción y muy al tanto del problema clínico. En mi propia labor, veo a adolescentes adoptados y puedo comparar sus problemas con los de la adolescencia común, así como con los problemas emocionales de todas las edades, lo cual tal vez me sitúa en una posición algo especial.

Hay ciertas cosas que todos los aquí presentes podemos dar por sentadas. Primero, que la adopción es buena y a menudo tiene éxito. Segundo, que se ahorrara muchas dificultades si al niño se le dice a temprana edad que ha sido adoptado, y a la inversa, que surgen muchos trastornos por la demora en suministrarle esta información. Tercero, que es importante la estabilidad y la continuidad del hogar, cuestión ésta que afecta a todos los niños.

Hace poco, un inspector de casos en período probatorio me pidió que atendiera a una chica de 18 años, Miriam, quien aparentemente había declarado que yo era la cínica persona que la había sabido ayudar. \o obstante, lo primero que me comentó en la entrevista es que desde que yo le había dicho que era una hija adoptiva, diez años atrás, nunca pudo ser feliz. Yo aún la recordaba, así como recordaba que le di esta información en contra de la postura tomada por sus padres adoptivos. Estaba seguro de que ella necesitaba de que se le dijera eso y tenía la certeza de que ya lo había adivinado. Así que, según ella, le arruiné la vida. Hasta ese momento había sido muy feliz, y luego recibió ese golpe... descargado por mí. Sin embargo, cuando precisó ayuda pensó en mí. Creo que esto ilustra el valor de decirle sinceramente la verdad a un niño, como a cualquiera.

Esta chica huraña de 18 años me contó que quería mucho a sus padres adoptivos, y que podía producirse una apertura en su propia vida si tan sólo ella lo permitía; pero no era capaz de superar el sentimiento de haber sido engañada. Nos quedamos sentados largamente en silencio; nadie hablaba ni se movía. Pero ella no perdía el tiempo: estaba reflexionando y aprovechando mi buena disposición a involucrarme en su dilema. Me relató que su padre real casi siempre estaba borracho; que se había vuelto a casar y vivía en el vecindario. La madre real había muerto de cáncer, y Miriam fue recogida cuando era bebé por una mujer que era jefa de su madre en el lugar donde ésta trabajaba.

Invité al funcionario a cargo del período probatorio a que visitara al padre y le pidiera algún objeto que hubiera pertenecido a la madre biológica para entregárselo a la hija. Le dio una fotografía y un collar. Le advertí al funcionario que tal vez Miriam no se entusiasmase mucho al recibir estos presentes, y hasta podría sobrevenir un período de derrumbe anímico por el dolor que esto podía causarle, ya que Miriam estaba tratando de

encontrar a su madre real para hacer el duelo por ella. Cuando se le entregaron esas cosas en un sobre, lo puso en su cartera sin siquiera abrirlo. Pero a partir de ese episodio hubo cambios en su vida; el más importante fue que si antes se la veía afligida, sin fe y al mismo tiempo temerosa de irse a dormir sin rezar sus plegarias, luego recobró su vida religiosa, que siempre había tenido importancia para ella. Aún dista de estar bien, pero comenzó a trabajar con otras chicas de su edad y su situación actual es satisfactoria. El tribunal le pidió a la madre adoptiva, que había vivido con la niña por períodos desde que ésta tenía un año, que no le dijera que era adoptada ni le dejara ver a su padre. En todo ese tiempo, la relación con sus padres adoptivos había sido excelente y sin tropiezos; los quería mucho y los consideraba muy buenos amigos. Miriam se parece bastante a su madre real, lo cual ayuda.

Estos niños necesitan información, pero la información sola no basta. Necesitan además contar con una persona confiable, que se ponga de su lado en su búsqueda de la verdad y comprenda que tienen que experimentar la emoción propia de la verdadera situación. Miriam se sentía engañada, pero si se la ayuda puede, en lugar de ello, ser sobrecogida por el dolor, y sólo así alcanzar el amor de su madre y su propia capacidad de amar. En otros casos, la emoción adecuada tal vez sea la ira, el asco, el horror o la exasperación, según cuáles hayan sido las circunstancias de la adopción.

En los inicios de la pubertad sobreviene una nueva necesidad de verdades fácticas. No puede intentarse estudiar ningún problema de la adolescencia si no se reconoce como base esta nueva pulsión instintiva, que es biológica. El varón crece y cobra nueva forma su genitalidad, y adquiere una nueva capacidad de excitación; la niña tiene su menstruación, la invaden nuevos sentimientos en las relaciones personales y ha de vérselas con el rápido crecimiento de sus pechos, que quizá le enorgullezca exhibir o le dé vergüenza poseer. La pubertad fuerza a cada niño a adoptar una nueva orientación con respecto al mundo. Esto es tanto más difícil por cuanto el niño no ve muy lejos lo que le espera y no quiere pensar en la inminencia del matrimonio, como tan fácilmente puede ocurrir con los espectadores. Hay una fase de la adolescencia que tiene valor en sí, y que hace que los adolescentes deseen juntarse, con una actitud que es una mezcla de desafío y de dependencia. Los adultos pueden perjudicarlos si suponen, por su comportamiento, que son adultos, o si los ridiculizan por su infantilismo. Esto es válido, sobre todo, para la esfera del sexo, ya que en el adolescente vemos la valoración del tacto, por ejemplo, que es propia del bebé unida a juegos sexuales semejantes a los del adulto. Los juegos sexuales tienen un valor inherente, y al principio no implican la planificación a largo plazo de un nuevo hogar. Esta fase adolescente pronto queda atrás, pero merece un serio estudio como fenómeno normal, y ha sido algo soslayada en la bibliografía psicológica.

En la adolescencia, los niños adoptados no son iguales a los otros niños, por más que pretendamos lo contrario. Tienden a perderse las delicadas primeras etapas de la fase adolescente y a pasar con demasiada premura a la idea adulta de las relaciones sexuales, socializadas por el matrimonio. Alternativamente, tal vez reaccionen frente a esto exagerando su desafío y uniéndose en bandas con otros chicos y chicas desafiantes de la misma edad en algún grupo que se vuelve molesto. A los niños adoptados la adolescencia les plantea más tensiones que a los otros niños, y en mi experiencia esto se debe a la ignorancia sobre su origen personal, que acarrea varios efectos adversos. Primero, esta ignorancia se mezcla con el misterio habitual del coito, la fecundación, el embarazo y el nacimiento, e interfiere en la índole delicada del juego sexual adolescente, tornándolo al niño torpe y cohibido. Segundo, puede llevar a que se ponga un acento excesivo en los procesos de socialización, los diversos ritos de iniciación, los exámenes de ingreso, etcétera; y cuando aparece la idea del matrimonio, quizá surjan dudas de si la pareja elegida será capaz de soportar la noticia cuando al final uno se la comunique. Finalmente, al llegar el deseo de tener hijos, el hijo adoptivo se preocupará mucho por las cuestiones hereditarias y la transmisión de factores genéticos desconocidos. Se distorsionan así los problemas corrientes que asedian a todo adolescente, y las cuestiones secundarias se vuelven problemas importantes.

Es absolutamente necesario que se les diga a los niños adoptivos cuáles fueron los hechos de su vida. Otros niños se las ingeniarán para averiguar las cosas aquí y allí, y jugar con la imaginación y el mito; pero los adoptivos tienen que tener respuestas cabales y ser ayudados para que formulen las preguntas adecuadas. No basta con que se les cuente que el bebé crece dentro de su mamá. Necesitan saber de qué manera los instintos complican las relaciones afectivas, así como descripciones anatómicas y físicas; y precisan tiempo para

asimilar lo que se les diga. A veces, los problemas vinculados a la adopción se aclaran con sólo suministrar una información sexual completa y apropiada.

Para aprender acerca del sexo -que es otro modo de aprender acerca de los orígenes-, los adolescentes necesitan entablar una relación con alguien maduro y confiable. Los padres adoptivos pueden o no ser capaces de hacer frente a este problema central de manejo. En general, los adolescentes precisan a alguien ajeno a la familia, con quien puedan ver su hogar desde cierta distancia, evaluarlo y criticarlo. El niño adoptivo tal vez encuentre muy peligroso usar con este fin a sus amigos, y de hecho no es raro que sucedan cosas sorprendentes en una amistad cuando se da esta información sobre la adopción. Surge la necesidad de una relación profesional con un extraño, que no se preocupe directamente de la conducta, los logros o los aspectos morales, sino que pueda ser usado para explorar ciertas ideas.

Los niños que viven en su hogar biológico tienen un enorme alivio del tabú que pesa en éste sobre la experiencia sexual; pero en el caso del niño adoptivo, como no existen lazos de sangre, su sentimiento de tabú está debilitado, así como la seguridad inherente a las relaciones internas de un hogar natural.

Quisiera suspender por un momento el supuesto de que ser adoptado es mejor que estar en un hogar sustituto, y comparar ambos procedimientos. Hace algunos años era cierto que lo mejor, para un bebé que no tenía un hogar propio, era la adopción. Las alternativas eran azarosas, y si hay algo que el niño no sabe afrontar es lo fortuito. Pero hoy los niños deprivados están atendidos por un servicio público dirigido por el Estado y cumplido por trabajadores bien instruidos. En un hogar sustituto el niño se halla en una situación relativamente segura, cuenta con un profesional que mantiene contacto con él en representación de la Comisión de los Niños y, en la medida en que sea bueno para él, lo vincula a lo que quede de su hogar real. Para aclarar este punto, quisiera sugerir que existen tres categorías de adopción:

1. El niño es recogido lo antes posible cuando es bebé, y criado en un buen hogar; "decirle la verdad" es algo que se negocia bien; y sus padres adoptivos se preocupan por él y buscan consejo, si es necesario, recurriendo a los canales normales, como lo harían para sus propios hijos.
2. La adopción es complicada o tardía, pero el niño tuvo un buen comienzo. Los problemas que surgen tienen que ver con el hecho de que el niño ha conocido a otras personas que lo cuidaron, y posiblemente a uno de sus progenitores o a ambos. ¿Se toman los recaudos para un trabajo asistencial permanente en este tipo de adopciones, tanto más complejas que las primeras?
3. El niño ya se halla perturbado en el momento de la adopción. Hay muchos casos en esta categoría, y los padres que no se hacen cargo del niño desde el comienzo probablemente tengan que suministrarle mayores cuidados que al niño normal. Es dable que los padres adoptivos y sustitutos deban actuar todo el tiempo como psicoterapeutas, y quizás esta tarea los supere. La adolescencia genera en esta categoría problemas de adopción peculiares, y el profesional suele ingresar en la escena sólo después de producirse el derrumbe.

Las medidas que se adecuan a los casos de la primera categoría quizá no sean buenas para los de la tercera. Si es así, hay que declararlo, por mucho que deseemos preservar las medidas existentes en favor de las buenas adopciones que he incluido en la primera categoría, cuyo carácter se alteraría si los asistentes sociales que conocieron el caso en el pasado continúan visitando el hogar.

Uno podría resolver el problema dirigiendo a todos los niños perturbados a hogares sustitutos. ¡Qué difícil es, empero, diagnosticar las perturbaciones emocionales en la temprana infancia! A los pocos meses de vida, o aun semanas, un manejo conflictivo puede haber producido un alto grado de enfermedad. Aunque esto parezca muy distante de los problemas de la adolescencia, es uno de los inconvenientes esenciales de la adopción. Parece que en un hogar sustituto se reconoce la situación y se trata de hacer lo mejor posible a partir de una mala situación, en tanto que en uno adoptivo se pretende simular que lo que sucede es muy natural. En este punto, la adolescencia nos encuentra en falta. Los padres adoptivos, tal vez incapaces de hacer frente a la muy

especial necesidad de ayuda del adolescente, no tienen a nadie que los asesore. ¿El suministro de una ayuda idónea tendrá que ir siempre precedido de un derrumbe? En un hogar sustituto, el niño tiene la ventaja de contar con la ayuda continua positiva del servicio profesional, y los padres sustitutos suelen valorar esta ayuda externa, si les es ofrecida con tacto.

¿Qué puede hacer el profesional? El adolescente necesita averiguar cosas acerca del mundo real, y esa parte importante de éste que gira en torno del enriquecimiento general de las relaciones por obra del instinto. Los niños adoptivos necesitan esto muy especialmente, pues se sienten inseguros sobre su origen. ¿De qué manera puede ser de ayuda en esto el profesional a los padres adoptivos? Esto me lleva a otra cuestión: ¿qué posibilidades existen de indagar en el pasado cuando esto parece conveniente? ¿No estoy en lo cierto al pensar que si sobreviene un derrumbe puede haber muchas dificultades, a raíz de la confusión general sobre los pormenores reales de la vida temprana del niño?

Casi todo lo fáctico es valioso, y cuando el niño está próximo al derrumbe la necesidad es tan urgente que incluso hechos desagradables pueden traer alivio. El problema radica en el misterio y la mezcla consecuyente de los hechos con la fantasía, así como en la carga potencial que lleva el niño de las emociones de amor, ira, horror, asco, siempre inminentes pero que nunca se experimentan. Si la emoción no es experimentada, jamás se la puede dejar atrás.

Se dice que la ubicación en un lugar imparcial "tiene a veces un éxito sorprendente". ¿Se debe acaso a que en muchos de estos lugares hay una suerte de continuidad, y se dispone de los datos porque los padres adoptivos nunca se hicieron plenamente cargo? Es la diferencia que hay entre una concesión por tiempo prolongado y un título de propiedad que da plenos poderes; el elemento de los "plenos poderes" presente en una adopción bien establecida puede ser un obstáculo cuando, en la pubertad, el niño debe conocer la verdad, no sólo acerca del sexo sino de su origen personal.

Como es obvio, algunos padres seguirán prefiriendo la adopción, así como algunos niños seguirán necesiéndola. Según sabemos, el Informe Curtis le da prioridad entre las formas de abordar los casos de niños privados. Sin embargo, cabe plantearse esta interesante pregunta: ¿es un signo de mayor madurez en una pareja casada preferir la adopción o preferir constituir un hogar sustituto? Hace diez años yo habría dicho que era un signo de madurez preferir la adopción; pero hoy la respuesta no resulta clara. Si se dispone de buenos servicios profesionales y éstos se hallan debidamente reconocidos, puede ser un signo de madurez preferir el ofrecimiento de un hogar sustituto, sobre todo si el bebé no fue recogido casi desde su nacimiento.

Los padres adoptivos tienen problemas personales cuando sus hijos llegan a la pubertad. Tanto para ellos como para los hijos, cobra importancia que la barrera del incesto sea sólo una cuestión legal, no basada en los lazos sanguíneos. Los padres adoptivos comparten con los padrastros y las madrastras una particular dificultad, a saber la de no poderse identificar con sus hijos adoptivos o hijastros en el mismo nivel profundo que con sus hijos biológicos. Cuando sus hijos comienzan a tener amoríos, es posible que los padres adoptivos sufran trastornos, aunque los "novios" sean chicos o chicas de la misma edad; la significación profunda es una cuestión inconsciente.

Sin duda, al llegar a la adolescencia muchos hijos adoptivos se dan cuenta de que si hubieran podido elegir no habrían optado por los padres que se les asignó; pero así como los padres adoptivos tienen que correr un riesgo, también los hijos adoptivos deben hacerlo. Si contemplamos el cuadro en su conjunto, cabe decir que en la mayoría de los casos la adopción funciona bien, pero hay que reconocer que para algunos adolescentes sus hogares adoptivos son insostenibles. ¿Cómo pueden estos niños ponerse en contacto con quienes estarían en condiciones de ayudarlos?

Tal vez se piense que la quiebra de un hogar adoptivo ha de ser forzosamente una catástrofe; según mi experiencia, no encontré mayores disturbios en los hijos adoptivos afectados por esto que en los demás niños. Mencionaré como ejemplo el caso de un chico cuyos padres adoptivos se divorcian. Uno de ellos se casa de nuevo, y además entre las otras personas en quien el chico podría confiar hubo también muchos divorcios. Se las arregló muy bien, y continúa haciendo uso personal de todos aquellos adultos que no le demostraron

directamente ser poco confiables. Este chico fue adoptado cuando tenía pocos días de vida, y tanto su infancia como su niñez temprana fueron muy buenas. Se le informó tempranamente de su adopción.

Resumiendo: todos los niños reorientan su vida en la pubertad, y los hijos adoptivos enfrentan a esta edad una tarea especial y necesitan ayuda especializada. También los padres adoptivos necesitan ayuda para el manejo de sus sentimientos, removidos por las nuevas capacidades de estos hijos que en rigor no son de su carne y sangre. Está además el problema subsidiario de la posición que ocupa el asistente social en su búsqueda de los datos reales, y si goza de acceso al hogar adoptivo antes de que el niño se transforme en un paciente y la adopción en un caso problemático.

Preguntas al público

Pregunta: ¿Ha habido alguna prueba de que las perturbaciones emocionales de la temprana infancia afectaran a los niños más adelante?

Respuesta: Mi impresión es que cuando en los inicios todo va bien, gran parte de lo que pasa entonces es obliterado por las experiencias posteriores y pierde significación; pero si las cosas andan mal, todo lo que alguna vez anduvo mal se torna significativo. Muchos niños están ya tan perturbados a los pocos meses que es predecible cómo serán de adultos. Por ejemplo, casi siempre las grandes dificultades alimentarias de la niñez posterior tienen raíz emocional; y el trastorno puede remontarse con certeza a ciertos períodos, quizás al de la introducción de los alimentos sólidos o el pasaje del pecho al biberón, pero a veces al primer día en que la madre y el bebé no pudieron establecer una relación sobre esa base. Así que hay niños que necesitan psicoterapia porque ya sufrieron alguna anormalidad cuando tenían unas pocas semanas o meses. Muchos son atendidos por sus propios padres, quienes los consideran "difíciles"; esta atención forma parte del proceso continuo de la crianza y a los padres les gusta dispensarla. Si un niño adoptado fue recogido cuando tenía unos pocos días, tal vez los padres atribuyan todo lo que luego anda mal a algo que hicieron ellos, y traten de enmendarlo; pero si se llevan un niño que tuvo dificultades en sus primeras semanas o meses, estarán cargando con los errores de otros, lo cual le da a su tarea un carácter totalmente diferente.

Pregunta: ¿Se podrían prevenir los derrumbes de la adolescencia llevando a cabo investigaciones y charlas con un supervisor en las primeras etapas, de modo tal que los padres adoptivos fueran advertidos sobre las posibles dificultades posteriores?

Respuesta: Lo ideal es que se les diga a los padres qué dificultades les esperan, y que ellos deseen saberlo; pero en la práctica primero hay que averiguar qué clase de personas son, como para no desalentarlos con cualquier cosa que no parezca "normal" y grata. La gente elabora la idea de la adopción, y el hijo que quieren es el que les llega en el momento en que han llegado a la fase apropiada. Es equivalente al embarazo: un estado de suma sensibilidad. En tal momento no puede aplicarse ninguna regla procedente de los libros: tenemos que saber cuánto están en condiciones de asumir los padres. Si pueden asumirlo, se les debe decir.

Pregunta: ¿Sería correcto decirle a quienes adoptan un niño: "Este niño no fue querido, ustedes tendrán que darle amor; pero debido a su privación temprana de eso tan vital, pueden toparse con problemas más adelante, quizás en la adolescencia"?

Respuesta: Sería mejor sugerirles qué pueden hacer para ayudarlo. Por ejemplo, decirles: "Este niño ha sido descuidado, y en los próximos meses o años ustedes tendrán que brindarle mayor afecto que el que habitualmente ofrecen a los niños comunes".

Hay dos clases de cuidados que se le brindan a un bebé: uno tiene que ver con la alimentación, etcétera, y el otro es del tipo que los padres comprenden mejor si se lo llama "sostener al bebé". Si les decimos: "Este niño no fue adecuadamente sostenido; se lo dejó caer", lo que queremos decirles es, literalmente, que se le abrió la

tierra debajo y que no tuvo seguridad en ninguna parte; que hay una caída infinita, la cual puede reaparecer en cualquier momento, y surgirá en sus pesadillas y dibujos posteriormente. Quienes adopten un niño así no solamente deben atenderlo sino que tendrán que brindarle exageradamente todo lo vinculado al cuidado de un niño, para que se sienta bien sostenido y seguro. Puede explicárseles que a todos los niños les resulta difícil la adolescencia, y que tal vez los padres precisen ayuda; en tal caso, pueden venir a charlar.

Pregunta: La mayoría de las personas que adoptan niños les dan a éstos profusamente todo lo que tienen. ¿No puede esto mismo provocarles trastornos, a los padres y al hijo, durante la adolescencia?

Respuesta: Tenemos que diferenciar entre la gratificación de los deseos y la satisfacción de las necesidades. Existen ciertas necesidades absolutas, sobre todo en los inicios, como no dejar que el chico se caiga, no permitir que su cabeza se ladee bruscamente cuando se lo está bañando, etcétera. Por más que se exagere en estas cosas esenciales, no se va a malcriar al niño de la misma manera en que se lo hace si cuando pide un caramelo se le dan dos. Pero a veces hay motivos para "malcriar" al niño. Tal vez después de la etapa en que fue malcriado haya que arreglar algún otro descalabro, pero puede ser necesario hacerlo para que supere sus primeras dificultades.

Pregunta: ¿Qué ocurre con la situación especial que se produce en la adolescencia cuando un niño adoptado es hijo biológico de uno de sus progenitores pero no del otro, y consecuentemente llega a saber que es hijo ilegítimo?

Respuesta: Una dificultad permanente en contarle a un niño algo relativo a su pasado es que se entera de su ilegitimidad. Lo peor se da cuando es el producto de un incesto (el hijo de un hermano y hermana, supongamos). Ninguna regla adecuada para ese chico servirá para otro; sería mucho mejor que nadie supiera nada al respecto. Es muy difícil para cualquier chico soportar una información de esta índole, y no recuerdo haberla proporcionado nunca. En cuanto a la ilegitimidad común, creo que la información sexual ayuda en este problema: de ahí que estos niños necesiten conocer los hechos ligados al sexo. Si el niño ya está en un embrollo en cuanto a sus orígenes, es terrible para él enterarse de su ilegitimidad; pero si los niños conocen los hechos y pueden aceptar los conocimientos de la anatomía, la fisiología y la psicología del amor, el matrimonio y la vida, en ese contexto tolerarán el hecho de su ilegitimidad. El verdadero problema no es que el niño haya sido ilegítimo sino que haya tenido un buen comienzo en la vida, un desarrollo emocional satisfactorio: un niño con un buen comienzo puede soportar saber que es ilegítimo. Cuando no puede soportarlo, el problema no radica meramente en la ilegitimidad sino en la suma de todas las dificultades relacionales, a raíz de un manejo temprano embrollado.

Pregunta: ¿Qué debe decirse al hijo de una mujer casada? ¿No es malo para él enterarse de que su madre ha estado casada y podría tener otros hijos viviendo con ella, y sentir que él ha sido rechazado para que sus padres y hermanos pudieran estar seguros? ¿Es suficiente con decirle a ese hijo que su madre y su padre no estaban casados, lo que era cierto?

Respuesta: En estos casos la pregunta es: si uno retiene o deforma la verdad, ¿puede evitar el perjuicio? Los niños poseen una extraña habilidad para llegar a conocer los hechos a la larga, y si comprueban que la persona en quien han confiado los engañó, esto les preocupará más que lo que hayan descubierto. Los hechos están bien porque son los hechos; lo terrible es no saber si algo es un hecho, una fantasía o un misterio. Un niño que ha sido bien atendido en las primeras etapas y tuvo un buen desarrollo emocional necesita enfrentar todo el asunto y vivir las emociones propias de la situación real; también necesita ser conducido por un profesional que esté ligado a él en ese momento. Eso es mejor que si ese descubrimiento queda para siempre como posibilidad futura.

Pregunta: ¿A qué edad debe buscársele un hogar al niño? Según la Ley de Adopción vigente en Irlanda, el

consentimiento de la madre no tiene validez hasta que el niño cumple los seis meses, y existen otros inconvenientes legales y de otro tipo en la asignación precoz de un hogar.

Respuesta: Creo que el primer día es mejor que el segundo, el segundo mejor que el tercero, etcétera. Sin duda que hay en la práctica muchos tropiezos y escollos, pero los padres ven de una manera tan distinta las dificultades por las que son responsables (sabiendo que son responsables por las cosas buenas), que a mi juicio toda demora es un estorbo.

Pregunta: ¿El amamantamiento cumple un papel? Una asignación demasiado temprana del niño lo suprime.

Respuesta: Si tomamos literalmente la palabra "amamantamiento" podemos meternos en un lío. En los escritos psicológicos, se designa con ese nombre el tipo de cuidado propio de la atención personal de la madre. En rigor, no es necesario que el niño tome la leche materna; la madre puede criarlo perfectamente sin ella. Todo depende de cómo lo haga. Hay en esta pregunta dos complicaciones. Primero, ¿debe empezarse por dar el pecho y luego pasar al biberón, o si va a haber una adopción es mejor no dar el pecho en absoluto? Sobre esto tenemos mucho que aprender aún, pero desde el punto de vista del niño creo que si se va a interrumpir el amamantamiento, es mejor no comenzar. Sin embargo, he comprobado que incluso unos pocos días de amamantamiento son algo que jamás se olvida. En los casos normales, la lactancia es un enriquecimiento; en los anormales, no siempre se puede remediar su falta. La segunda complicación es que aunque desde el punto de vista del niño tal vez sea mejor prescindir del amamantamiento, desde el punto de vista de la madre éste puede ser muy importante.

Es posible completar el amamantamiento antes de la adopción. Esto tal vez tenga sentido; pero en ese lapso se crea entre dos seres humanos una relación muy potente, y es previsible que el bebé haga el duelo por la pérdida de su madre, la persona más importante del mundo para él -más aún, todo su mundo-. No obstante, es dable negociar eficazmente esta situación, siempre y cuando el bebé haya sido bien atendido, "bien sostenido".

Pregunta: ¿Qué ocurre con la herencia del niño cuya madre gesta cada dos años un niño y lo entrega en adopción. Las dificultades de la adolescencia, ¿no reflejan a menudo el verdadero carácter de los padres de la criatura?

Respuesta: Quizás haya involucrados factores genéticos, pero no quisiera dejar el asunto ahí, pues el motivo por el cual una persona gesta un bebé cada dos años es tan complicado que no podría decir que es heredado en absoluto. Por ejemplo, bien puede haber ocurrido que la madre fue pasando de mano en mano ella misma cuando era bebé, de modo tal que perdió por completo el contacto con su propia madre o con una madre sustituta y no lo recobró nunca. O bien la chica puede pertenecer a un grupo de bajo coeficiente intelectual, y para ella la vida es más simple de esa manera. Sin conocer los antecedentes, no me atrevería a decir en modo alguno que este tipo de comportamiento está genéticamente determinado; es más probable que obedezca a alguna falla en el desarrollo emocional que a la herencia.

Biblioteca D. Winnicott

La agitación (1931)

Son tres los tipos de agitación con que solemos encontrarlos los médicos: la producida por la excitación de la angustia, los tics y la corea. Debido a que esta última, menos común que las otras dos, lleva consigo el riesgo de conducir a la fiebre reumática y las afecciones cardíacas, es importante, a efectos de diagnóstico, establecer claramente la diferencia entre cada uno de los tres tipos. Un error puede hacer que el niño que no corre riesgo de padecer una enfermedad cardíaca se vea obligado a guardar cama cuando en realidad estaría mejor levantado y llevando una vida activa. Por el contrario, a veces sucede que un niño aquejado de corea es castigado en la escuela por culpa de una agitación que escapa a su control, o bien que se le haga participar en juegos y deportes justamente cuando el estado de su corazón haría aconsejable el máximo descanso. Ambos errores son deplorables.

Por suerte, cada tipo de agitación posee rasgos distintivos. Así, pues, dando por sentado un diagnóstico cuidadoso, los casos dudosos no tienen por qué ser frecuentes.

Desasosiego común debido a la angustia

El desasosiego común no tiene ninguna base física, ninguna relación con la corea y, por consiguiente, con la afección cardíaca de tipo reumático, y por lo general lo mejor es no aplicarle ningún tratamiento y, en la medida de lo posible, no hacerle caso.

Normalmente, este desasosiego común no se presenta como una novedad, sino que es, por decirlo así, parte integrante de la naturaleza del niño o niña. Por esta razón, recurriendo sólo a su historial, es posible distinguirlo de la corea.

A veces su comienzo sigue a algún acontecimiento tan excitante o ansiógeno que el pequeño se vio incapaz de asimilarlo. Es decir, la idea subyacente bajo el hecho produjo unos sentimientos que el pequeño encontró intolerables. Tal acontecimiento o incidente puede resultar demasiado súbito o inesperado (por ejemplo, cuando de improviso un fuerte soplo de viento abre las ventanas o cierra las puertas de golpe, produciéndose una gran confusión); también puede suceder que una gran sensación de temor o rabia se vea suscitada por determinado incidente, como puede ser el enterarse sin querer de algo sobre la sexualidad, ver a los padres juntos en la cama, presenciar una discusión entre personas mayores, el nacimiento de un hermano o hermana, la visión de un hombre con una pierna paralizada, descubrir que alguien lleva una dentadura postiza, etc. (La corea también puede empezar después de producirse algún incidente semejante que genere angustia, o después de un gran esfuerzo mental, en época de exámenes, por ejemplo.)

Los niños presos de excitación y desasosiego sienten la necesidad imperiosa de hacer algo en todo momento, o bien de ir a alguna parte. La excitación conduce inmediatamente a un aumento del desasosiego (al igual que sucede en el caso de la corea). Mientras que los movimientos coreicos se adueñan del pequeño, los del niño preso de angustia forman parte de su esfuerzo para dominar dicho sentimiento. El niño constituye «un quebradero de cabeza», está desasosegado, comete alguna diablura si durante un momento no tiene otra cosa que hacer y se comporta de forma imposible en la mesa, ya sea comiendo como si alguien fuese a arrebatarse la comida, o mostrando una gran propensión a volcar los vasos, etc., hasta el punto de que todo el mundo se siente aliviado cuando pide permiso para retirarse.

Existen variaciones para todos los gustos: hay niños que, insoportables en casa, en la escuela valen su peso en oro; otros acuden al médico enviados por el maestro, quien lo cree aquejado de corea, mientras que los padres no se han percatado, de ninguna anormalidad.

En estos casos, la angustia es la condición oculta, y por lo general suele haber otras pruebas de que es así. Entre los demás síntomas, el más corriente es el aumento de la urgencia y frecuencia de la micción. También la defecación puede adquirir un carácter más apremiante, con o sin cólico; o bien cabe que se produzcan fuertes cólicos sin más, que causen palidez y postración que, no obstante, desaparecen en seguida. El sueño suele ser inquieto. Puede ser que también se observe una aparente falta de necesidad de dormir, de tal manera que el pequeño es el último en acostarse y el primero en levantarse por la mañana. El sueño puede verse trastornado por terrores nocturnos, aunque esto no es tan característico de los niños “excitables” como lo es de los que son “nerviosos”, ya que estos niños son superexcitables más que nerviosos ante la gente, los objetos, la oscuridad, la soledad, etcétera. Por supuesto, a menudo ambas cosas se entremezclan.

Un niño de éstos hace amigos, se pasa todo el día jugando como un loco y a menudo es feliz, si bien se muestra irritable cuando se le restringen las actividades. Al hacer esta descripción uno se acuerda de muchísimos niños entre los cinco y los diez años, que son delgados y nervudos, impacientes y de mente despierta.

Movimientos repetidos: los tics

Es también una experiencia cotidiana encontrarse con niños físicamente sanos que hacen movimientos repetidos o convulsivos: parpadear, mover bruscamente la cabeza, encogerse de hombros. Sucede que determinado movimiento, que tal vez originariamente tenía alguna finalidad, se ha convertido en algo obsesivo. El hecho de que sea el mismo movimiento el que se repita exactamente cada vez nos hace descartar el diagnóstico de corea y de desasosiego o agitación común. El tic puede continuar cuando el niño se ve aquejado de corea, y también es posible que los niños excitables tengan tics. Evidentemente, conviene investigar las condiciones locales -examinar los ojos, por ejemplo, si se trata de un caso de parpadeo-, pero la anormalidad reside en la necesidad de ejecutar repetidas veces el mismo movimiento, hasta el punto de que, suponiendo que se logre su desaparición, lo más probable es que algún otro ocupe su lugar. El mejor tratamiento consiste en no hacer caso del tic. Puede que persista, pero en tal caso los diversos tratamientos que suelen recomendarse no hubiesen surtido ningún efecto.

La corea

Nada resulta más fácil que el diagnóstico de un caso corriente de corea para una persona que esté familiarizada con el cuadro clínico de esta enfermedad. El niño da muestras de una agitación incesante producida por una serie de movimientos involuntarios de diversos músculos; ninguno de tales movimientos se repite, ni hay ninguna parte del cuerpo que permanezca totalmente inmóvil. El habla se hace difícil y termina por ser ininteligible; el andar se convierte en un ejercicio peligroso el simple hecho de permanecer tumbado en posición supina se convierte en una tarea extenuante. La inestabilidad emocional se manifiesta

alternativamente por medio de sonrisas convulsivas y llanto incontrolable.

Cuando se ordena al pequeño que saque la lengua y luego se le permite esconderla nuevamente, se producen las respuestas explosivas características de esta afección. Si cuando el niño trata de mantenerse cogido a los dedos del médico, éste le obliga a mover el antebrazo de manera que la palma de la mano se vuelva alternativamente hacia arriba y hacia abajo, el niño coreico tiende a desasirse y volver a asirse cada vez que la mano cambia de posición. El niño que no padece de corea es capaz de mantener su presa continuamente durante los movimientos pasivos del antebrazo. El niño coreico, a menos que sus convulsiones le impidan siquiera empuñar un lápiz, trazará sobre el papel una línea que pone dos cosas en evidencia: la irregularidad de su control y el exceso de compensación. Si un niño coreico obedece la orden de presentar las manos, con los dedos bien extendidos y separados, lo típico es que las manos se doblen por las muñecas y los dedos aparezcan hiperextendidos. En el supuesto de que sus movimientos convulsivos sean más pronunciados en un lado del cuerpo, entonces es en este mismo lado donde la citada posición de las manos y los dedos se hará más marcada.

Los movimientos coreicos poseen además una característica singular que escapa a toda descripción, de tal modo que la corea típica es una de esas enfermedades que pueden diagnosticarse con sólo ver al paciente. A decir verdad, el momento ideal para hacer el diagnóstico en el hospital suele ser cuando se está examinando a otro paciente mientras el niño coreico, que todavía no está cohibido, espera su turno.

La corea es una enfermedad física de los tejidos cerebrales estrechamente asociada con la irritación reumática de la garganta, la artritis y la carditis. La naturaleza del cambio de tales tejidos debe de ser de un tipo más cercano al edema que a la reacción inflamatoria, toda vez que jamás produce un síntoma o signo permanente.

Es posible confiar en el restablecimiento del enfermo coreico, y a veces la aspirina ayuda a acelerarla. El único peligro estriba en la carditis reumática asociada a esta afección. La mayoría de los ataques de corea no ofrecen complicación, pero tienden a reproducirse periódicamente y, a la larga, en su lugar o asociada con ella se presenta una artritis reumática o una carditis. Es un tanto insólito que la carditis venga a complicar la corea de un niño que no padezca, ni haya padecido, inflamación reumática de las articulaciones.

Característicamente, la corea empieza en un día dado, con paresia del brazo y la pierna de un lado del cuerpo asociada con movimientos involuntarios de los mismos miembros. Al principio cabe la posibilidad de que una u otra cosa, la paresia o los movimientos, se presenten independientemente. Es poco común que los movimientos sean simétricos al principio, si bien generalmente se generalizan al cabo de unos pocos días. Una vez localizados, los movimientos jamás afectan a la extremidad superior de un lado y a la inferior del otro y es muy poco frecuente que se observen movimientos en, por ejemplo, el brazo derecho, sin que haya señales de movimiento en la pierna del mismo lado.

La paresia se hace más evidente a causa de la falta de coordinación; asimismo, el esfuerzo voluntario produce un efecto que es tan retardado como explosivo. Cuando no se intenta realizar ningún movimiento voluntario, la totalidad del cuerpo o las partes principalmente afectadas se hallan en constante movimiento. Siempre que le es posible, el niño, como avergonzado de hacer movimientos sin fin determinado, procura convertirlos en movimientos intencionales.

Por regla general, a duras penas se consigue tener las extremidades quietas durante un momento. Continuamente ejecutan una serie de movimientos de extensión junto con asombrosas contorsiones. Los hombros permanecen alzados unas veces y hundidos otras, la cabeza inclinada hacia un lado, y hacia abajo, girando en mayor o menor grado. También los músculos faciales participan, los ojos se cierran y abren alternadamente, la frente se arruga y vuelve a recuperar su tersura rápidamente, las comisuras de los labios s, tuercen hacia uno u otro lado... (Hench, 1889, pág. 197).

Durante la corea el niño reacciona de manera exagerada ante todo incidente emocional, y se dan muchos casos en que la inestabilidad emocional persiste durante meses o años después de desaparecida la corea. El mismo

cambio mental se observa en algunos casos de fiebre reumática, incluso sin movimientos coreicos.

Hay otros detalles que, aunque no ayuden a efectuar el diagnóstico, resultan interesantes. La corea afecta a tres niñas por cada niño, sin que parezca haber una razón para semejante favoritismo. Por el contrario, la agitación común se observa con mayor frecuencia en los niños que en las niñas. La corea es ligeramente estacional, mientras que la agitación común y los tics no lo son. La corea tiene relación con determinadas zonas geográficas o urbanas y con la posición social, mientras que las otras dos afecciones citadas son ubicuas.

En algunos casos, los ataques de corea se repiten sin llegar a producir artritis reumática o carditis. En el caso de cierta niña, la enfermedad empezaba exactamente el día de su cumpleaños, hecho que se repitió durante varios años sucesivos. Diríase que con el tiempo se podrá sacar, de entre cien casos de corea auténtica, un porcentaje de casos en los que no haya riesgo de manifestaciones reumáticas. Sin embargo, actualmente no es posible hacerlo, por lo que todos los niños afectados de corea deben ser tratados como posibles casos de enfermedad cardíaca.

No existe ningún tratamiento para la corea, exceptuando el reposo en cama y la evitación de tensiones emocionales. En la sala del hospital puede que sea conveniente aislar la cama por medio de biombos, aunque no debe hacerse si el niño se siente angustiado por parecerle que se le aísla como castigo. En casa, debe buscarse una habitación en la que los demás niños no puedan irrumpir y causar la consiguiente excitación. Es mucho lo que puede lograrse con cuidados prestados con comprensión y serenidad; durante la convalecencia, al igual que en toda enfermedad larga, al niño hay que buscarle algo con que ocupar los dedos y el cerebro. Algunos niños no soportan el reposo, ya que en cama no pueden utilizar los mecanismos a que suelen recurrir para dominar la angustia producida por sus pensamientos. No hay que olvidar que para tal niño la presencia de un padre o una madre excesivamente cariñosos puede llegar a ser indirectamente, a causa de los estímulos, una forma de tortura, en cuyo caso cabría esperar que el niño se recuperase con mayor rapidez lejos de casa. No obstante, es a este padre o madre demasiado cariñosos a quienes les es imposible tolerar el alejamiento del niño, siquiera sea por su propio bien.

El tratamiento a base de drogas no es satisfactorio, como demuestra el gran número de medicamentos recomendados.

Sin tratamiento, la corea acaba por desaparecer casi siempre. La única complicación seria es la enfermedad cardíaca, y para ésta no se sabe de ningún tratamiento salvo el reposo.

Examen del diagnóstico

Si bien casi siempre el diagnóstico de corea puede hacerse con facilidad, no es nada raro que se confundan con esta enfermedad otros tipos de agitación. Por este motivo conviene, aun a riesgo de reiteración, resumir los detalles que diferencian los diagnósticos.

En un caso típico de agitación corriente, el desasosiego forma parte de la naturaleza del niño. Es la totalidad del pequeño la que resulta afectada. Asociado a los movimientos, suele haber un aumento de la frecuencia y premura de la micción. Por el contrario, el examen cuidadoso del historial del comienzo de una verdadera corea revelará, por lo general, que, en una fecha concreta, un niño que hasta entonces había sido más o menos normal empezó a dar muestras de desasosiego. Casi siempre, al principio, se observa que los movimientos afectan más a las extremidades de un lado que a las del otro. A menudo se registra una paresia asociada, siempre en el brazo y la pierna que más se mueven. Es decir, la paresia y los movimientos van aparejados. Normalmente, la micción no se ve afectada.

Al cabo de unos días, cuando el niño guarda cama en el hospital o bajo vigilancia médica, estas peculiaridades pueden resultar mucho menos evidentes y es igualmente posible que la unilateralidad y la paresia hayan

P S I K O L I B R O

desaparecido.

Los pormenores sobre la aparición de tics no revisten importancia a efectos de diagnóstico. Cabe que los movimientos hayan empezado de repente, después de un susto o a resultas de un cambio de temperamento. Los espasmos habituales resultan especialmente molestos para quienes se ven obligados a presenciarlos.

Así, pues, suele ser posible diagnosticar corea basándose exclusivamente en el historial. Si éste no es corriente pero los movimientos son característicos, el diagnóstico de corea debe ser puesto en tela de juicio. El diagnóstico de la agitación corriente suele ser fácil, pero en muchos casos esta agitación es tan parecida a la coreica que únicamente un meticuloso examen del historial del caso permite un diagnóstico correcto. La presencia de un signo cardíaco que haga sospechar una posible carditis reumática, sea antigua o reciente, es a menudo la responsable de que se imponga una limitación innecesaria y desafortunada de la actividad de un niño que padece de angustia pero no de corea.

Es necesario poner de relieve aquí que el término «precoreico» no tiene ningún significado a la vista de los conocimientos actuales. La agitación corriente no predispone directamente a la corea, ni existe relación alguna entre los tics y esta enfermedad. Es cierto que a veces la corea está relacionada con una tensión excesiva (la proximidad de los exámenes, por ejemplo), y que puede ser provocada por un susto, pero no se conoce bien el eslabón que une la corea con el esfuerzo que hace el niño para salir bien parado de la prueba o con su reacción ante el susto. Sin embargo, sigue siendo cierto que la corea es una enfermedad física del cerebro que, de forma indiscriminado, se presenta en niños normales, en niños excitables y en niños nerviosos. En un diagnóstico diferencial, hecho hoy en día, debe considerarse inexistente una relación entre los tics, la agitación corriente y la corea.

No es fácil confundir con la corea los movimientos atetósicos asociados con ciertas enfermedades del sistema nervioso central. La encefalitis letárgica aguda y epidémica, por el contrario, puede empezar en forma de una corea generalizada que, desde el punto de vista clínico, resulta totalmente indistinguible de la corea normal.

El siguiente caso sirve de ilustración de una secuencia nada común: trauma-corea-carditis reumática y artritis.

Lily estuvo bien hasta que a los ocho años experimentó dos sustos en una misma semana: fue atropellada por una bicicleta y, en otra ocasión, tuvo miedo de regresar a casa porque un hombre o una mujer la perseguían (probablemente era obra de su imaginación, pero no por ello menos ansiógena). Más o menos sobre las mismas fechas empezó a dar muestras de falta de firmeza, especialmente en el brazo y la pierna del lado izquierdo. Presentó adelgazamiento y palidez. Transcurridas unas semanas, una vez se quejó de dolor en las manos.

Desde que había tenido los dos sustos se la veía triste y, además, hablaba a veces de una manera extraña: las palabras no acababan de salirle. Su sueño era normal con la excepción de que pataleaba y había una leve agitación de las extremidades. Anteriormente nunca había sido nerviosa ni se había visto atacada de terrores nocturnos.

Historial previo: Había padecido sarampión y en cierta ocasión, una inflamación de las amígdalas. No había padecido dolores del crecimiento. No se le habían extirpado las amígdalas.

Historial familiar: Era uno de los ocho hijos del matrimonio; uno de ellos había sufrido de fiebre reumática.

Al examinarla, aparte de una temperatura moderadamente alta (38° C), no se encontraron otros factores positivos. Los movimientos eran los característicos de la corea, si bien leves, y el estado del corazón era totalmente normal.

Curso de la enfermedad: Los movimientos mejoraron rápidamente, pero siguieron siendo más evidentes en el lado izquierdo que en el derecho. Al permanecer echada en la cama, el cuello se le ponía rígido,

probablemente debido a una artritis reumática. Las amígdalas eran muy pequeñas y sanas; a decir verdad, en el primer examen parecía que se las hubiesen extirpado.

Al cabo de tres meses la niña parecía estar bien y su corazón seguía sin verse afectado.

Pasaron cuatro meses sin examen, pero en seguida volvió por haber caído enferma, aparentemente a causa de un dolor de cabeza producido por el sol. Esta vez volvía a presentar movimientos definidos, pero no había inflamación ni dolor en las articulaciones; su temperatura era de treinta y ocho grados y parecía estar enferma. Los síntomas cardíacos era los siguientes: pulso agitado; choque de punta dentro de los límites normales (a 1,27 cm hacia la izquierda del quinto espacio); en una habitación silenciosa la continuación del segundo sonido podía oírse como un soplo muy bajo a la izquierda del esternón. Esta aparición de un soplo diastólico hizo necesario diagnosticar una endocarditis activa de las válvulas aórticas que causaba una insuficiencia aórtica.

Después de quince semanas de tratamiento institucional, la niña volvió a estar bien con la salvedad de que su corazón seguía dando muestras de insuficiencia aórtica. No había hipertrofia demostrable.

Pese a todos los cuidados, los movimientos volvieron a producirse y, si bien no pasaron de leves, se registró un nuevo síntoma en el corazón: un murmullo diastólico medio que se oía en el ápice cuando se examinaba a la paciente acostada. Puede que esto tuviera que ver con la insuficiencia aórtica, pero se tuvo en cuenta la posibilidad de una incipiente estenosis mitral.

Transcurridos veintidós meses desde el primer ataque de corea, se manifestó en la niña una fiebre reumática latente, con inflamación de los tobillos. Durante siete meses estuvo sometida a tratamiento en varias instituciones y se restableció.

Treinta y dos meses después del primer ataque se produjo un nuevo ataque de corea. Esta vez el corazón presentaba signos de hipertrofia, estenosis mitral avanzada y regurgitación aórtica, y, en vista de la corea activa, hubo que suponer que había también una carditis activa.

Esto ejemplifica el curso que la enfermedad es susceptible de tomar a pesar de todos los cuidados y vigilancias posibles.

El siguiente caso es un ejemplo del destino que por lo común espera al niño aquejado de agitación:

Doris me fue enviada originariamente cuando tenía cinco años. Me la envió un inspector médico de escuelas. La causa era "reumatismo", lo cual constituye siempre una buena razón para someter a un niño a revisión y observación periódicas.

Historial previo: Escarlatina en dos ocasiones, extirpación de las amígdalas y vegetaciones adenoideas a los tres años.

Historial familiar: La madre había padecido fiebre reumática dos veces y, al parecer, su corazón había resultado afectado. Doris tiene una hermana de ocho años y un hermanito de seis meses.

Notas sobre el caso: La niña es feliz y animada, come bien, Pero es propensa a los "dolores del crecimiento en los muslos y las piernas", así como a frecuentes «resfriados». Nunca ha tenido inflamación en las articulaciones. El hecho de que la pequeña admita sufrir dolores es suficiente justificación para realizar una investigación meticulosa.

La madre se queja también de que la niña está desasosegada y hace muecas. No hay ninguna fecha para la aparición de estos síntomas diversos; por así decirlo, han crecido junto con la niña,

El interrogatorio rutinario a los padres saca a relucir los siguientes hechos: la pequeña duerme bastante bien, con la salvedad de que habla mientras duerme, pero de día está muy nerviosa y constantemente sobreexcitada.

La excitación le induce a hablar incesantemente y su agitación va en aumento. De hecho, nunca se está quieta y, asociado con esto, como de costumbre, se registra un aumento de la urgencia y frecuencia de la micción (aunque no es incontinente).

La agitación hallada al examinar a la niña concuerda con este desasosiego angustioso y no es de carácter coreico. No se encuentran signos físicos de enfermedad y el corazón es normal. Cuando se le ordena acostarse, la pequeña tiene que vencer el fuerte desagrado que la idea le produce, hecho que se traduce en un fuerte latir del corazón.

Notas suplementarias: Me enteré de que la agitación había sido diagnosticada como corea en un hospital hacía poco tiempo, pero la agitación que persiste después de la corea es tan característica que con toda confianza mandé el siguiente informe: la niña está físicamente sana; padece de angustia y posiblemente esto es la explicación de los dolores y de la agitación.

A veces no la dejaban ir a la escuela, por verla pálida, o porque se desmayaba, y otras veces a causa de una enfermedad febril, acompañada de parestesias en una mano. Cada vez, después de guardar cama unos días, volvía a sentirse bien. Los niños aquejados de angustia suelen tener este tipo de enfermedad sin signos físicos. La siguiente vez que tuve noticias de ella fueron en el sentido de que en otro hospital, se le había diagnosticado como un caso de corea, lo cual parecía ir en contra de mi diagnóstico. cuando volví a verla, comprobé que su agitación. Sin embargo, que no era coreica, no había experimentado ningún cambio.

Luego fue internada en un hospital como caso de eritema nudoso. No obstante, se da la circunstancia de que, en su caso, la aparición de magulladuras sobre la piel de las espinillas y de otras partes es una afección propia de su familia, ya que su hermano y su hermana la sufren también. Por tanto, el diagnóstico de «eritema» había sido falso. En cierta ocasión, llegó a registrarse una hemorragia subcutánea, y las protuberancias que se formaron al coagularse la sangre habían sido calificadas de «nódulos reumáticos». Se comprobó que el corazón estaba dilatado, y al caso se le colocó la etiqueta de “reumatismo activo y carditis”. Con este diagnóstico me la volvieron a enviar, pero yo la encontré exactamente como la había encontrado desde la primera vez. que la viera. El estado de su corazón había permanecido normal.

De hecho, esta niña no es un paciente reumático, ni padece corea.

Posdata (1957)

La fiebre reumática y la corea han pasado a ser enfermedades mucho menos comunes desde que escribí este artículo. La incidencia de la agitación angustiosa corriente, así como la de los tics, no ha variado.

Biblioteca D. Winnicott

Agresión, culpa y reparación 1960

Disertación pronunciada ante la Liga Progresiva el 7 de mayo de 1960

Deseo valerme de mi experiencia como psicoanalista para exponer un tema recurrente en el trabajo analítico, que ha tenido siempre gran importancia. Conciérne a una de las raíces de la actividad constructiva: la relación entre construcción y destrucción. Tal vez ustedes lo reconozcan al punto como un tema desarrollado principalmente por Melanie Klein, quien reunió sus ideas al respecto bajo el título de "La posición depresiva en el desarrollo emocional". No viene al caso establecer si es o no un título acertado. Lo importante es que la teoría psicoanalítica evoluciona en forma constante, que Melanie Klein fue quien tomó la destructividad existente en la naturaleza humana y empezó a explicarla y encontrarle un sentido desde el punto de vista psicoanalítico. Fue un adelanto importante, acaecido en la década siguiente a la Primera Guerra Mundial; muchos de nosotros tenemos la impresión de que no podríamos haber llevado a cabo nuestro trabajo sin este agregado importante a lo dicho por Freud acerca del desarrollo emocional del ser humano. Melanie Klein amplió lo enunciado por Freud sin alterar los métodos de trabajo del analista.

Podría suponerse que el tema atañe a la enseñanza de la técnica psicoanalítica. Si no me equivoco, esto no les molestaría a ustedes. Empero, creo sinceramente que es un tema de vital importancia para toda la gente pensante, sobre todo porque enriquece nuestra comprensión del significado de la expresión "sentimiento de culpa", asociándola a éste, por un lado, con la destructividad y, por el otro, con la actividad constructiva.

Todo esto parece bastante simple y obvio: surge la idea de destruir un objeto, aparece un sentimiento de culpa y el resultado es un trabajo constructivo; pero si ahondamos en la cuestión descubrimos que es mucho más compleja. Cuando se intenta ofrecer una descripción completa del tema, se debe recordar que el momento en que esta secuencia simple empieza a cobrar sentido, a ser realidad o a tener importancia constituye un logro dentro del desarrollo emocional del individuo.

Es típico de los psicoanalistas que, al tratar de abordar un tema como éste, siempre piensen en función del individuo en proceso de desarrollo, lo cual significa remontarse a una etapa muy temprana de su vida para ver si se puede determinar el punto de origen. Por cierto que la más temprana infancia podría concebirse como un estado en que el individuo es incapaz de sentirse culpable. En consecuencia, y refiriéndonos siempre a una persona sana, cabe suponer que más

adelante podrá tener o experimentar un sentimiento de culpa quizá sin registrarlo como tal en su conciencia. Entre estos dos puntos se extiende un período en que la capacidad de experimentar un sentimiento de culpa está en vías de establecerse. A él me referiré en esta disertación.

Aunque no es necesario dar edades y fechas, diría que a veces los progenitores pueden detectar los inicios de un sentimiento de culpa antes que su hijo cumpla un año, si bien nadie pensaría que la técnica de aceptación de una responsabilidad plena por las ideas destructivas propias queda firmemente establecida en el niño antes de los cinco años. Al ocuparnos de este desarrollo, sabemos que hablamos de la niñez en su totalidad y, en particular, de la adolescencia... y si hablamos de la adolescencia también nos referimos a los adultos, porque ningún adulto lo es en todo momento. Las personas no se limitan a tener su edad cronológica; hasta cierto punto, tienen todas las edades, o no tienen ninguna.

Diré de paso que, a mi entender, nos resulta relativamente fácil llegar a la destructividad que llevamos dentro cuando la vinculamos con la rabia por una frustración o el odio contra algo que desaprobamos, o cuando es una reacción ante el miedo. Lo difícil es que cada individuo asuma plena responsabilidad por la destructividad personal que en forma inherente atañe a una relación con un objeto percibido como bueno o, dicho de otro modo, con la destructividad que se relaciona con el amor.

Aquí viene al caso hablar de integración, porque si es dable imaginar una persona totalmente integrada, esa persona asumirá plena responsabilidad por todos los sentimientos e ideas propios del estar vivo. En cambio, la integración fallará si nos vemos obligados a encontrar los objetos que desaprobamos fuera de nosotros y a un precio: la pérdida de aquella destructividad que en realidad nos pertenece.

Por eso digo que todo individuo debe desarrollar la capacidad de responsabilizarse por la totalidad de sus sentimientos e ideas. La palabra "salud" (en el sentido de una buena salud) está estrechamente ligada al grado de integración que posibilita asumir esta responsabilidad plena. La persona sana se caracteriza, entre otras cosas, por no tener que aplicar en gran medida la técnica de la proyección para hacer frente a sus propios impulsos y pensamientos destructivos.

Comprenderán que paso por alto las etapas más tempranas, lo que podríamos llamar los aspectos primitivos del desarrollo emocional. No hablo de la primeras semanas o meses de vida, porque un derrumbe en esta área del desarrollo emocional básico ocasionaría una enfermedad mental que requeriría la internación del individuo; me refiero a la esquizofrenia, que no entra en el tema de esta disertación. Aquí doy por sentado que en cada caso los padres han provisto lo imprescindible para que el bebé inicie una existencia individual. Lo que quiero decir podría aplicarse tanto al cuidado de un niño normal durante una etapa determinada de su desarrollo como a una fase del tratamiento de un niño o adulto, pues en psicoterapia nunca sucede nada verdaderamente nuevo. En el mejor de los casos, alguna parte del desarrollo de un individuo que no había sido completada originariamente se completa, hasta cierto punto, en el curso del tratamiento.

A continuación citaré algunos ejemplos tomados de tratamientos psicoanalíticos, en los que omitiré todo detalle ajeno a la idea que procuro exponer.

Caso I

Este ejemplo ha sido extraído del análisis de un hombre que ejerce la psicoterapia. Empezó una sesión contándome que había ido a ver el modo en que se desempeñaba en sus tareas un paciente suyo; en otras palabras, había abandonado el rol del terapeuta que trata al paciente en el consultorio y lo había visto en su lugar de trabajo. El paciente tenía mucho éxito en su trabajo, que

era muy especializado y requería movimientos muy rápidos. Durante las sesiones de terapia, el paciente también ejecutaba movimientos rápidos (que en ese ámbito carecían de sentido) y se revolvía en el diván como un poseso. Mi paciente dudaba de si había sido acertado o no visitar a su paciente en el lugar de trabajo, aunque creía probable que tal acción lo había beneficiado a él.

A continuación se refirió a sus propias actividades durante las vacaciones de Pascua. Tiene una casa de campo, le gustan mucho los trabajos físicos, cualquier actividad constructiva y los aparatos y herramientas, que sabe usar. Me describió diversos sucesos de su vida doméstica que no creo necesario relatar con todo su colorido emocional; diré tan sólo que volvió a referirse a un tema que ha tenido importancia en la fase más reciente de su análisis, y en el que desempeñan un gran papel varios tipos de herramientas mecánicas. En camino hacia mi consultorio, suele detenerse a contemplar una máquina-herramienta expuesta en una vidriera cercana a mi casa y provista de unos dientes espléndidos. Este es el modo en que mi paciente llega hasta su agresión oral, al impulso de amor primitivo con toda su crueldad y destructividad. Podríamos llamarlo "comer" [eating]. En su tratamiento tiende a esta crueldad del amor primitivo y, como supondrán, la resistencia a enfrentarla era tremenda. (Diré de paso que este hombre conoce la teoría y podría ofrecer una buena explicación intelectual de todos estos procesos, pero hace psicoanálisis de posgrado porque necesita ponerse verdaderamente en contacto con sus impulsos primitivos, no como una cuestión mental, sino como una experiencia instintiva y una sensación corporal.) En la hora de sesión pasaron muchas otras cosas, incluido un examen de la pregunta: ¿podemos comer nuestra torta y, al mismo tiempo, tenerla? (1)

Sólo deseo extraer de este caso la siguiente observación: cuando salió a la luz este material nuevo, relacionado con el amor primitivo y la destrucción del objeto, ya se había hecho alguna referencia al trabajo constructivo. Cuando le hice al paciente la interpretación de que necesitaba de mí y quería destruirme "comiéndome", pude recordarle lo que él había dicho acerca de la construcción. Le recordé que así como él había visto a su paciente desempeñando su trabajo, advirtiendo entonces que sus movimientos espasmódicos tenían sentido dentro de su oficio, yo podría haberlo visto a él trabajando en su jardín y utilizando artefactos mecánicos para embellecerlo. Podía abrir brechas en las paredes y talar árboles, disfrutando enormemente con ello, pero esta misma actividad, aislada de su meta constructiva, habría sido un episodio maniáco carente de sentido. Esta es una característica constante de nuestro trabajo y constituye el tema de mi disertación de hoy.

Tal vez sea cierto que los seres humanos no pueden tolerar la meta destructiva presente en su forma más temprana de amar. Sin embargo, el individuo que trata de llegar hasta ella puede tolerar la idea de su existencia si comprueba que ya tiene a mano una meta constructiva, que otra persona le puede recordar.

Al decir esto, pienso en el tratamiento de una paciente mía. En una etapa inicial de su terapia cometí un error que estuvo a punto de arruinarlo todo: interpreté el sadismo oral, o sea el acto de devorar cruelmente el objeto, como perteneciente a una forma primitiva del amor. Poseía muchas evidencias de ello y mi interpretación fue en verdad acertada... pero la di demasiado pronto: tendría que haberla formulado diez años después. Aprendí la lección. En el largo tratamiento siguiente la paciente se reorganizó y se convirtió en una persona real e integrada, capaz de aceptar la verdad con respecto a sus impulsos primitivos. Al cabo de diez o doce años de análisis diario, estuvo preparada para recibir esa interpretación.

Caso II

Al entrar en mi consultorio, un paciente vio un grabador que me habían prestado. Esto le inspiró

algunas ideas. Mientras se acostaba en el diván y cobraba fuerzas para la hora de trabajo analítico que tenía por delante, me dijo: "Me gustaría suponer que una vez terminado el tratamiento, lo que haya ocurrido aquí conmigo tendrá valor para el mundo de un modo u otro". Anoté mentalmente que este comentario podría indicar que el paciente estaba al borde de otro de esos ataques de destructividad que yo había debido tratar, una y otra vez, en sus dos años de terapia. Antes de que transcurriera la hora de sesión, el paciente accedió en verdad a un nuevo conocimiento de la envidia que me tenía por ser un analista relativamente bueno. Tuvo el impulso de darme las gracias por ser bueno y capaz de hacer lo que él necesitaba que yo hiciera. Ya habíamos pasado por todo esto en otras ocasiones, pero ahora el paciente estaba más en contacto con sus sentimientos destructivos hacia lo que podría denominarse un objeto bueno. Una vez que quedó plenamente establecido todo esto, le recordé su esperanza -expresada al entrar en el consultorio y ver el grabador- de que su tratamiento en sí resultara valioso y constituyera un aporte al acervo general de las necesidades humanas. (Por supuesto no era necesario que yo se lo recordara, pues lo importante era lo que había sucedido y no la discusión de lo que había sucedido.)

Cuando relacioné estos dos puntos, mi paciente dijo que mi interpretación le parecía correcta pero que habría sido horrible si yo la hubiese hecho basándome en su primer comentario, o sea si le hubiese dicho que su deseo de ser útil indicaba un deseo de destruir. Era preciso que él llegara primeramente al afán destructivo pero, eso sí, que lo hiciera a su modo y en el momento que le resultara oportuno. No cabe duda de que, si pudo acceder a un contacto más íntimo con su destructividad, fue gracias a su capacidad de pensar que en definitiva lo suyo sería una contribución. Pero el esfuerzo constructivo es falso -y esta falsedad es peor que la falta de sentido- a menos que, como dijo mi paciente, el individuo llegue primero a establecer contacto con su destructividad. Le pareció que cuanto había hecho hasta entonces en la terapia carecía de bases adecuadas y, como él mismo me lo recordó, en realidad venía a tratarse conmigo para sentar esas bases.

Diré de paso que este hombre ha hecho un trabajo muy bueno, pero siempre que se acerca al éxito experimenta un sentimiento creciente de futilidad y falsedad, una necesidad de demostrar que no vale. Esta pauta ha regido su vida.

Caso III

Una colega comenta el caso de un paciente suyo, que accede a un material que podría interpretarse correctamente como un impulso de robarle a su analista. De hecho, tras haber pasado por la experiencia de un buen trabajo analítico, le dijo: "Ahora he descubierto que la odio por su agudeza intelectual, que es justamente lo que necesito que usted me dé. Siento el impulso de robarle ese don, o lo que sea, que la capacita para hacer este trabajo". Ahora bien, estas palabras habían sido precedidas por un comentario, dicho al pasar, sobre lo agradable que sería ganar más dinero para poder pagar unos honorarios más altos. Aquí vemos lo mismo que en el caso anterior: el individuo alcanza una plataforma de generosidad y la usa de tal modo, que desde ella se puede vislumbrar la envidia y el impulso de robar y de destruir al objeto bueno, todos ellos subyacentes bajo esa generosidad y correspondientes a la forma primitiva de amar.

Caso IV

He extraído la siguiente viñeta de la extensa descripción del caso de una adolescente cuya terapeuta es a la vez su cuidadora: la muchacha se aloja en el hogar de la terapeuta, quien cuida de

ella como si fuera una hija más. Este régimen de atención tiene sus ventajas y desventajas.

La adolescente había padecido una enfermedad grave y, en la época en que ocurrió el incidente que relataré, salía de un largo período de regresión a la dependencia y a un estado infantil. Podría decirse que ya no había regresión en su relación con el hogar y la familia, pero todavía se encontraba en un estado muy especial en el reducido ámbito de las sesiones vespertinas de terapia, que se efectuaban dentro de un horario fijo.

Llegó un momento en que la adolescente expresó el odio más profundo hacia su terapeuta-cuidadora, la señora X. Todo iba bien durante el resto de las 24 horas, pero en la sesión de terapia la muchacha destruía total y reiteradamente a la señora X. Resulta difícil dar una idea de hasta qué punto la odiaba como terapeuta y, de hecho, la aniquilaba. Este caso no era similar al del terapeuta que iba a ver al paciente en su lugar de trabajo, por cuanto la señora X tenía a la joven bajo su cuidado constante; ambas mantenían dos relaciones independientes y simultáneas.

Durante el día comenzaron a suceder toda clase de incidentes novedosos. La adolescente empezó a manifestar su deseo de ayudar a limpiar la casa, lustrar los muebles y ser útil. Esta ayuda era algo absolutamente nuevo; nunca había integrado la pauta personal de la muchacha cuando vivía en su propio hogar, ni aun antes de contraer aquella enfermedad grave.

Creo que debe haber pocas adolescentes que hayan prestado tan escasa ayuda efectiva en su hogar: ni siquiera ayudaba a lavar la vajilla. Esta colaboración fue, pues, un rasgo muy novedoso en ella. Emergió calladamente, por decirlo así, como un elemento paralelo a la destructividad total que la adolescente empezaba a descubrir en los aspectos primitivos de su amor, a los que accedía en su relación con la terapeuta durante las sesiones.

Como ven, aquí se repite la misma idea que afloró en los casos anteriores. Por supuesto, la toma de conciencia de la destructividad por parte de la paciente posibilitó la actividad constructiva manifestada durante el día, pero en este momento quiero que ustedes vean el proceso a la inversa: las experiencias constructivas y creativas posibilitaban el acceso de la adolescente a la experiencia de su destructividad.

Observarán que de estos ejemplos se extrae un corolario: el paciente necesita tener una oportunidad de contribuir, de cooperar en algo, y aquí es donde el tema de mi disertación se enlaza con la vida cotidiana. La oportunidad de practicar una actividad creativa, un juego imaginativo, un trabajo constructivo, es precisamente lo que tratamos de proporcionar a todas las personas de manera equitativa. Volveré sobre esto más adelante.

Ahora intentaré agrupar las ideas expuestas en forma de casos ilustrativos.

Estamos tratando un aspecto del sentimiento de culpa que nace de la tolerancia de nuestros impulsos destructivos en la forma primitiva del amor. Dicha tolerancia genera algo nuevo: la capacidad de disfrutar de las ideas, aun cuando lleven en sí la destrucción, y de las excitaciones corporales correspondientes. (Hay una correspondencia mutua entre estas excitaciones y las ideas.) Tal avance proporciona espacio suficiente para la experiencia de preocupación, base de todo lo constructivo.

Notarán que podemos utilizar varios pares de términos, según la etapa de desarrollo emocional que describamos:

aniquilación / creación
destrucción / recreación
odio / amor fortalecido

crueldad / ternura
ensuciar / limpiar
dañar / reparar
etcétera.

Permítanme formular mi tesis del siguiente modo. Si les agrada, pueden observar cómo una persona hace una reparación y comentar con sagacidad: "¿Ajá! Eso indica una destrucción inconsciente". Empero, si proceden así no prestarán gran ayuda al mundo. La alternativa es interpretar esa reparación como un acto mediante el cual esa persona está fortaleciendo su self, posibilitando así la tolerancia de su destructividad inherente. Supongamos que ustedes bloquean la reparación de algún modo. Esa persona quedará incapacitada, hasta cierto punto, para responsabilizarse de sus impulsos destructivos y, desde el punto de vista clínico, el resultado será la depresión o una búsqueda de alivio mediante el descubrimiento de la destructividad en otra parte (o sea, utilizando el mecanismo de la proyección).

Concluiré esta breve exposición de un tema muy extenso enumerando algunas aplicaciones cotidianas del trabajo en que se funda lo dicho hasta aquí:

- a) La oportunidad de contribuir, de un modo u otro, ayuda a cada uno de nosotros a aceptar esa destructividad básica, vinculada con el amor, que es parte integral de nosotros mismos y que llamamos "comer".
- b) Proporcionar esa oportunidad y ser perceptivo cuando alguien tiene momentos constructivos no siempre da resultado; es comprensible que así sea.
- c) Si le damos a alguien esa oportunidad de contribuir, podemos obtener tres resultados:
 - 1) Era exactamente lo que esa persona necesitaba.
 - 2) El individuo da un uso falso a la oportunidad y sus actividades constructivas cesan, porque él siente que son falsas.
 - 3) Si le ofrecemos una oportunidad a un individuo incapaz de acceder a su destructividad personal, lo sentirá como un reproche y el resultado será desastroso desde el punto de vista clínico.
- d) Podemos utilizar las ideas aquí tratadas para obtener cierta comprensión intelectual acerca del modo en que actúa un sentimiento de culpa cuando está a punto de transformar la destructividad en constructividad. (Debo señalar que el sentimiento de culpa al que me refiero suele ser silencioso y no consciente. Es un sentimiento latente, anulado por las actividades constructivas. El sentimiento de culpa patológico, que se percibe como una carga consciente, es harina de otro costal.)
- e) A partir de esto llegamos a comprender, en cierta medida, la destructividad compulsiva que puede aparecer en cualquier parte, pero que es un problema específico de la adolescencia y una característica constante de la tendencia antisocial. La destructividad, aun siendo compulsiva y engañosa, es más sincera que la constructividad, cuando ésta no se funda como corresponde en un sentimiento de culpa derivado de la aceptación de los propios impulsos destructivos, dirigidos hacia un objeto que se considera bueno.
- f) Estas cuestiones se relacionan con los procesos importantísimos que se desarrollan (de manera poco discernible) cuando una madre y un padre proporcionan a su hijo recién nacido un buen punto de partida para su vida.
- g) Por último, llegamos al fascinante y filosófico interrogante ¿podemos comer nuestra torta y, al mismo tiempo, tenerla?

(1) Traducimos literalmente esta pregunta para que se note su nexa con la referencia al acto de "comer". Es un dicho popular inglés cuyo equivalente en español podría ser "no se puede oír misa y andar en la procesión".

Biblioteca D. Winnicott

Albergues para niños en tiempos de guerra y de paz (1948)

Una contribución al simposio sobre "Lessons for Child Psychiatry", leída durante una reunión de la sección médica de la British Psychological Society, el 2 de febrero de 1946..

La evacuación creó sus propios problemas, y la guerra, su propia solución a los problemas. :Podemos utilizar, en la paz, los resultados de lo que tan. penosamente se experimentó en momentos de tensión aguda y conciencia del peligro común

La experiencia de la evacuación probablemente aportó muy poco de nuevo ala teoría psicológica, pero no cabe duda de que, gracias a ella, llegaron a ser conocidas por gran cantidad de personas cosas que de otra manera habrían permanecido ignoradas. Sobre todo el público en general tomó conciencia del hecho de la conducta antisocial, desde mojarse en la cama hasta provocar el descarrilamiento de trenes.

Se ha dicho con acierto que el hecho de la conducta antisocial constituye un factor estabilizador en la sociedad, que es (en cierto sentido) un retorno de lo reprimido, algo que nos recuerda la espontaneidad o impulsividad individual y la negación social de lo inconsciente a que ha quedado relegado el instinto.

Por mi parte, tuve la fortuna de trabajar con un consejo provincial (entre 1939 y 1946) en conexión con un grupo de cinco albergues para niños que resultaba difícil ubicar en hogares particulares. Durante ese trabajo (1), que significó una visita semanal al condado, llegué a conocer detalladamente a 285 niños, la mayoría de los cuales fue observada durante varios años. Nuestra tarea consistía en encarar los problemas inmediatos, y tuvimos éxito o fracasamos en la medida en que logramos aliviar o no, a los encargados de la evacuación local de dificultades que amenazaban con hacer fracasar su trabajo. Ahora que la guerra ha terminado, todavía pueden extraerse elementos valiosos de la experiencia por la que pasamos, sobre todo del hecho de que el público tenga ahora conciencia de las tendencias antisociales como fenómenos psicológicos.

Desde luego, no queremos sugerir que los albergues, o escuelas de pupilaje para niños inadaptados, como se los llama oficialmente ahora, constituyen una panacea para los trastornos emocionales infantiles.

Nos inclinamos a pensar en el manejo en albergues, simplemente, porque la alternativa es no hacer nada en absoluto, debido a la escasez de psicoterapeutas. Pero es necesario controlar esta tendencia. Con esta salvedad, puede afirmarse que hay niños que necesitan urgentemente que se cuide de ellos en alguna especie de hogar. En mi clínica en el Paddington Green Children's Hospital (una sala de atención médica externa) hay una proporción de casos que necesitan indispensablemente el manejo que se proporciona en un albergue.

Hay dos grandes categorías de estas clases de niños en tiempos de paz: niños cuyos hogares no existen o cuyos padres no pueden establecer un trasfondo estable en el que el niño pueda desarrollarse, y niños con un hogar

existente que, no obstante, incluye a un progenitor mentalmente enfermo. Tales criaturas se presentan en nuestras clínicas de tiempos de paz y comprobamos que necesitan exactamente lo mismo que aquellas otras que nos resultó difícil ubicar. Su ambiente familiar les ha fallado. Digamos que esos niños necesitan estabilidad ambiental, manejo personal y continuidad de manejo. Suponemos un nivel corriente de cuidado físico.

Para asegurar el manejo personal, los encargados de un albergue deben ser adecuados, y los custodios deben estar en condiciones de soportar el esfuerzo emocional inherente al cuidado adecuado de un niño, pero sobre todo de niños cuyos propios hogares no han podido soportar esa tensión. Por esa razón, los custodios necesitan del apoyo constante del psiquiatra y el asistente social psiquiátrico (2). Los niños (no conscientemente) apelan al albergue y, si éste fracasa, a la sociedad en un sentido más amplio, en busca de un marco para sus vidas que sus propios hogares no pudieron darles. Cuando no se cuenta con personas adecuadas, no sólo se torna imposible el manejo personal, sino que también están aquéllas expuestas a la enfermedad y a los colapsos y, por ende, se pone en peligro la continuidad de la relación personal, que es esencial en este trabajo.

El psiquiatra que está a cargo de una clínica desde la que se envían casos a los albergues, debería trabajar en uno de ellos, a fin de mantenerse en contacto con los problemas especiales involucrados en ese trabajo. Lo mismo puede decirse de los magistrados en los tribunales de menores, quienes harían muy bien en formar parte de los comités que dirigen los albergues.

Psicoterapia. En el caso de criaturas antisociales examinadas, en las clínicas resulta inútil limitarse a recomendar una psicoterapia. Lo esencial es ubicar adecuadamente a cada niño, y la ubicación adecuada hace las veces de terapia en un considerable número de casos, siempre y cuando se le dé tiempo. Es posible utilizar además psicoterapia, y es fundamental hacer los arreglos pertinentes con mucho tacto. Si se dispone de un psicoterapeuta, y si los custodios del albergue necesitan realmente ayuda con respecto a un niño, entonces puede utilizarse la psicoterapia individual. Pero surge una complicación que no se puede ignorar: para el cuidado eficaz de un niño de este tipo, el mismo debe llegar a convertirse casi en una parte del custodio, y si alguna otra persona le proporciona tratamiento, el niño puede perder algo vital en su relación con el custodio (o con algún miembro del personal) y al psicoterapeuta no le resulta fácil compensar esa pérdida a pesar de que está en condiciones de ofrecer una comprensión más profunda. Cuando los custodios son eficaces para este tipo de tarea, en general no ven con gran simpatía la psicoterapia de los niños a su cuidado. En la misma forma, a los padres buenos les molesta profundamente que sus hijos se sometan a un psicoanálisis, aun cuando ellos mismos lo soliciten y cooperen plenamente.

En este proyecto, el asistente social psiquiátrico y yo nos mantuvimos en íntimo contacto con los custodios, tanto en lo relativo a sus problemas personales como en lo concerniente a los niños y a los problemas de manejo que se presentaban. Esto contrasta con el trabajo corriente en una clínica, donde el psiquiatra puede resultar particularmente eficaz en una relación personal directa con cada paciente infantil y con los padres. Provisión de albergues. No debe sorprendernos el hecho de que los ministerios hayan favorecido a los albergues, y tampoco el encontrarnos con niños que necesitan albergues y descubrir que, no obstante, nada ocurre e incluso muchos albergues están cerrando sus puertas por todo el país. El contacto entre la oferta y la necesidad sólo pueden proporcionarlo hombres y mujeres capaces y dispuestos a vivir una experiencia con los niños, dispuestos a permitir que un grupo les robe unos cuantos años de su vida. Aquellos de nosotros que estamos clínicamente comprometidos con esos niños debemos desempeñar en todo momento un papel en el intento de reunir las tres cosas -política oficial, custodios y niños- y no esperar que ocurra nada realmente bueno aparte de nuestros propios esfuerzos voluntarios y personales. Incluso en la medicina estatal, las ideas y los contactos clínicos corresponden al clínico, sin el cual el mejor proyecto resulta ineficaz.

Ubicación. El método que evidentemente debe adoptar una organización grande (como el Concejo Municipal de Londres, o un ministerio) consiste en organizar la distribución de los casos desde una oficina central que se mantenga en contacto con los diversos grupos de albergues. Si tengo en mi clínica un niño que necesita un albergue (y eso siempre es urgente), debo enviar un informe que incluya el cociente intelectual y un informe escolar a la oficina central, desde donde se distribuye cada caso según la rutina. Pero yo no entro en el juego,

ni lo hacen los padres, salvo cuando el niño está tan mal que lo único urgente es librarse de él de inmediato. En esta producción en masa falta por completo un manejo algo personal. El hecho es que si tengo un niño a mi cuidado no puedo sencillamente poner su nombre en alguna lista. Se debe permitir a médicos y padres que permanezcan interesados en la ubicación de sus hijos; deben comprobar realmente que lo que se les proporciona es bueno.

Debe haber algún vínculo personal entre la clínica y el albergue; alguien tiene que conocer a alguien allí. Si nadie se conoce entonces surge la desconfianza, porque en la imaginación hay padres malos, médicos malos, custodios malos, albergues malos, incluso ministerios malos. Y por malo entiendo mala intención. Si un médico o un custodio no es conocido como bueno, fácilmente se le atribuyen intenciones malévolas.

Resulta evidente que nuestros hogares para convalecientes no son adecuados para esos niños, que por lo común gozan de excelente salud física y necesitan un manejo a largo plazo por parte de custodios especialmente elegidos y apoyados por el asistente social psiquiátrico y el psiquiatra. Por otra parte, las enfermeras adiestradas en hospitales parecen tornarse inadecuadas para esta tarea por su misma formación profesional; además, muchos pediatras ignoran todo lo relativo a la psicología.

Prevención de la delincuencia. Se trata de una tarea profiláctica para el Ministerio del Interior, cuya principal función consiste en aplicar la ley. Por un motivo u otro, he encontrado oposición a esta idea entre médicos que trabajan para el Ministerio del Interior. Pero los albergues para evacuados en todo el país lograron impedir que muchos niños llegaran a los tribunales, ahorrando así enormes sumas de dinero, al tiempo que producían ciudadanos en lugar de delincuentes; y desde nuestro punto de vista como médicos, lo importante es que los niños han estado bajo el cuidado del Ministerio de Salud, esto es, que se los reconoció como enfermos. Sólo cabe esperar que el Ministerio de Educación, que ahora se hace cargo de todo este problema (escrito en 1945) resulte tan eficaz en épocas de paz como el Ministerio de Salud durante la guerra, en esta tarea profiláctica para el Ministerio del Interior.

Tesis principal. Gracias a mis dos cargos pude estar en contacto con la necesidad de albergues en Londres, al mismo tiempo que me encargaba de la creación de albergues en un área de evacuación. Como médico de un hospital de niños en Londres, me impresionó la forma en que esta solución en tiempo de guerra resolvía el problema relativo al manejo de los tempranos casos antisociales en épocas de paz.

En dieciséis ocasiones pude enviar pacientes infantiles externos a los albergues que yo visitaba como psiquiatra. Sucedió por casualidad que tuve ambos puestos, y me parece un arreglo eficaz que podría adaptarse a las condiciones de la paz. Debido a mi posición, pude constituirme en un vínculo entre el niño, los padres o parientes, y los custodios del albergue, y también entre el pasado, el presente y el futuro del niño.

El valor de este trabajo no debe determinarse solamente por el grado de alivio en la enfermedad psiquiátrica de cada niño. Su valor radica también en la provisión de un lugar donde el médico podía ocuparse de niños que, sin ella, degeneran en el hospital o en el hogar, causando honda angustia a los adultos y muchas dificultades a otros niños.

Resulta triste pensar que, muchos de los albergues de la época de la guerra han cerrado, y que ahora no se hace ningún serio intento por proporcionar ese tipo de ubicación tan necesaria para los casos antisociales precoces. En cuanto a los niños enajenados, no se toma para ellos ninguna medida. Oficialmente no existen.

Notas:

- (1) Una descripción de este trabajo desde distintos puntos de vista puede encontrarse en: la) Winnicott & Britton, "The Problema of Homeless Children", New Education Fellowship Monograph, 1944, núm. 1, pág. 1;
- (b) Winnicott & Britton, "Residential Management as Treatment for Difficult Children": The Evolution of a Wartime Hostels Scheme", Human Relations, 1947, vol. 1, núm. 1, pág. 87.

(2) Parecería que al psiquiatra le incumbe cierta responsabilidad por la elección del personal, ya que el estado mental y físico de las personas que lo integran es esencial en la terapia. Un albergue cuyo personal es elegido y manejado por una autoridad, y cuyos niños están bajo el cuidado de otra, no tiene muchas probabilidades de alcanzar el éxito.

Biblioteca D. Winnicott

Alocución fúnebre (1958)

Palabras pronunciadas en el crematorio de Golders Green el 14 de febrero de 1958. Publicado en International Journal of Psycho-Analysis (1958).

En mi carácter de presidente actual de la Sociedad Psicoanalítica Británica me corresponde representar a la Sociedad en este momento solemne.

Estamos aquí para rendir tributo a un hombre de excepcional calibre al final de su larga vida. Murió a los 79 años, pero demasiado pronto. Estaba en plena posesión de sus facultades, y habría realizado mayores contribuciones aún de no ser porque la enfermedad fue más rápida que el lento pero inevitable avance de la edad. Esto es lo único que lamentamos. Por lo demás, todos querrán reconocer conmigo que tuvo una vida plena, plenamente vivida.

Ernest Jones era nacido en Gales. No es infrecuente que Gales produzca hombres y mujeres de gran personalidad y fino intelecto. Dispersos por sus pueblos hay filósofos y eruditos que sólo alcanzan la fama en el lugar en que viven. De vez en cuando, por una u otra razón, trascienden hacia una comunidad más amplia, y entonces, como en el caso de Jones, el ámbito natural en el que se desarrolla el drama de su vida tal vez no sea Gran Bretaña sino el mundo.

El propio Jones dijo que el hecho de ser galés en la comunidad británica le hizo comprender mejor que otros la particular posición de la raza judía, de la que Freud fue un miembro tan distinguido.

Desde el principio tuvo que ser evidente el excepcional brillo de Jones. No tengo datos acerca de su paso por las aulas, pero para la época en que se diplomó de médico en el Hospital del Colegio Universitario, donde más tarde murió, ya se había hecho acreedor a la medalla de oro en varias disciplinas, y evidentemente podía alcanzar un lugar prominente en cualquier campo que escogiera como propio. Jones fue sin duda uno de los trabajadores del mundo. Su capacidad de trabajo, empleada siempre al máximo, era fenomenal, y le gustaba completar las tareas que emprendía, como atestiguan las ochenta contribuciones reunidas en las cinco ediciones de sus ensayos, cada uno de los cuales es una pequeña obra maestra.

Tenía una enorme capacidad para la lectura y para recordar todo cuanto había leído, la cual persistió hasta el fin de su vida. Pero no fue sólo en el trabajo que Jones alcanzó los primeros puestos. Sus intereses personales eran múltiples y jamás dejaba de imprimir su marca en lo que hacía. Una de las desventajas de que haya vivido tanto es que, inevitablemente, la mayoría de los que colaboraron con él en las primeras etapas de su carrera están hoy muertos. Jones estaba dedicado a escribir su autobiografía, y es una lástima que no tuviera tiempo para poner por escrito muchos detalles que nos ayudarían a nosotros, los estudiosos de este gran hombre, en nuestro intento de comprender un ejemplo más de genio. Cuando el propio Jones aparece en su biografía de Freud, ya es mucho lo que tenía hecho. En 1908, al presentarse por primera vez como invitado en la Sociedad

Psicoanalítica de los Miércoles, tenía 29 años.

Sólo podemos conjeturar cómo habrá sido la vida de este joven y brillante clínico que parecía tener a sus pies el mundo de la neurología y sin embargo prefirió trabajar con Freud, volviéndose así impopular entre sus colegas médicos. Al recordar a Jones, es importante que tengamos presente que le fue necesario capear el temporal de la afrenta. A comienzos de la década de 1920, cuando yo entré en la escena, encontré una profesión médica hostil a Jones, hostilidad que halló expresión directa en la postergación casi indefinida de su elección como miembro del Colegio Real de Médicos. No podremos evaluar debidamente su aporte al psicoanálisis en este país si no tomamos en cuenta los antagonismos que sufrieron Jones y el psicoanálisis por parte de la profesión médica de esa época.

Poco a poco se produjo un cambio de clima intelectual, y hoy nadie tiene necesidad de ocultar que es psicoanalista. Si bien Jones contó con el apoyo de sus amigos, debe presumirse que la hostilidad general de sus colegas profesionales tiene que haberle producido un profundo pesar. Como cualquiera, él hubiera querido que se reconociese su valor. Por cierto, no era un santo. Sin duda quería gozar de la simpatía y el aprecio de su época, pero debió permanecer en un relativo anonimato durante varias décadas. Este fue el precio que pagó por su pronto reconocimiento de la importancia de Freud y su inquebrantable lealtad a su maestro dilecto. Si tenemos en cuenta el hecho de la ambición personal, no es nuestro menor motivo de admiración a Ernest Jones que no sólo estuviese contento sino orgulloso de trabajar con ese hombre a quien él consideraba, en todos los aspectos, más grande que él mismo.

Cuesta imaginar una relación más fructífera entre dos personas que la que mantuvieron Jones y Freud. Yo diría que no se asemejaban, en absoluto. El ingenio de Jones tenía una arista aguda que al parecer no existía en el Freud que el propio Jones nos ha descrito. Jones no idealizó a Freud: percibió el valor y la originalidad de su contribución. Ayudó a crear el medio en que las nuevas ideas podían ser debatidas y desarrolladas, y su propio aporte a esta mancomunidad psicoanalítica fue riquísimo.

Debemos a Ernest Jones la introducción de la obra de Freud en nuestro país y la creación de nuestra Sociedad Científica. El fundó además nuestra revista, y cincuenta libros fueron publicados bajo su dirección en la Biblioteca Psicoanalítica Internacional. Pero en este momento no nos interesa tanto enumerar sus trabajos como recordar al hombre.

Fue característico de Ernest Jones que se retirase sensatamente al campo cuando aún le era posible disfrutar de su vida familiar y de su jardín. Desde luego, en su retiro trabajó con el mismo empeño de siempre, tratando pacientes, leyendo y escribiendo. Su familia creció en torno de él en El Solar de Elsted, y quienes visitaron su hogar nunca dejaron de sentirse enriquecidos por la experiencia. Nada más podía esperarse, sin duda, pero cuando tuvo 70 años recibió el enorme privilegio y la inmensa tarea de escribir la biografía de Freud y la historia de la evolución de sus ideas. Con tal objeto, él y su esposa se sumergieron totalmente en Freud, a punto tal que, según me contaron, jugaban a preguntarse uno al otro qué había hecho Freud tal o cual día a las cuatro de la tarde. El resultado de este acto final de devoción a Freud es una biografía que ha alcanzado fama mundial.

Ahora hemos llegado al fin de la vida de este hombre. La Sociedad, sus miembros titulares y adherentes, sus candidatos y sus candidatos futuros desean ofrecer a su viuda toda su simpatía y amor. La queremos por el afecto que le prodigó a Jones, pero también por haber sido una persona evidentemente feliz como su esposa y madre de sus hijos, y su camarada en el estudio de Freud. Pensamos también en sus tres hijos, su nuera y sus nietos, a todos los cuales quisiéramos hacerles saber que algo de Ernest Jones continúa en el corazón de quienes lo conocimos. Ernest Jones seguirá siendo importante para todos aquellos que, en las futuras generaciones, serán los directos beneficiarios de la postura que adoptó con respecto al postulado de Freud según el cual la naturaleza humana -toda ella, sin excepción- puede ser estudiada científicamente.

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

Alucinación y desalucinación, 1957

Escrito para un seminario realizado el 3 de octubre de 1957.

Una mujer tuvo el siguiente sueño, según su propio relato:

Me desperté de un sueño gritando (supongo que sin emitir sonido alguno). Estaba en una habitación; cuando un niño de unos seis años, de otras épocas, vino corriendo hacia mí en busca de ayuda. Me di cuenta enseguida de que era una alucinación y esto me aterrorizó y comencé a gritar a toda voz. Mientras él retrocedía le tiré un almohadón, luego apareció en la puerta alguien parecido a mi nodriza, como si viniera a averiguar qué pasaba. Me pregunté si también ella vería al pequeño, pero en esa parte del cuarto estaba bastante borroso. Pensé más bien que lo iba a levantar en brazos. Tenía la esperanza de que W. escuchara mis gritos y acudiera, pero ya por entonces me había dado cuenta de que yo no estaba emitiendo ningún sonido en realidad. Esto acrecentó mis temores, y fue en este estado que me desperté, todavía muy desorientada. No supe dónde o cuándo, aunque sentía el tictac del reloj. Me quedé-aterrada durante un rato, hasta que a

la larga pude recobrar me lo suficiente como para Salir a orinar.

Hubo asociaciones de la paciente sobre el sueño; ella pensaba que se vinculaba con una interpretación que yo le hice respecto de la desalucinación. La paciente me describió este sueño como la pesadilla más espantosa de las muchas que había tenido.

Las asociaciones que le suscitó el sueño y el lugar que ocupó en el análisis aclararon en gran parte su función. Deseo referirme en particular a este asunto de la relación entre la alucinación y la desalucinación. Quisiera exponer sobre esto una idea, para que ustedes la discutan.

A menudo me parece que hay una dificultad que no hemos abordado, y es que a veces decimos que un paciente alucina, y consideramos esto como una prueba de psicosis, y otras veces nos referimos a pacientes que alucinan (especialmente niños) sin pensar siquiera que puedan estar enfermos. Tal vez estén cansados y, por lo tanto, se percatan de alucinaciones que, cuando están más alertas, esconden o confinan dentro del tipo de objetos que de hecho pueden percibir en su ambiente. La mayoría de los niños alucinan libremente, y por cierto yo no diagnosticaría ninguna anormalidad si una madre me cuenta que en el pasillo de su departamento hay una vaca y que su nene de cuatro años tiene grandes dificultades a raíz de este impedimento. Ese mismo chico tiene toda una serie de objetos imaginarios que deben ser tratados con el debido respeto; por ejemplo, uno llamado "Fluflú", que la mayor parte del tiempo se la pasa bajo una silla y que él mezcla vagamente con la idea de Jesús. No necesito dar ejemplos, ya que cualquiera que esté en contacto con niños pequeños sabe que los niños que alucinan -espontáneamente no están por fuerza enfermos.

Podríamos formular la siguiente pregunta: ¿hay alguna diferencia

entre la alucinación que indica enfermedad y la que no tiene ese significado? Probablemente la respuesta sea que tenemos varias maneras de distinguir entre la alucinación normal y la patológica. Quisiera referirme a una posible diferencia entre ambas, y al hacerlo deseo reconocer la ayuda que me brindó en forma directa la doctora Margaret Little. En rigor, creo que el tipo de debate que estoy promoviendo aquí se vincula con el examen de su artículo sobre la transferencia delirante.

Para sugerir una respuesta a este interrogante, apelo a lo que, según creo, es un nuevo elemento valioso para la comprensión de la desalucinación. Durante años quise encontrar la clave del uso especial que hacen a veces los niños y adultos de lo negro. Hay personas a las que les gusta el negro, y aun les parece el mejor de los colores; pero lo negro denota también algo malvado, aterrador, traumático. En ocasión en que yo era director de un Departamento Médico, organicé un debate sobre la palabra "negro", y si bien la respuesta que yo esperaba no se produjo, estuvo a punto de darla el doctor Roben Moody, un analista junguiano. Me refiero al conocido fenómeno por el cual, por ejemplo, hay personas que ennegrecen un cuadro que han pintado. Sé de un paciente, internado en este momento en un hospital psiquiátrico, que pinta realmente bien pero siempre ennegrece sus obras; a veces alguna puede rescatarse, y entonces él no pone objeciones a que se la enmarque y se la cuelgue en la pared, aunque creo que por entonces ya no sabe si es suya.

Un chico esquizofrénico que fue paciente mío no hizo otra cosa durante mucho tiempo que ennegrecer completamente las hojas de papel. Poco a poco se puso en evidencia que, desde su punto de vista, bajo el color negro había una figura. A veces descorría el velo, y pintaba o dibujaba y me permitía ver lo que debía desalucinarse; pero le resultaba traumático que le quitaran un dibujo para exponerlo -tan traumático que en verdad nadie pudo hacer jamás algo tan terrible como forzarlo a ello-

Sugiero que en algunos casos advertimos que la alucinación es patológica a raíz de que contiene un elemento compulsivo," que puede explicarse del siguiente modo: algo ha sido desalucinado y, secundariamente, el paciente alucina para renegar de la desalucinación. Es complejo, porque primero se vio algo, luego se desalucinó algo, y luego sobrevinieron una larga serie de alucinaciones para llenar el hueco, digamos así, que produjo la escotomización.

El sueño que relaté ilustra muy bien esto. El caso se simplifica por el hecho de que la paciente no es psicótica, aunque tuvo que volverse psicótica en la transferencia a fin de alcanzar un recuerdo muy afligente, de cuando ella tenía alrededor de dos años de edad. El análisis ya había recorrido un largo trecho, y con el fin de reunir la fuerza necesaria para hacer frente a este trauma, la paciente debió hacer una regresión muy profunda. En otros términos, debió ser capaz de abordar sus tempranas dificultades con la madre para luego poder pasar a usar al padre como tal, y tolerar el trauma terrorífico de quedar expuesta a él. En el contexto real, el padre había estado haciéndole psicoterapia a la niña, por decirlo así, ofreciéndole un lindo pene blando para que jugara, de modo de compensar el precoz retiro del pecho por parte de la madre. Súbita e imprevistamente, la niña se excitó sexualmente con el padre, y el resultado fue catastrófico. Dejaré de lado el resto de la descripción del caso y agregaré simplemente que cuando la paciente llega ahora a ese momento traumático (en el cual se reúnen, en realidad, múltiples traumas), a lo que llega es -a una desalucinación del genital excitado. En el sueño, el chico que se aproxima es alucinado en forma compulsiva, en una tentativa última de renegar del espacio que quedó frente a la paciente en el momento en que ella desalucinó el genital excitado:

En un sueño que tuvo hace muchos años todo esto se prefiguraba,

pero sólo en los últimos tiempos. pudo alcanzarse el sentimiento correspondiente a esta sucesión de fenómenos -la percepción, la escotomización, la alucinación compulsiva. Cuando la paciente vino a verme por primera vez, en vez de un niño pequeño aparecía una luz brillante, lo cual estuvo a punto de lanzarla por un falso camino espiritualista, el mismo, en realidad, que siguieron los restantes miembros de la familia -todos los-cuales tenían que habérselas, como mi paciente; con diversos aspectos de la anormalidad del padre, a su vez derivada -de una seducción sufrida por él en su niñez temprana, posiblemente cuando tenía alrededor de dos años-.

Mi tesis, pues, es que a veces notamos un tipo especial de alucinación que es compulsiva y aterradora, pese a que lo alucinado no constituye, en sí misma una amenaza. La clave me atrevo a sugerir, es que debe mantenerse para renegar de la escotomización o de la desalucinación. Tiene que haber un momento muy importante, según que el trauma emocional haya sido real o soñado.

Biblioteca D. Winnicott

Psicoanálisis y ciencia: ¿amigos o parientes?

(Conferencia pronunciada en la Sociedad Científica de la Universidad de Oxford, 19 de mayo de 1961) El psicoanálisis es un método para tratar a personas aquejadas de enfermedades psiquiátricas utilizando medios psicológicos, es decir, sin recurrir a aparatos, fármacos ni hipnotismo. Fue creado por Freud a fines del siglo pasado, cuando se empleaba el hipnotismo para eliminar síntomas. Freud no estaba satisfecho de los resultados que obtenían tanto él como sus colegas; además, comprobó que eliminar un síntoma mediante el hipnotismo no lo ayudaba a profundizar su comprensión del paciente. Por lo tanto, adaptó el encuadre del hipnotismo a otro en el cual él trabajaba con el paciente en pie de igualdad y dejaba que el tiempo hiciera su obra. El paciente se presentaba todos los días a la hora convenida y no había ninguna prisa por eliminar síntomas, ya que había surgido una tarea más importante: la de capacitar al paciente para que se revelara todo lo concerniente a sí mismo. De este modo, también Freud se enteraba y usaba la información para formular interpretaciones al paciente y, al mismo tiempo, para ir construyendo gradualmente una nueva ciencia, la ciencia que hoy llamamos psicoanálisis (y que podríamos muy bien llamar psicología dinámica).

De modo que psicoanálisis es un término que designa específicamente un método y un cuerpo creciente de teoría, teoría que concierne al desarrollo emocional del individuo humano. Es una ciencia aplicada basada en una ciencia. .

Habrán notado que introduje el término "ciencia", haciendo pública mi opinión de que Freud echó realmente los cimientos de una nueva ciencia, de una extensión de la fisiología, que se ocupa de la personalidad, el carácter, la emoción y el esfuerzo humanos. Tal es mi tesis.

Pero, ¿qué significa ciencia? Se trata de una pregunta que ha sido formulada y contestada muchas veces.

Sobre los científicos yo diría lo siguiente: cuando aparece una brecha en el conocimiento, el científico no se precipita hacia una explicación sobrenatural. Una actitud semejante supondría pánico, temor a lo desconocido; no tendría nada de científica. Para el científico, cada brecha en la comprensión constituye un estimulante desafío. Se admite la ignorancia y se proyecta un programa de investigación. El estímulo para el trabajo que se realiza es la existencia de la brecha. El científico puede permitirse esperar y ser ignorante. Lo que significa que tiene alguna clase de fe: no fe en esto o en aquello, sino fe, o capacidad para la fe. "No lo sé. ¡Bien! Tal vez algún día lo sabré. Tal vez no. Pero entonces, quizás otro lo sabrá."

Para el científico, formular preguntas es casi lo único que importa. Las respuestas, cuando se encuentran, sólo suscitan nuevas preguntas. La pesadilla del científico es la idea del conocimiento total. Tiembla sólo de pensarlo. Compárese esto con la certidumbre propia de la religión y se verá qué distinta es la ciencia de la religión. La religión sustituye la duda por la certidumbre. La ciencia alberga dudas infinitas e implica una fe. ¿Fe en qué? Quizás en nada; sólo la capacidad de tener fe. O, si es necesario que esa fe recaiga en algo, será entonces una fe en las leyes inexorables que gobiernan los fenómenos.

El psicoanálisis avanza más allá del punto en que se detiene la fisiología. Extiende el territorio científico

abarcando los fenómenos de la personalidad humana, los sentimientos y los conflictos humanos. Proclama, por lo tanto, que la naturaleza humana puede ser examinada; y allí donde la ignorancia es patente, puede permitirse esperar y no necesita refugiarse en formulaciones supersticiosas. Una de las principales contribuciones de la ciencia es que termina con la prisa, el alboroto y la agitación; nos concede tiempo para descansar. Podemos jugar nuestra partida de bolos e incluso ganarles a los españoles.

Los invito a no mezclar en sus mentes la ciencia con la ciencia aplicada. Todos los días, como profesionales que aplicamos una ciencia, nos enfrentamos con las necesidades de nuestros pacientes o de gente normal que acude al análisis; a menudo tenemos éxito, y a menudo fracasamos. Que fracasemos no puede evitarse más de lo que puede evitarse que el metal del que está hecho un avión cristalice y el avión se desintegre. Ciencia aplicada no es lo mismo que ciencia. Cuando hago un análisis, no estoy realizando una labor científica. Pero dependo de la ciencia cuando realizo una tarea que no podría haberse intentado antes de Freud.

En el curso de su vida Freud logró dar un desarrollo bastante completo a la teoría en que se basa el psicoanálisis, y esa teoría se denomina habitualmente metapsicología_ analogía con la metafísica). Estudió la psiconeurosis, pero gradualmente fue ampliando sus investigaciones hasta incluir a pacientes con perturbaciones más profundas, como los esquizofrénicos y los maníaco-depresivos. Gran parte de lo que se conoce sobre la psicología de la esquizofrenia y de la psicosis maníaco-depresiva es el resultado de la labor realizada por Freud y por quienes siguieron utilizando el método de investigación y tratamiento que él inventó.

Frente a ustedes me encuentro en desventaja porque no los conozco, no sé qué es lo que saben, no sé si están de acuerdo con lo que acabo de decir o tienen ideas muy distintas y piensan que las he pasado por alto. Probablemente deseen que yo describa el psicoanálisis y eso es lo que voy a intentar. Por supuesto, habría muchísimo que decir para dar siquiera una idea del tema.

Primero deben tener una idea del esquema general del desarrollo emocional de los seres humanos. Luego, deben conocer las tensiones que son inherentes a la vida y los medios que se emplean para hacerles frente. Además, deben tener conocimientos sobre el derrumbe de las defensas normales y el establecimiento de una segunda y una tercera línea de defensa, es decir, en otras palabras, sobre la organización de la enfermedad como un medio de seguir adelante ante el fracaso de las defensas ordinarias. En la base de las tensiones se encuentran los instintos, las funciones corporales que actúan orgiásticamente.

Por supuesto, una parte de la defensa del individuo contra la angustia intolerable es siempre la provisión ambiental. Normalmente el entorno evoluciona junto con el individuo, de modo tal que la dependencia del bebé se transforma poco a poco en la independencia del niño mayor y la autonomía del adulto. Todo esto es muy complejo y ha sido estudiado con gran detalle.

Es posible clasificar las enfermedades en función del fracaso del ambiente. Sin embargo, mayor interés ofrece el estudio de la enfermedad en función de la organización de las defensas en el individuo. Cada uno de estos enfoques nos deja una enseñanza acerca de las personas normales corrientes: el primero nos enseña sobre la sociedad, y el segundo sobre las tensiones personales humanas que preocupan a filósofos y artistas y también a la religión. En otros términos, el psicoanálisis ha afectado profundamente nuestro modo de considerar la vida, y puede brindar aún mucho más de lo que hasta ahora ha aportado al estudio de la sociedad y de la gente común. Mientras tanto, sigue siendo un método de investigación que no tiene paralelo ni rival. Pero a mucha gente no le agrada el psicoanálisis, o no le agrada la idea del psicoanálisis, de modo que en Gran Bretaña hay relativamente pocos analistas que ejerzan su profesión, y casi todos ellos viven en Londres.

¿Qué es lo más importante de cuanto nos dice el psicoanálisis sobre la gente? Nos habla del inconsciente, de la vida profunda y oculta de cada individuo humano, que tiene sus raíces en la vida real e imaginaria de la más temprana infancia. Al comienzo ambas, la vida real y la imaginaria, son una sola, porque el bebé no percibe objetivamente sino que vive en un estado subjetivo, siendo el creador de todas las cosas. Gradualmente el bebé sano va adquiriendo la capacidad de percibir un mundo que es un mundo "no-yo", y para que alcance tal estado debe ser cuidado suficientemente bien en el período en que su dependencia es absoluta.

A través de los sueños y del soñar la gente puede conocer su propio inconsciente; los sueños constituyen un puente entre la vida consciente y los fenómenos inconscientes. La interpretación de los sueños (1900) sigue siendo la piedra angular de la obra freudiana.

Por supuesto que a menudo los sueños sólo se presentan a causa de las circunstancias especiales de la consulta. El psicoanálisis proporciona circunstancias muy especiales, y en él los sueños más importantes se refieren directa o indirectamente al analista. En la "transferencia" surge el material para la interpretación, en una serie de muestras del inconsciente reprimido que revelan defensas contra la angustia.

El psicoanálisis tiene una relación especial con la ciencia, por cuanto comienza a mostrar la índole de la ciencia en estos aspectos:

1. El origen de un científico.
2. El modo como la investigación científica afronta la angustia relativa a la fantasía y la realidad (subjetiva-objetiva).
3. El método científico del impulso creativo, que se manifiesta como una pregunta nueva, es decir, dependiente del conocimiento de lo que ya se sabe.

La pregunta nueva aparece a causa de una idea respecto de su solución. La secuencia del método científico puede describirse de este modo: a) creación de expectativas; b) aceptación de pruebas o pruebas relativas; c) nuevas preguntas que se plantean a raíz del fracaso relativo.

¿Qué decir de la estadística? ¿Es una ciencia? La estadística puede emplearse para probar que una respuesta a una pregunta es correcta, pero ¿quién formuló la pregunta?, ¿y quién dio la respuesta?

A veces se afirma que el psicoanalista es un psiquiatra a quien su propio análisis ha predisposto a favor del método. Si así ocurre en algunos casos, no hay modo de evitarlo; pero ello no prueba que la teoría psicoanalítica sea errónea. A menos que tenga el genio de Freud, un analista no puede practicar el psicoanálisis si no lo ha experimentado él mismo.

En el psicoanálisis ocurren cosas sorprendentes, como en el hipnotismo, pero no de modo sorprendente. Ocurren poco a poco, y lo que sucede, sucede porque es aceptable para el paciente. No puedo ofrecerles un material psicoanalítico espectacular. Sería más fácil hallar ejemplos de un cambio dramático en psiquiatría infantil; pero en el psicoanálisis paciente y analista avanzan laboriosamente día tras día hasta el fin del tratamiento.

Por ejemplo, un hombre recurre al análisis porque es incapaz de casarse. Gradualmente va revelando cosas sobre sí mismo y comprueba que a) tiene inclinaciones heterosexuales saludables, obstaculizadas por b) su identificación con las mujeres como modo de huir de la homosexualidad y c) una aceptación demasiado plena del tabú del incesto. Por lo tanto, puede poseer a cualquier muchacha porque ninguna de ellas ocupa el lugar de la madre del complejo edípico. Poco a poco esto se va resolviendo, el hombre se casa, y ahora tiene que comenzar a formar una familia. El problema siguiente es decidir qué clase de relación va a tener con su hermano, cuya existencia siempre ha negado. Mientras tanto, descubre cuán profundo era el amor que en su niñez sentía por su padre.

Encuentra entonces más manejable el odio a su figura paterna y se siente más cómodo en su trabajo. Surge un nuevo objetivo: explorar aspectos más profundos o más tempranos del amor a su madre, incluyendo las raíces del self en el impulso primitivo. El resultado no es simplemente la curación de algunos síntomas: el paciente ha desarrollado una personalidad de base más amplia, más rica en sentimientos y más tolerante con los demás,

porque se siente más seguro de sí mismo. Esto se advierte ya en la forma como manipula a sus bebés y en su capacidad de apreciar los méritos de su esposa, a la que ha elegido con acierto. También su trabajo ha progresado, adquiriendo más ímpetu y originalidad. La estadística no podría reflejar estos cambios.

·
·



Biblioteca D. Winnicott

El análisis del niño en el periodo de latencia

Conferencia leída en el 14º Congreso Internacional de Psiquiatría Infantil, Lisboa, junio de 1958, y publicada por primera vez en A Crianza Portuguesa, 17, págs. 219-29.

El tema que vamos a examinar es el tratamiento del niño en la latencia. Se me ha invitado a referirme al tratamiento psicoanalítico y, para equilibrarlo, un colega ha sido invitado a hablar sobre la psicoterapia individual. Me parece que los dos empezaremos con el mismo problema: ¿cómo distinguir al uno de la otra? Yo personalmente no soy capaz de trazar esta distinción. Para mí la pregunta es si el terapeuta ha tenido o no formación analítica.

En lugar de hacer contrastar estos dos temas entre sí, probablemente sería más útil enfrentar a ambos con la psiquiatría infantil. En mi práctica he realizado el tratamiento psiquiátrico de miles de niños de este grupo de edad. Como analista he proporcionado psicoterapia individual a unos cientos. También hice psicoanálisis con algunos niños de este grupo de edad -de más de doce y menos de veinte años-. Los límites están tan desdibujados que no podría ser exacto.

Por lo tanto, a mi juicio ésta debería ser una discusión entre colegas que realizan el mismo trabajo pero lo abordan con diversos esquemas de formación.

No corresponde aquí discutir los esquemas de formación, aunque se admitirá que algunos de ellos son menos adecuados que otros.

No me sorprende que las investigaciones demuestren que la psicoterapia y el análisis de niños tienen en gran medida el mismo aspecto cuando se los describe por escrito, con independencia de la escuela de la que provenga el terapeuta. Si éste tiene el temperamento adecuado, sabe ser objetivo y se interesa en las necesidades del niño, la terapia responderá a las exigencias del caso tal como éstas se presentan en el curso del tratamiento.

Creo que en esta conferencia podemos omitir la consideración de la terapia basada en las diversas actitudes que divergen de la nuestra, como por ejemplo la educativa, la moral, la persuasiva, la punitiva, la mágica o la física.

Para ser claro, tengo que repetir que no tiene por qué haber ningún contraste entre el psicoanálisis y la psicoterapia individual. Ambas expresiones pueden significar lo mismo, y a menudo lo hacen.

Puesto que a mí me corresponde hablarles como alguien formado en la escuela del psicoanálisis, debo referirme, aunque muy brevemente, a la naturaleza del psicoanálisis. Después pasaré al examen del tratamiento del niño en la latencia.

La naturaleza del psicoanálisis

No creo que aquí sea necesario proporcionar algo más que un recordatorio de algunos principios fundamentales. El psicoanálisis de niños no difiere del psicoanálisis de adultos. La base de todo psicoanálisis es una teoría compleja del desarrollo emocional del infante y el niño, una teoría iniciada por Freud y constantemente ampliada, enriquecida y corregida.

En los últimos veinte o treinta años, los progresos en la comprensión del desarrollo emocional del individuo han sido tan rápidos que a quien no está en el tema le resulta difícil mantenerse al corriente de los cambios con el estudio de la literatura especializada. Esta teoría supone que existe en el individuo una tendencia genética hacia el desarrollo emocional no menos que hacia el desarrollo físico; supone una continuidad desde el momento del nacimiento (o inmediatamente antes); asume el supuesto de un crecimiento gradual de la organización y la fuerza del yo, la aceptación progresiva por el individuo de la vida instintiva personal, y de la responsabilidad por sus consecuencias reales o imaginarias.

Freud estableció la importancia del inconsciente reprimido; en su estudio de las psiconeurosis llegó a un punto central, indudablemente el más difícil de aceptar en sus términos generales, que denominó complejo de Edipo, con la angustia de castración como una complicación intrínseca. Freud llamó la atención sobre la vida instintiva del niño individual y sobre el hecho de que en los individuos sanos (es decir, en niños que han atravesado las etapas tempranas esenciales del desarrollo emocional sin demasiadas distorsiones) las principales dificultades surgen en relación con la vida instintiva, que acompaña a la fantasía total del instinto. De modo que las psiconeurosis pueden aducirse como pruebas de la tensión de la ambivalencia en las relaciones entre personas "totales" relativamente normales.

Como es sabido, poco a poco el estudio del niño condujo a una formulación de las etapas del desarrollo en la infancia y la niñez anterior al complejo de Edipo: las raíces pregenitales de la genitalidad. Finalmente empezó a estudiarse el yo, y de tal modo los analistas comenzaron a considerar el self del infante, al infante como persona, una persona dependiente de algún otro.

Melanie Klein -entre otras cosas- nos ha permitido abordar una etapa vitalmente importante de la relación entre el niño y la madre, la etapa en que se adquiere capacidad para la preocupación por el otro; esta autora también llamó la atención sobre los mecanismos que caracterizan la infancia más temprana, en los cuales el objeto o el sujeto mismo quedan escindidos de un modo tal que evita la ambivalencia. Anna Freud ayudó a clarificar los mecanismos de defensa del yo. La obra de varios analistas, principalmente norteamericanos, nos ha conducido al estudio, no simplemente de los mecanismos característicos de la infancia más temprana, sino del niño pequeño, del niño como persona que depende del cuidado. Yo mismo he desempeñado algún papel en el intento tendiente a describir las fases más tempranas en que el infante está fusionado con la madre, y (en virtud de un mecanismo complejo y precario) emerge y se ve obligado a abordar relaciones con objetos que no forman parte del self.

Todos estos desarrollos hacen que el estudio del psicoanálisis sea muy estimulante y significativo para los investigadores de los trastornos mentales y su prevención.

Diagnóstico

El psicoanálisis como tratamiento no puede describirse sin hacer referencia al diagnóstico. El encuadre psicoanalítico clásico está relacionado con el diagnóstico de las psiconeurosis, y quizá sea conveniente hablar solamente de ellas. Se trata por cierto de un tema que daría material para muchas conferencias, pero lo que se espera hoy es una exposición amplia y sintética del psicoanálisis sea cual fuere el diagnóstico, incluso el de normalidad. Aunque no podríamos desarrollar el tema en este marco, hay que subrayar que en la técnica del psicoanálisis existen diferencias muy grandes según sea el niño neurótico, psicótico o antisocial.

Para completar la idea debo agregar que la diferencia entre el niño y el adulto consiste en que el primero suele jugar, más bien que hablar. Pero esta diferencia carece casi completamente de importancia, y sin duda algunos

adultos dibujan o juegan.

La transferencia

Es una característica del psicoanálisis que el analista no desaproveche el valioso material que surge para su análisis en los términos de la relación emocional entre profesional y paciente. En la transferencia inconsciente aparecen muestras de la pauta personal de la vida emocional o la realidad psíquica del paciente. El analista aprende a detectar esos fenómenos de transferencia inconsciente, y utilizando los indicios que le proporciona el paciente puede interpretar lo que ya está maduro para la aceptación consciente en una determinada sesión. El trabajo más fructífero es el que se realiza en los términos de la transferencia.

Puede ser útil que aquí nos consagremos a describir la transferencia tal como ella aparece característicamente en el período de latencia.

La técnica psicoanalítica adaptada al niño en la latencia Ahora es necesario considerar los rasgos peculiares del psicoanálisis cuando esta forma de tratamiento se adapta al grupo de edad que estamos considerando. Por lo general se admite que el grupo de edad que más satisfacciones le da al analista -en especial al analista principiante- es el primer grupo, en el que el niño tiene dos, tres o cuatro años. Después de la superación del complejo de Edipo, se desarrollan defensas enormes.

La naturaleza de la latencia

Aún no hay seguridad en cuanto a lo que constituye el período de latencia. Biológicamente habría que suponer que en esos pocos años, entre los seis y los diez, cesa el desarrollo del instinto, de modo que por el momento el niño queda con una vida instintiva basada en sus desarrollos del período anterior. Los cambios se reanudarán en la pubertad, y una vez más el niño tendrá que organizarse contra un estado alterado de las cosas; tendrá que estar alerta ante nuevas angustias, sentir la excitación de nuevas experiencias, de nuevas satisfacciones gozosas y de nuevos grados de satisfacción.

Del período de latencia pueden decirse muchas cosas, pero lo que parece perfectamente claro es que en él existen grandes defensas organizadas y sostenidas. En este punto coinciden las dos grandes autoras que trataron el tema: Melanie Klein y Anna Freud. En su capítulo dedicado al período de latencia en *The Psycho-Analysis of Children* (1932), Melanie Klein empieza por referirse a las dificultades especiales de este período. "A diferencia del niño pequeño -dice-, cuya viva imaginación y angustia aguda nos permiten una visión intuitiva más fácil de su inconsciente y un contacto más fácil con él, ellos (los niños en la latencia) tienen una vida imaginativa muy limitada, concordante con la fuerte tendencia a la reflexión característica de su edad; mientras tanto, en comparación con la persona adulta su yo es todavía subdesarrollado y no comprenden que están enfermos ni quieren ser curados, de modo que no tienen ningún incentivo para iniciar el análisis ni ningún estímulo para continuarlo."

El libro de Anna Freud titulado *The Psycho-Analytical Treatment of Children* (1946) aborda en el primer capítulo la discusión de una fase introductoria, necesaria en el análisis de niños. De los ejemplos proporcionados surge que Anna Freud se refiere principalmente a los niños en período de latencia, aunque no exclusivamente a ellos.

Al leer estos dos libros, de una infinita riqueza y plenos de una experiencia clínica digna de envidia, pueden advertirse semejanzas o diferencias. Las semejanzas existen sin duda y tienen que ver con la cuestión de la técnica modificada necesaria para el niño en la latencia. Lo que no queda claro es que muchas de las diferencias se refieren al diagnóstico.

Con respecto a las otras diferencias -y son éstas las que queremos estudiar- advertimos inmediatamente que para Melanie Klein es adecuado interpretar los conflictos inconscientes y los fenómenos de la transferencia a medida que surgen, y establecer con el niño una relación basada en la confianza que generan esas interpretaciones; en cambio, Anna Freud tiende a construir una relación con el niño en el nivel consciente, y describe de qué modo llega gradualmente al trabajo del análisis con la cooperación consciente del paciente. Se trata en gran medida de una diferencia tocante a la cooperación consciente o inconsciente.

Me parece que es posible que se exageren estas diferencias, aunque ellas pueden ser bastante reales en ciertos casos. En mi opinión, cuanto más pronto el analista interprete el inconsciente, mejor, porque esto orienta al niño hacia el tratamiento analítico, y el primer alivio sin duda le proporciona la primera indicación de que puede obtener algo del análisis. Por otro lado, en las etapas iniciales se puede perder a pacientes que están en la latencia por no haber obtenido su cooperación consciente. Podríamos pasar a los padres la tarea de introducir al niño en la comprensión intelectual de la necesidad del tratamiento, y de este modo eludir la responsabilidad por la fase introductoria del análisis. Pero el modo como los padres o los encargados del niño le den una idea de lo que ha de esperarse de la sesión diaria de tratamiento puede establecer diferencias considerables. Anna Freud asume deliberadamente la carga de explicarle al niño lo que está sucediendo y Melanie Klein deja esa función en las manos de quienes crían a la criatura, confiando en poder actuar ella misma sin explicaciones en el nivel consciente, gracias a la obtención rápida de la cooperación inconsciente, esto es, la cooperación basada en el trabajo del análisis.

Tenemos que abordar la situación tal como la encontramos en cada uno de los casos que tratemos. Cuando el niño es muy inteligente, necesitamos hablarle a su inteligencia, nutrirla. A veces constituye una complicación el hecho de que se trabaje con un niño que siente que algo sucede, pero no comprende intelectualmente de qué se trata. En todo caso, es una lástima desaprovechar la comprensión intelectual del niño, que puede ser un aliado muy poderoso, aunque, desde luego, en ciertos casos los procesos intelectuales sirven como defensas, y dificultan el análisis.

Hasta cierto punto, de nuevo estamos refiriéndonos al diagnóstico. Cuando hay una angustia de intensidad psicótica, existe una gran necesidad de ayuda, y la ayuda debe prestarse de inmediato; aún así, es posible satisfacer al intelecto. Pienso en este momento en un niño de diez años. Cuando yo entraba en la habitación en que lo conocí, él estaba diciéndole a la madre: "Pero tú no entiendes, no es la pesadilla lo que temo; el problema es que tengo una pesadilla mientras estoy despierto". Con esas palabras el niño proporcionaba una descripción veraz de su enfermedad, y pude partir de ese punto, trabajando con su fino intelecto y también interpretando en todos los niveles, incluso el más profundo.

Al tratar de ordenar las diversas opiniones expresadas y lo que yo personalmente siento, siento deseos de citar a Berta Bornstein, quien en su escrito "On Latency" (1951) comienza diciendo: "Desde el punto de vista de la capacidad intelectual del niño en la latencia, podríamos esperar que asocie libremente. Los factores responsables de que no lo haga crean una limitación general del análisis de niños. Hay varias razones de esta incapacidad para asociar. Además de las que conocemos bien, sólo mencionaré una que no se ha subrayado todavía: el niño experimenta la asociación libre como una amenaza particular a la organización de suyo" (la bastardilla es mía).

Considero que este modo de ver el período de latencia es muy útil. No tengo tiempo aquí para referirme a su división en fases, que realiza Berta Bornstein. Pero en términos generales parece importante que comprendamos en el tratamiento de niños de esta edad que ellos han logrado un grado de cordura y abandonado el proceso primario. El desempeño de suyo no debe ser violentado. El mismo capítulo termina con las palabras siguientes: "En el análisis de la latencia hay que poner el máximo cuidado en fortalecer las estructuras débiles y modificar las que interfieren el desarrollo normal. La selección del material para la interpretación y la forma de la interpretación en sí deben articularse para servir esos fines". Por esta razón cooperamos con el niño en todo tipo de actividades, mientras recogemos material para la interpretación mutativa.

Berta Bornstein también se refiere al "ideal de la latencia" de Freud (1905a), es decir, a la defensa exitosa contra las demandas instintivas.

Pienso en un cuaderno de ejercicios que tengo en mi poder. Cada página de este cuaderno representa un trabajo muy constructivo realizado por una niña durante el período de latencia. El suyo era uno de esos casos difíciles en los cuales puede decirse que casi el único síntoma es la enuresis nocturna. Detrás de él había un trastorno del carácter que calzaba perfectamente con la represión homosexual de la madre. Este cuaderno de ejercicios está compuesto principalmente por dibujos muy bien realizados al pastel. El análisis me resultaba extremadamente aburrido. La niña parecía tacharme. De los aproximadamente cincuenta dibujos, sólo dos o tres, que estaban hacia la mitad del cuaderno, perdían la característica de defensa organizada. Esos dos o tres dibujos presentaban todo tipo de ruinas, una confusión y un revoltijo, desintegración; en uno de ellos un objeto semejante a un seno aparecía cortado con tijeras y separado entre las hojas. Hay sadismo oral, y también incontinencia y una fantasía de incontinencia. Si esta paciente hubiera tenido tres años de edad habría sido mucho más fácil llegar a la niña incontinente o desintegrada, pero como pertenecía al grupo en la latencia, tenía que contentarme con llegar a una ilustración de su locura oculta. Mientras que un niño pequeño suele ser "loco" y no obstante sano, porque quienes lo cuidan lo controlan naturalmente, un niño en la latencia que está "loco" tiene una enfermedad muy grave y necesita atención especializada. Lo que yo haré es un desarrollo del tema aceptado del período de latencia como el período en el cual el yo, por así decirlo, entra en posesión de sus fueros. En la salud, el niño en latencia no se ve forzado a ceder ante las exigencias del ello, aunque los impulsos del ello conservan su fuerza y aparecen de todas maneras en formas indirectas.

Entre todo lo que puede decirse, opto por enunciar aquí que en el período de latencia:

- (1) El niño está en cierto sentido solo, aunque necesitado de la compañía de otros que se encuentran en una posición similar. Las relaciones entre los niños sanos que se encuentran en la latencia pueden ser íntimas durante períodos prolongados, sin sexualizarse en un sentido manifiesto. El simbolismo sexual se mantiene. Los elementos sexuales manifiestos de los niños deprivados perturban el juego y la relacionalidad del yo.
- (2) El niño en la latencia está preparado para introyectar pero no para incorporar; está preparado para absorber elementos totales de las personas elegidas pero no para comer o ser comido, ni para fusionarse en una relación íntima que involucre el instinto.
- (3) El niño en la latencia es un especialista en la exhibición de fenómenos externos sin quedar directamente involucrado en la vida plena. La persistencia de fase de la latencia puede reflejarse en la capacidad del adulto para el rendimiento del yo a expensas de la libertad del ello.
- (4) En esta fase la cordura es esencial; el niño que no puede conservarla está muy enfermo desde el punto de vista clínico. La organización del yo porta el impulso, que tanto antes como después es en parte llevado por el ello.

El momento de interpretar

Creo que el momento correcto para la interpretación es lo antes posible, es decir, el primer momento en que el material aclara lo que hay que interpretar. Pero yo soy económico en mis interpretaciones, y si no estoy seguro de que hay que interpretar, no vacilo en ganar tiempo. Al ganar tiempo me encuentro en una fase introductoria y preparatoria, jugando, construyendo con el niño, o simplemente borrado, desperdiciado.

No obstante, sólo me interesa una cosa: la búsqueda de una clave que haga posible la interpretación apropiada en el momento, la interpretación que genera un cambio de énfasis en la transferencia inconsciente.

Es posible que un enunciado como éste encuentre una aceptación general. Algunos analistas son más rápidos

que otros para recoger la clave, y en este trabajo hay lugar para unos y para otros. Lo que le importa al paciente no es tanto la exactitud de la interpretación como la disposición del analista a ayudar, la capacidad del analista para identificarse con el paciente y creer en lo necesario, y para satisfacer la necesidad en cuanto ésta es indicada verbalmente o por medio del lenguaje no verbal o preverbal.

El final del tratamiento

Finalmente les pediré que consideren la terminación del análisis. Desde luego, siempre es necesario pensar en los términos del caso y el diagnóstico individuales, pero podemos decir algo que tiene significación general. En el análisis de los niños pequeños, el analista es considerablemente ayudado por los enormes cambios que se producen naturalmente a los cinco, seis o siete años de edad. Cuando el análisis está terminado, ocurren esos procesos que, sin duda, el éxito del tratamiento puede facilitar. De este modo, toda mejoría debida al análisis se ve acentuada por el curso natural de los acontecimientos. Especialmente en relación con la socialización del niño, quienes lo cuidan suelen quedar satisfechos con el resultado, porque el niño pierde el carácter salvaje y variable de la época de la prelatencia, y es más feliz en los grupos. En contraste, el análisis en la latencia tiende a terminar en un momento muy delicado.

Sería interesante que este tema se discutiera. Lo típico es que el análisis esté terminado cuando el niño tiene once o doce años y aparecen las complicaciones de la prepubertad y la pubertad en sí. Tal vez sea aconsejable planificar los análisis de un modo que concluyan antes de la iniciación de la pubertad, o bien para que continúen durante los primeros años de los nuevos desarrollos. Quizás algunos analistas, al seguir este último curso de acción, vean a sus pacientes a intervalos relativamente largos, se mantengan en contacto con ellos y no descarten que serán necesarios cinco veces por semana en ciertos períodos de la época de la pubertad. Además de los cambios reales, es muy probable que en la pubertad haya incidentes, amistades traumáticas, grandes pasiones, seducciones, angustias masturbatorias, que lleven a la exacerbación de las defensas o a la angustia franca.

Surge entonces una pregunta: ¿cuál es el lugar del análisis limitado a la época de la latencia, por ejemplo, de los seis a los diez años? ¿Hasta qué punto durante este período de relativa calma en el mundo instintivo puede pretender el analista que conoce al niño? ¿En qué medida puede deducir el analista, a partir de lo que sucede en ese análisis, cómo era el niño a los tres años o predecir cómo será a los trece? No estoy seguro de las respuestas a estos interrogantes, pero sé que yo mismo me he engañado, haciendo a veces un pronóstico demasiado favorable y otras no lo suficientemente favorable. Tal vez sea más fácil saber qué hacer cuando el niño está enfermo, porque entonces la enfermedad obvia domina la escena y no se considera que el tratamiento haya terminado mientras esa enfermedad subsista. Cuando el niño está relativamente bien, un padre no lleva a analizar a su hijo en la latencia por razones triviales.

Ningún analista puede tener un número tal de casos que le permita abarcar todas las posibilidades, y por lo tanto necesitamos reunir en un fondo común nuestras experiencias, sin temor a hacer sugerencias que al grupo puedan parecerle estúpidas. Cada analista acumula una experiencia altamente especializada, sin duda rica, pero que es necesario relacionar con las experiencias de los colegas que realizan el mismo trabajo, aunque sea con otros niños.

Biblioteca D. Winnicott

Análisis de los fines de la guerra

(1940)

Para alivio de muchos, el primer ministro no se mostró dispuesto a discutir los fines de la guerra. Luchamos para sobrevivir.

En lo personal no me avergüenza la idea de que estemos luchando sólo para sobrevivir. Nada hay de extraordinario en luchar para que a uno no lo exterminen o lo esclavicen. Le méchant animal, quand on d'attaque il se défend (1). La ética queda al margen, y si somos lo bastante tontos como para sucumbir, no tendremos siquiera la oportunidad de sacar partido de nuestros errores.

Al decir que luchamos para sobrevivir, no estamos dando a entender que somos mejores que nuestros enemigos. En cambio, si decimos que luchamos para poseer, o para seguir poseyendo, introducimos complicaciones; y si somos lo bastante imprudentes como para afirmar que tenemos alguna cualidad de la que carecen nuestros enemigos y que debería ser preservada, habremos dicho algo que no nos será fácil justificar. Tiene sentido, por lo tanto, señalar fines tan simples como sea posible.

No hay ninguna razón por la cual la capacidad para conducir un país a la victoria deba estar unida a la capacidad de analizar los fines de la guerra, y quizá sea importante no obligar al primer ministro a hacer algo ajeno a sus inclinaciones. Pero lo que el señor Churchill se abstiene de hacer, sería útil que lo hiciéramos quienes tenemos una responsabilidad menos directa. Podemos examinar la posibilidad de que estemos defendiendo algo valioso, y si así lo creemos, tratar de establecer de qué se trata. Y si surgen las palabras "democracia" y "libertad", tratar de comprender qué significan.

Para facilitar las cosas, pediré que se acepte como un axioma que si somos mejores que nuestros enemigos, lo somos tan sólo un poco. Cuando la guerra haya terminado y hayan pasado algunos años, incluso esta mesurada afirmación parecerá autocomplaciente. Como yo lo veo, de nada sirve pretender que la naturaleza humana es fundamentalmente distinta en Alemania y Gran Bretaña, aunque -lo admito- esta opinión me impone la tarea de explicar las razones de la reconocida falta de semejanza en la conducta de ambos países. Creo que esa falta de semejanza puede explicarse sin recurrir a la presunción de que existen diferencias fundamentales. Se argumentará tal vez que la conducta de ambos países es obviamente diferente y que, después de todo, es la conducta lo que importa. Sin duda, pero hay conducta y conducta total.

Una cosa es la conducta y otra la conducta total. La conducta total incluye la responsabilidad histórica; también toma en cuenta la ampliación de las bases de la motivación a través de nuestra identificación inconsciente con nuestros enemigos. La conducta total toma nota asimismo de la capacidad del individuo de obtener gratificación de ciertas ideas que pueden ser agresivas o crueles, y de sentir alivio cuando algunas ideas intolerables, que amenazan con volverse conscientes, se traducen en actos, es decir, cuando la responsabilidad por esas ideas la comparten otros miembros del grupo.

Para decirlo de un modo más simple, podemos considerarnos buenos y actuar correctamente, pero necesitamos un criterio para saber qué es la bondad. El único criterio verdaderamente satisfactorio de la bondad es la maldad, y la conducta total incluye esa maldad, aun cuando el malo sea nuestro enemigo.

En este momento estamos en la posición aparentemente afortunada de tener un enemigo que afirma "Soy malo y me propongo serlo", lo que nos permite sentirnos buenos. Aunque puede decirse que nuestra conducta es buena, no está claro en absoluto que a causa de ello podamos eludir nuestra responsabilidad por la actitud alemana y la utilización por los alemanes de las cualidades peculiares de Hitler. De hecho, tal autocomplacencia representaría un peligro real e inmediato, ya que la declaración del enemigo es sincera y la nuestra no lo sería.

De ahí proviene en parte, a mi juicio, su capacidad para destruir a sus adversarios desde adentro. Los induce a adoptar una posición de probidad que se desmorona porque es falsa.

Tendemos a olvidar que la guerra, cada vez que se produce, tiene un valor que se refleja en el curso de la política. La paz como fenómeno natural es difícil de preservar más allá de algunos años, y podría demostrarse que las tensiones internas se estaban comenzando a manifestar en la estructura política de Gran Bretaña cuando el surgimiento de la amenaza externa nos trajo alivio. (Lo cual no significa que la guerra haya sido planeada, como dicen algunos, para impedir la revolución.).

En otras palabras, la naturaleza humana, que colectivamente se denomina estructura social, no es sencilla, y nada gana el sociólogo con negar el poder de la voracidad y la agresión que cada individuo debe afrontar en su propio self si ha de parecer civilizado. La única salida fácil para él es ver las partes desagradables de sí mismo sólo cuando se manifiestan en otros; lo difícil, en cambio, es admitir que podría ser responsable de toda la voracidad, la agresión y el engaño del mundo, aunque de hecho no lo sea. Lo que se aplica al individuo también se aplica al Estado.

Quien tenga deseos de aprender, podrá extraer muchas enseñanzas de los acontecimientos de la última década. Una parte de nuestra educación se la debemos a Mussolini, quien dijo muy claramente, antes de que Hitler entrara en escena, que las únicas posesiones justificadas son las que encuentran respaldo en la fuerza física. De nada vale discutir si esto es correcto o no desde el punto de vista de la ética; sólo debemos tomar nota de que si alguien está dispuesto a actuar, o incluso a hablar, basándose en tal principio, con ello obliga a los demás a hacer lo mismo. Mussolini daba a entender que Gran Bretaña, Francia, Holanda y Bélgica adoptaban una posición falsa al proclamar sus derechos a su territorio como si Dios lo hubiera dispuesto así, y se ha sostenido que incluso si sus palabras eran sólo una baladronada, al obligarnos a decidir una vez más si valía o no la pena luchar por nuestra posición, nos prestó un señalado servicio.

Si aceptamos la idea de que por naturaleza somos básicamente semejantes a nuestros enemigos, nuestra tarea se simplifica muchísimo. Podremos entonces considerar sin temor nuestra naturaleza, nuestra voracidad y nuestra capacidad de autoengaño, y si además comprobamos que estamos defendiendo algo valioso para el mundo, estaremos en condiciones de evaluar esa circunstancia con realismo.

Se debe recordar que si comprobamos que hacemos cosas buenas con el poder que poseemos, ello no significa que podamos poseer sin provocar envidia. Un enemigo quizá sienta celos de nosotros no sólo a causa de nuestras posesiones, sino también por la oportunidad que nos brinda nuestro poder de gobernar bien y difundir buenos principios, o al menos de controlar las fuerzas que podrían llevar al desorden.

En otras palabras, si reconocemos la importancia de la voracidad en los asuntos humanos, hallaremos algo más que voracidad, o descubriremos que la voracidad es una forma primitiva de amor. Descubriremos también que la compulsión a obtener el poder puede originarse en el miedo al caos y el descontrol.

¿Qué podemos entonces proponer como justificación adicional de una lucha que es primordialmente una lucha por la supervivencia? En realidad, hay un solo modo de justificar la pretensión de que somos mejores que

nuestros enemigos sin caer en una discusión interminable acerca del significado de la palabra "mejor": demostrando que tenemos como meta una etapa más madura de desarrollo emocional que nuestros enemigos. Si, por ejemplo, pudiéramos demostrar que los nazis se comportan como adolescentes o preadolescentes en tanto que nosotros nos comportamos como adultos, tendríamos un argumento convincente. Pongamos por caso que la actitud de Mussolini, "luchar para poseer" (considerándola real y no mera palabrería), es relativamente madura, y que la actitud de "sin duda ustedes aman a su líder y confían en él" sólo es normal en el joven inmaduro y preadolescente. De acuerdo con esto, Mussolini nos desafió a comportarnos como adultos, mientras que los nazis nos desafían como adolescentes y no pueden comprendernos porque no advierten su propia inmadurez.

Probablemente lo que proclamamos es que los nazis son preadolescentes muy seguros de sí mismos y que nosotros nos esforzamos por ser adultos. Tratamos de sentirnos libres y de ser libres, de estar preparados para luchar sin ser belicosos, de ser guerreros potenciales que se interesan por las artes de la paz. Si es esto lo que proclamamos, debemos estar preparados para sostener nuestro reclamo y para comprender lo que queremos decir con esas palabras.

En general se supone que todos amamos la libertad y estamos dispuestos a luchar y a morir por ella. Sólo unos pocos reconocen que tal suposición es falsa y peligrosa, e incluso ellos, en mi opinión, no aciertan a comprender lo que describen.

La verdad parece ser que, aunque la idea de la libertad nos agrada y admiramos a quienes son libres, la libertad nos atemoriza y a veces tendemos a permitir que nos controlen. Esto es difícil de entender porque no hay identidad entre lo consciente y lo inconsciente. Los sentimientos y las fantasías inconscientes hacen que la conducta consciente sea ilógica. Además, lo que nos agrada cuando estamos excitados puede diferir mucho de lo que nos agrada en otras circunstancias.

La interferencia en el ejercicio y el disfrute de la libertad se produce principalmente de dos modos. En primer lugar, sólo se disfruta de la libertad en los períodos en que no hay excitación corporal. La libertad sólo puede proporcionar una gratificación corporal débil y escasa, mientras que las ideas de crueldad y esclavitud están notoriamente asociadas a la excitación corporal y las experiencias sensoriales, incluso prescindiendo de la perversión, en la cual se las actúa en reemplazo de la experiencia sexual. Por lo tanto, es de prever que las personas que aman la libertad se dejarán seducir periódicamente por la idea de la esclavitud y el control. Tal vez no sea de buena educación mencionar los placeres corporales secretos y los pensamientos que los acompañan, pero los extraordinarios eclipses de la libertad que registra la historia no encontrarían explicación si nos empeñásemos en guardar silencio y negar la realidad.

En segundo lugar, la experiencia de la libertad es cansadora, y cada tanto las personas libres buscan aliviarse del peso de sus responsabilidades y dan la bienvenida al control. En un conocido chiste sobre la escuela moderna, un alumno pregunta: "¿También hoy tenemos que hacer lo que queremos?" El chiste sugiere una respuesta sensata, como por ejemplo la siguiente: "Hoy te diré lo que tienes que hacer, porque eres sólo un niño, demasiado joven para asumir la total responsabilidad de tus pensamientos y acciones". Pero si el que pregunta es un adulto, a veces le contestamos: "¡Sí, por todos los demonios! ¡En eso consiste la libertad!". Y probablemente esa persona esté dispuesta a esforzarse para ejercer su libertad e incluso para disfrutar de ella, a condición de que se le permita tomarse vacaciones de vez en cuando.

Para sentirnos libres necesitamos contar con un punto de referencia. ¿Cómo reconocer la libertad si no es por comparación con la falta de libertad? La imposición de la esclavitud a los negros del África nos ha proporcionado y nos proporciona aun hoy una engañosa tranquilidad en lo que respecta a nuestra libertad, y la reaparición del tema de la esclavitud en nuestros libros, películas y canciones es en gran medida el medio al que recurrimos para sentir que somos libres.

Nuestra civilización no ha abordado aún el problema de la libertad, más allá de lo que se refiere a la esclavitud de los negros y a su emancipación. Tal vez Alemania haya participado menos que nosotros o que los

norteamericanos en esas dos experiencias, que son una sola desde el punto de vista de la conducta total. De ser así, ello tendría una gran influencia sobre el manejo de la crueldad personal y el impulso de controlar de cada alemán: le provocaría una mayor necesidad de actuar en el presente la crueldad y la esclavización que los norteamericanos actuaron al esclavizar a los negros y continúan actuando a través de la gran emancipación.

La libertad es fuente de tensión para la personalidad total del individuo; deja a éste sin recursos cuando cree que lo persiguen. Lo deja sin más excusa lógica para su ira o su agresividad que la índole insaciable de su voracidad. Y no tiene a nadie que le dé o le niegue el permiso de hacer lo que quiera; en otras palabras, que lo salve de la tiranía de una conciencia severa. No es sorprendente, por lo tanto, que la gente no sólo tema a la libertad, sino también a la idea de la libertad y al hecho de otorgarla.

Que se le diga lo que tiene que hacer le proporciona a un hombre un gran alivio y sólo le exige mostrar veneración por el que manda. En este momento estamos permitiendo que el señor Churchill y algunos miembros de su gabinete nos digan lo que debemos hacer, de un modo tan absurdo que sólo puede explicarse a partir del supuesto de que estábamos hartos de la libertad y anhelábamos un período de esclavitud. En el caso del comercio, por ejemplo, se han inventado normas y reglamentaciones que por su complejidad resultan incomprensibles para el pequeño comerciante. Al principio éste se siente molesto, luego receloso, y algunos de los mejores se ven llevados gradualmente a abandonar la actividad o sufren un colapso físico o mental. Lo mismo ocurre en muchas otras áreas. Sin duda esto tiene cierto valor a causa de su crueldad y estupidez, a las que los seres humanos asignan una importancia que sólo es superada por la de la libertad. Al asociar la libertad con la paz y la esclavitud con la guerra y el esfuerzo bélico, hemos alcanzado una situación muy favorable, que sin embargo depende de la oportuna circunstancia de que alguien nos haga la guerra. A condición de que se nos instigue a luchar cada dos o tres décadas, en apariencia somos capaces de disfrutar de la práctica de la democracia y la experiencia de la libertad.

Es poco frecuente encontrar a un individuo que sea libre y se sienta libre, que sea capaz de asumir la responsabilidad de sus actos y pensamientos sin frustrarse en exceso, es decir, sin inhibir su excitación. Tanto la inhibición como el desenfreno son fáciles y pueden conseguirse a bajo costo cediendo la responsabilidad a un líder idealizado o a un principio, pero el resultado es siempre un empobrecimiento de la personalidad.

Dado que la libertad debe ser impuesta a quienes son capaces de recibirla, es necesario que alguien con visión la valore y demuestre a la gente que vale la pena luchar y morir por ella; y esto debe ocurrir una y otra vez, generación tras generación. Los mártires de Tolpuddle conquistaron la libertad para su propia generación, no para los gremialistas de todas las épocas. Por sí mismo, el amor a la libertad no engendra la libertad. Y el hecho de que los hombres que padecen esclavitud amen la idea de la libertad no significa que vayan a amar la libertad cuando sean libres. Como es sabido, su primer contacto con la libertad los paraliza; temen lo que podrían hacer con ella. Luego se adaptan, lo que significa que en mayor o menor grado renuncian a ella.

Es difícil sentirse libre, y no menos difícil conceder la libertad a otros. El período bélico no sólo nos proporciona un alivio temporario de la tensión de ser libres, sino que también da a los dictadores la oportunidad de encumbrarse. Hay dictadores por todos lados, y a menudo hacen cosas estupendas que no se podrían haber logrado por la vía parlamentaria. Cuando existe acuerdo sobre los objetivos, la ejecución es una simple cuestión de eficiencia. ¿Les agrada a esos hombres el fin de la guerra y se resignarán a dar un paso al costado y permitir el amanecer de un nuevo día democrático?

Se nos dice que la guerra se está librando por la libertad y creo que algunos de nuestros líderes pueden alcanzar este magno objetivo. Estamos renunciando a una parte de nuestra libertad tan grande como al señor Churchill de tanto en tanto le parece necesario. Esperemos que nuestros líderes sean de aquellos que, una vez ganada la batalla, pueden sentirse libres y tolerar la libertad de los demás.

La democracia es el ejercicio de la libertad, y el gobierno parlamentario es el intento de hacer posible la libertad a través de la disposición de los individuos a tolerar que sus opiniones sean desestimadas si son derrotados en una votación. Esta disposición a abstenerse de imponer las propias opiniones si no se obtiene el

apoyo de la mayoría es un destacado logro humano que implica mucha tensión y aflicción. Sólo es posible cuando se permite la gratificación de una ilógica exclusión periódica del líder. Para proporcionar estabilidad, al rey se lo mantiene, contra toda lógica, en forma permanente. De hecho, la división de la jefatura entre el rey y el primer ministro es lo esencial de la democracia. En la variante norteamericana de este sistema se confiere permanencia a un hombre por un tiempo limitado.

Para mí es penoso comprobar que en este momento solemne se habla de la democracia como si sólo significara que el Estado está al servicio del pueblo y no a la inversa. Lo esencial de la democracia es que el pueblo, así como elige a los líderes, también se libra de ellos, asumiendo la responsabilidad de su decisión. Esta se basa en los sentimientos, cuya crudeza puede no obstante resultar atenuada por la lógica y el razonamiento.

No te amo, doctor Fell,
Aunque no sabría decir por qué...

Afortunadamente, siendo la naturaleza humana lo que es, tarde o temprano se encuentra alguna razón que justifica la remoción de los jefes, incluso de los más queridos y más dignos de confianza; pero el motivo primario de la remoción de un político es subjetivo y consiste en los sentimientos inconscientes, de modo que cuando los políticos tropiezan con dificultades se manifiesta toda una serie de fenómenos que giran en torno del odio inexpresado y la agresividad insatisfecha.

En los últimos años la democracia se ha visto amenazada por la tendencia de los políticos a retirarse al alcanzar una edad avanzada o a morir en ejercicio de su cargo, en lugar de ser derrotados en el Parlamento. Morir no es suficiente. Un buen miembro de la Cámara de los Comunes, se dice, es aquel que sabe dar golpes y espera recibirlos. Fue afortunado para la democracia que Churchill sucediera a Chamberlain a través de un procedimiento parlamentario y no -como hubiese parecido si la remoción de Chamberlain se demoraba un par de días- como consecuencia del temor a un ataque del enemigo.

Según mi parecer, la contribución más importante que hizo Lloyd George a la política de las dos últimas décadas fue la de representar el papel de jefe "asesinado" mientras los demás políticos maduros trataban de evitar que los "mataran" retirándose sin exponerse a la derrota. A Lloyd George había que mantenerlo "muerto", y a veces debe de haber sentido que se lo desaprovechaba, cuando en realidad estaba ayudando a preservar la democracia de la descomposición provocada por el temor de los políticos a ser removidos de modo ilógico.

Los gritos de "¡No a un tercer período!" en las recientes elecciones presidenciales reflejan el mismo sentimiento. Mantener a Roosevelt en el cargo podría significar la declinación de la democracia en Estados Unidos, ya que la próxima vez tendrá que retirarse, y durante ocho años como mínimo no habrá existido la posibilidad de sacrificar, de derribar ilógicamente a ningún presidente. El resultado tiene que ser el fortalecimiento de la tendencia a la guerra, la revolución o la dictadura.

Los nazis, a quienes obviamente les gusta que les digan lo que tienen que hacer, no necesitan sentirse responsables por la elección de un líder ni son capaces de derribarlo; en este sentido son preadolescentes. En el modo de vida democrático podemos afirmar que tendemos a la libertad cuando tendemos a compartir con madurez la responsabilidad, en especial la responsabilidad por un parricidio ilógico que resulta posible porque dividimos nuestra figura paterna. Pero no debemos sorprendernos cuando los demás nos señalan nuestro fracaso en alcanzar esa libertad. Sólo podemos afirmar que tendemos a ella, o que como nación la alcanzamos durante breves períodos entre dos guerras. De hecho la libertad personal, el sentimiento de libertad, no cabe esperar que los logren sino unas pocas personas valiosas de cada época, las que no necesariamente se vuelven famosas.

Cuando se trata, pues, de formular una declaración sobre los fines de la guerra, sólo podemos estar seguros de una cosa: si queremos sobrevivir, tenemos que estar dispuestos a luchar. Pero no sólo estamos dispuestos a luchar: también intentamos practicar la libertad, que tanta dignidad confiere al animal humano. Si propiciamos

la madurez del desarrollo más que nuestros enemigos podemos aspirar a que el mundo nos mire con simpatía, pero aun así tenemos que estar dispuestos a luchar y a morir en caso necesario.

Nuestro primer objetivo es ganar la guerra. Si ganamos, tendremos ante nosotros la difícil tarea de, ante todo, restablecer nuestra libertad, nuestro sistema parlamentario y nuestro modo de vida democrático, incluidos los dispositivos que permiten la remoción ilógica de los políticos; éste es nuestro segundo objetivo. Nuestro tercer objetivo debe ser buscar o acoger con buena disposición a los elementos maduros de los países enemigos. Es de esperar que muchos de los alemanes e italianos que hoy muestran una desafiante mentalidad adolescente serán capaces de progresar hacia la madurez; es decir, podemos confiar en que muchos de ellos no están fijados en una etapa inmadura del desarrollo a causa de una incapacidad personal para madurar' sino que han sido tentados a regresar a la adolescencia o a la preadolescencia. Porque sólo si los alemanes son maduros podremos transmitirles con provecho la idea de libertad.

Creo que es posible añadir algo acerca del primero de nuestros objetivos, es decir, el de ganar la guerra. En esta guerra, ganar significa cuestionar todo tipo de propaganda. Nuestra tarea es verificar todo lo que se nos lanza en forma de palabras. Por eso todos los que en nuestro bando apoyan la propaganda nos provocan más sospecha que admiración. Quizá la propaganda sea pertinente como parte de la maquinaria bélica, pero en esta guerra es importante que obtengamos una victoria militar y no una victoria moral.

La posibilidad de que haya un período de paz será mayor si la guerra termina tan pronto como haya cesado la lucha. Si el bando ganador demuestra que es superior en el terreno de las armas, los vencidos podrán mantener la frente alta. Luchar y perder no es peor para el alma que luchar y vencer.

Para expresarlo con más claridad aún, si gana Alemania, su victoria debería ser consecuencia de una superioridad en la lucha y no en la ostentación, y si ganamos nosotros, como confiamos en que ocurrirá, la causa debería ser también la superioridad en la lucha.

Pero si se concierta una paz artificial antes de que la superioridad militar de uno de los bandos haya quedado establecida más allá de toda duda, el viejo problema de la culpa de la guerra resurgirá y la paz que todos esperamos alcanzar se habrá malogrado una vez más.

Se habla poco del valor de la guerra, lo cual no es de extrañar, ya que es mucho lo que sabemos de sus horrores. Pero es posible que la actual lucha de alemanes contra británicos tenga por consecuencia un aumento gradual de la madurez en ambos bandos. Aspiramos a alcanzar un punto de saturación cuando haya satisfacción militar y un respeto mutuo entre los combatientes como nunca podría haberlo entre propagandistas y contrapropagandistas ni, me temo, entre pacifistas y antipacifistas. A partir del respeto mutuo entre hombres que han luchado entre sí y están madurando podría lograrse un nuevo período de paz que quizá dure otro par de décadas, hasta que una nueva generación llegue a la edad adulta e intente una vez más resolver o atenuar sus problemas a su manera. La atribución de culpas por la guerra no integra este esquema: todos son culpables, ya que la paz significa impotencia a menos que se la conquiste luchando y asumiendo personalmente el riesgo de morir.

Biblioteca D. Winnicott

La angustia asociada con la inseguridad ⁽¹⁾

- 1952 -

Seguidamente voy a leerles mi comentario a la cuestión suscitada por el doctor C. E Rycroft en su escrito titulado «Algunas observaciones sobre un caso de vértigo» (Rycroft, 1953). En su escrito, Rycroft hace dos afirmaciones que me gustaría comentar. Se trata de las siguientes:

“En mi trabajo anterior hablaba con cierto detalle de las implicaciones teóricas de la capacidad (del paciente) para alucinar objetos y al mismo tiempo darse cuenta de su carácter ilusorio. Aquí sólo deseo mencionar que ello demuestra muy claramente tanto la profundidad de su regresión a una etapa anterior a la firme instauración de la prueba de la realidad, como el estado incompleto de la regresión, ya que parte de su yo siguió siendo capaz de poner a prueba la realidad y de contribuir activamente al análisis”.

La otra afirmación:

«El vértigo es una sensación que se manifiesta cuando el sentido del equilibrio se ve amenazado. Para el adulto es una sensación que, generalmente, aunque no siempre, va asociada con las amenazas que se ciernen sobre el mantenimiento de la postura erecta, habiendo, por tanto, una tendencia a pensar en el vértigo exclusivamente en términos de tales angustias relativamente maduras como son el temor a caerse, el miedo a las alturas, olvidándose que los niños, mucho antes de poder ponerse en pie, experimentan amenazas a su equilibrio y que algunas de sus primeras actividades, como el aferrarse a algo o agarrar algún objeto, representan intentos para mantener la seguridad de sentirse apoyados por la madre. A medida que el pequeño aprende a arrastrarse y luego a andar, la función de apoyo de la madre va trasladándose crecientemente al suelo; ésta debe ser una de las principales razones de que inconscientemente se equipare la tierra a la madre y de que los trastornos neuróticos del equilibrio se remontan tan a menudo a conflictos relacionados con la dependencia de la madre».

A mí me parece que sería útil desarrollar esta idea, la de la función materna de proporcionar un sentimiento de seguridad, y me gustaría que el doctor Rycroft preparase otro escrito sobre el tema, al cual, como es evidente, ha prestado atención ya que nos remite a Alice Balint, Hermann y Schilder.

Convendría tener en cuenta que aquí existe una relación de vital importancia entre el bebé y la madre, que, sin embargo, no constituye una derivación de la experiencia instintiva, ni una relación objetal suscitada por la experiencia de un instinto, sino que antecede a ésta al mismo tiempo que se desarrolla concurrentemente con ella, mezclándose las dos.

No estamos lejos de la conocida observación en el sentido de que la más precoz de las angustias es la que se asocia al sentirse sostenido de un modo inseguro.

Los analistas, incluyendo aquellos que ven en el bebé un ser humano desde el nacimiento, hablan a menudo como si la vida del pequeño empezase junto con la experiencia instintiva oral la aparición de la relación objetal propia de la experiencia instintiva. No obstante, todos sabemos que un niño tiene la capacidad para sentirse muy mal como consecuencia del fracaso de algo que pertenece por entero a otro campo, es decir, el de los cuidados infantiles. El énfasis de la señorita Freud sobre las técnicas del cuidado infantil nos lleva a esta misma cuestión. Cuando menos ésta es mi opinión. Me parece que existe la urgente necesidad de que insistamos en el análisis del significado de la angustia cuando su causa reside en un fallo de la técnica de cuidado infantil; por ejemplo, la falta del apoyo vivo y continuado propio del ejercicio de la maternidad.

Sabemos que este tema puede hacernos retroceder hasta el mismísimo momento del parto, es decir, hasta el momento en que el feto está dispuesto a ser parido: más o menos en la trigésimosexta semana de vida intrauterino.

La pregunta que deseo hacer es ésta: ¿Puede decirse algo sobre esta angustia, o es simplemente algo físico, sin más? El caso de Rycroft parece que, a primera vista, apoyaría la opinión de que esta angustia precoz es simplemente cuestión de canales semicirculares y fisiología. Sin embargo, nos queda espacio suficiente para suponer que tal vez pudieran descubrirse más cosas. El hecho del vértigo fisiológico es indisputable y, sin embargo (como sucede en los mareos en la mar), lo fisiológico puede ser explotado en ciertas circunstancias. ¿Cuáles, de hecho, son tales circunstancias?

En vez de responder sencillamente a esta pregunta prefiero dar una respuesta parcial.

A mi modo de ver, hay ciertos tipos de angustia de la primera infancia que se ven impedidos por los buenos cuidados. Es tos tipos pueden ser estudiados con provecho. Creo que todos los estados que un buen cuidado infantil evita, se agrupan naturalmente bajo la palabra “locura” cuando se presentan en un adulto.

Un ejemplo sencillo nos lo daría el estado de no integración. Con un buen cuidado infantil este estado es el natural, sin que nadie se preocupe por ello. El buen cuidado produce un estado de cosas en el que la integración empieza a convertirse en un hecho y existe ya una persona. En la medida en que esto sea cierto, también lo es que la ausencia de cuidados conduce a la desintegración y no al retorno a la no integración. La desintegración es percibido como una amenaza porque (por definición) hay alguien que siente la amenaza. Asimismo es una defensa.

Los tres tipos principales de angustia resultantes del fracaso de la técnica del cuidado infantil son: la no integración, que si falta de retransforma en un sentimiento de desintegración; la relación entre la psique y el soma, que se transforma en un sentimiento de despersonalización y, finalmente, el sentimiento de que el centro de gravedad de lo consciente se desplaza desde el núcleo a la cáscara que lo envuelve, desde el individuo al cuidado, a la técnica.

Con el objeto de que esta última idea quede clara debo examinar el estado de cosas existente en este estado precoz de la vida humana.

Empecemos con la relación bicorporal (Rickman, 1951) y, partiendo de ella, retrocedamos a la relación

objetal cuya naturaleza sigue siendo la de una relación bicorporal, pero el objeto es parcial.

¿Qué es lo que precede a esto? A veces damos vagamente por sentado que con anterioridad a la relación bicorporal existe una relación unicorporal; pero esto es una equivocación, y muy evidente si examinamos el asunto de cerca. La capacidad para sostener una relación unicorporal sigue a la de una relación bicorporal, a través de la introyección del objeto. (Implícitamente existe un mundo externo para el cual la relación es de carácter negativo.)

¿Qué es entonces lo que precede a la primera relación de objeto? Por lo que a mí se refiere, he sostenido una prolongada lucha con este problema. Empezó cuando (hace unos diez años) me encontré a mí mismo diciendo ante esta Sociedad, con cierta excitación y acaloramiento, lo siguiente: «No existe nada que pueda ser denominado "bebé"» Me sentí alarmado al oírme pronunciar estas palabras y traté de justificarme señalando que si me muestran ustedes un bebé ciertamente me mostrarán también a alguien que cuida del mismo, o, cuando menos, un cochecito de niños que acapara la vista y los oídos de alguien. Lo que vemos es una «pareja de crianza», por decirlo así.

Hoy, de manera menos extrema, diría que con anterioridad a las relaciones objetales el estado de cosas es como sigue: la unidad no la constituye el individuo sino la organización ambiental-individual. El centro de gravedad del ser no empieza en el individuo, sino que se halla en la organización total. Mediante un cuidado satisfactorio, la técnica, el sostenimiento y el control general, la cáscara se ve absorbida gradualmente y el núcleo -que durante todo el rato nos ha dado la impresión de ser un bebé humano- puede empezar a ser un individuo. El principio es potencialmente terrible debido a las angustias que he mencionado y debido al estado paranoide que sigue muy de cerca a la primera integración, así como a los primeros momentos instintivos, llevando al bebé, tal como hacen, un significado completamente nuevo de las relaciones objetales. La técnica satisfactoria del cuidado infantil neutraliza las persecuciones externas e impide los sentimientos de desintegración y de pérdida del contacto entre la psique y el soma.

Dicho de otro modo, sin una técnica satisfactoria de cuidados infantiles, al nuevo ser humano no se le ofrece ninguna oportunidad. Con la citada técnica el centro de gravedad del ser en la organización ambiente-individuo puede alojarse en el centro, en el núcleo más que en la cáscara. El ser humano que ahora estará desarrollando una entidad partiendo del centro puede quedar localizado en el cuerpo del bebé, pudiendo así empezar a crear un mundo externo al mismo tiempo que adquiere una membrana limítrofe, y un interior. De acuerdo con esta teoría, al principio no existía un mundo externo, aunque nosotros en tanto observadores, pudiéramos ver a un pequeño dentro de un medio. Lo engañoso que esto puede ser queda demostrado por el hecho de que a menudo creemos ver un pequeño cuando a través del análisis nos enteramos más tarde de que hubiéramos debido ver un medio que falsamente se desarrollaba hasta convertirse en un ser humano, escondiendo dentro de sí un individuo en potencia.

Sin apartarme de esta línea dogmática deseo hacer un comentario sobre la condición clínica que popularmente se denomina «histeria». El término “neurosis” viene casi a cubrir el mismo terreno.

Es normal que el pequeño sienta angustia si se produce un fallo en la técnica de los cuidados infantiles. Al principio de todo, el pequeño, sin embargo, entraría en un estado de no integración, o perdería contacto con el cuerpo, o pasaría a ser la cápsula en lugar del contenido, sin dolor.

Inherente al crecimiento, entonces, se encuentra el dolor, la angustia referente al fracaso en el cuidado del infante. En estado de salud el medio (cuya dirección es asumida por la madre o la niñera) sufre un desajuste gradual tras empezar con una adaptación casi perfecta.

Existe un estado de cosas en el cual se teme enloquecer, es decir, se teme una ausencia de angustia ante la regresión a un estado no integrado, a una falta del sentimiento de vivir en el cuerpo, etc. Lo que se teme es que no haya angustia, es decir, que haya una regresión de la que sea imposible volver.

La consecuencia de esto es una repetida puesta a prueba de la capacidad para la angustia y un alivio temporal siempre que se sienta angustia, cuanto más fuerte mejor (Balint, 1955).

El análisis del histérico (en el sentido popular) es el análisis de la locura que es temida pero no alcanzada sin la provisión de un nuevo ejemplo de cuidados infantiles, unos cuidados mejores en el análisis que durante la infancia del paciente. Pero, les ruego que tomen nota, el análisis llega, debe llegar, a la locura, aunque el diagnóstico siga siendo de neurosis y no de psicosis.

¿Estaría de acuerdo el doctor Rycroft en que este paciente podría tanto recordar sus primeras experiencias infantiles de vértigo fisiológico como además explorar estos recuerdos como defensa contra las angustias asociadas con el fracaso de la técnica de cuidados infantiles, angustias que al paciente (aunque no está loco) le parecerían amenazas de locura?.

(1) Leído ante la Sociedad Psicoanalítica Británica, el 5 de noviembre de 1952.

Biblioteca D. Winnicott

Apetito y trastorno emocional (1936)

Leído ante la Sección Médica de la Sociedad Psicológica Británica, 1936.

En la literatura psicoanalítica y psicológica existe un consenso general con respecto a que las alteraciones del apetito son comunes en las enfermedades psiquiátricas, pero lo cierto es que tal vez no se reconozca toda la importancia del comer. Así, resulta raro encontrar la palabra "gula" en los escritos psicológicos; y, sin embargo, ésta es una palabra que tiene un significado muy definido, que une lo físico con lo psíquico, el amor con el odio, lo que resulta aceptable para el ego con lo que es inaceptable. La única obra psicoanalítica que yo conozco en la que la palabra "gula" forma parte inherente del tema es la titulada *Love, Hate and Reparation*, de Melanie Klein y Joan Riviere (conferencias 1936, publicado en 1937).

Hace tiempo que debiera haberse comentado la relación entre el apetito y la gula. Me atrevo a sugerir que en el ser humano la gula jamás aparece de forma manifiesta, ni siquiera en los niños, y que, cuando aparece como síntoma, constituye siempre un fenómeno secundario que entraña angustia. A mi modo de ver, la gula es algo tan primitivo que en modo alguno podría aparecer en el comportamiento humano salvo en forma latente y formando parte de un complejo de síntomas.

Mi punto de vista se ha visto profundamente influido por la costumbre de tomar nota minuciosamente de los casos que pasaban por mil manos, ya que ello me ha permitido ver claramente la continuidad clínica de los trastornos del apetito tal como se presentan en la primera infancia, en la niñez, en la adolescencia y en la edad adulta. Llevo ya varios años enseñando que la observación atenta pone de manifiesto que no hay ninguna línea que divida claramente las siguientes afecciones: la anorexia nerviosa de la adolescencia, inhibiciones de la función nutritiva propias de la niñez, los trastornos del apetito en la niñez que tienen relación con ciertos momentos críticos, y las inhibiciones de la función nutritiva de la infancia, incluso de la primera infancia. Como ejemplo de crisis citaré las siguientes: el nacimiento de un hermanito o hermanita, la pérdida de la primera niñera, el abandono del primer hogar por mudanza, la primera comida con ambos padres, los intentos de inducir a la autonutrición, la introducción de alimentos sólidos o incluso simplemente de alimentos espesados, la reacción angustiosa ante los mordiscos a los senos.

Efectuando un agrupamiento general, estos casos se incluyen entre los de dificultades nutritivas de los niños pequeños, en un extremo de la escala, y los de melancolía, adicción a las drogas e hipocondría en el otro extremo. Dicho de otro modo, vemos que la función de comer puede verse afectada tanto en cualquier tipo de enfermedades, como en la salud (1).

El análisis de niños de mayor edad, así como de adultos, nos proporciona una visión muy clara de las múltiples maneras en que el apetito se ve envuelto en la defensa contra la angustia y la depresión. Así, pues, no podemos hacer más que inferir que la psicología del niño pequeño y del niño no es tan simple como parece al comienzo, y que incluso hay que concederle al pequeño, incluyendo el recién nacido, una estructura mental (2) bastante

compleja.

En la apreciación de la función oral, lo primero es el reconocimiento del instinto oral: "Yo quiero chupar, comer, morder. Disfruto chupando, comiendo, mordiendo. Me siento satisfecho después de chupar, comer, morder".

Luego viene la fantasía oral: "Cuando tengo hambre pienso en comida, cuando como pienso en introducir comida en mi cuerpo. Pienso en lo que me gusta conservar dentro de mí, y pienso en lo que quiero eliminar y pienso en librarme de ello".

En tercer lugar hallamos una forma más complicada de relacionar este tema de la fantasía oral con el "mundo interior". Existe una tremenda elaboración de las dos partes de la fantasía que acabo de bosquejar; a saber, las ideas de lo que sucede dentro de uno mismo y, junto a esto, las ideas de cuál es el estado del interior de la fuente de suministro, o sea, del cuerpo de la madre. "También pienso en lo que sucede en la fuente de suministro. Cuando estoy muy hambriento pienso en robar e incluso destruir la fuente de suministro y entonces sufro por lo que tengo dentro de mí y pienso en los medios de sacarlo de mi interior, con tanta rapidez y tan completamente como sea posible."

Esta clase de fantasía oral puede deducirse observando a los pequeños mientras juegan con algún objeto. Espero poder demostrarlo.

Es esta elaboración sin límite lo que constituye un "mundo interior". En este sentido, la palabra "interior" se refiere principalmente al vientre y, de modo secundario, a la cabeza, las extremidades y cualquier otra parte del cuerpo. El individuo tiende a colocar dentro del cuerpo las incidencias de la fantasía, identificándolas con las cosas que tienen lugar dentro del cuerpo.

Normalmente, este mundo interior es un mundo vivo, lleno de movimientos y sentimientos o sensaciones. Cuando se le tiene temor, es posible mantenerlo inactivo. En la enfermedad cabe controlarlo en demasía o alguno de sus elementos es susceptible de hacerse con el control del individuo.

A mí me parece que esta parte de la fantasía oral no está suficientemente reconocida como tal. Y el hecho de que insista en que se tenga en cuenta se debe a que, en mi calidad de pediatra, me veo constantemente en la necesidad de comprenderla. No hay caso de ruidos hidroaéreos, en un niño, ni de vómitos o diarrea, de anorexia o de constipación que pueda explicarse plenamente sin hacer referencia a las fantasías conscientes o inconscientes que el niño se forma acerca del interior de su cuerpo.

Podemos confinar la atención a la enfermedad física dentro del cuerpo; pero ningún estudio de la reacción del niño ante su enfermedad física puede ser completo sin tener en cuenta la fantasía que el niño se forma con respecto a su interior. Debe de ser muy gracioso para un niño comprobar que su médico da claras muestras de saber menos que él acerca de su interior. La mayoría de los médicos prefieren atenerse a la simple idea del dolor sin contenido de fantasía, pero no por ello deja de ser cierto que a menudo los niños, cuando se les pregunta acerca de sus molestias internas, dan una descripción de su mundo interior. Así, un chiquillo nos dirá que dentro de él se libra una guerra entre los españoles y los ingleses y que ambos bandos luchan con espadas. Otro nos cuenta su fantasía de que en su interior, sentado alrededor de una mesa, se halla un grupo de gentes diminutas que esperan que les llegue la comida. Un niño de cuatro años me dijo que, después de comer, podía oír el ruido de platos que hacían los hombrecitos que tenía dentro. Otro dijo que dentro de su madre había una hilera de niños sentados en una valla y que, cuando su padre derribaba a uno de ellos con una palanca, entonces se producía un nacimiento.

A veces, algún artista capaz de pintar un cuadro normal y corriente nos dará una visión de su interior en forma de tripas (3). El resultado es terrible para la mayoría de la gente, que sólo ve allí fragmentos de intestinos y demás, ante lo cual hasta el espectáculo de una carnicería resulta tranquilizador. Uno es capaz de admirar el valor de tal artista, incluso cuando a uno le inquiete el vuelo de la fantasía hacia la anatomía.

A mi modo de ver, el siguiente incidente ilustra la forma en que, a través del ejercicio del sentido del humor, se obtiene el reconocimiento de la fantasía en torno al mundo que hay dentro del vientre.

Primer caso.

Una madre trajo a su hijo al hospital y al tratar de informarme que el niño padecía una malformación del pene (hipospadia), la señora dijo: «Dijo el médico que parecía que le hubiesen hecho la circuncisión antes de nacer. Me asusté mucho, se lo digo yo». La piel del chico era excepcionalmente oscura y yo le pregunté a la madre si se trataba de algo reciente o bien de algo natural en el chico. Resultaba evidente que siempre se había sentido turbada por aquella pigmentación y trató de eludir la pregunta diciendo que era debido a las vacaciones de verano (cosa que a todas luces era falsa), etc. Por fin dijo: «Oh, ya me acuerdo. Nació así. El médico dijo que parecía que hubiese tomado mucho el sol». Entonces le dije: «Pues al parecer se lo pasó muy bien, de una u otra forma».

Las fantasías sobre el embarazo sirven para ocultar otras fantasías de índole más cruda acerca del verdadero interior, al mismo tiempo que aportan un alivio a los temores suscitados por los elementos destructivos. Tanto es así que a veces el niño tiene dificultad en deshacerse de ellas. Pero lo cierto es que el útero no es el interior. Los chicos adoptan esta defensa con tanta frecuencia como las chicas. La madre queda embarazada, luego la hinchazón decrece y, mire por dónde, aparece un nuevo ser humano, diminuto y bonito.

Segundo caso.

Trajeron un chiquillo al hospital porque le dolía el vientre. A menudo se me pide que examine a algún niño que se queja de unos dolores no localizados aún. El sujeto de este caso todavía no había decidido dónde debía sufrir el dolor, aunque éste tenía que ver con sus entrañas. A decir verdad, el chiquillo ni siquiera había decidido sufrir un dolor, aunque algo sí tenía. Este algo estaba relacionado con el hecho de que la madre había dado a luz recientemente. El pequeño creía que llevaba una criatura dentro. Tenía que ser un varón. No deseaba perderla, sino que prefería conservarla dentro de sí. El hecho tenía que ver con el amor de su padre.

Esta clase de fantasía naciente es bastante fácil de comprobar, pero no creo que el niño salga ganando mucho por el hecho de que el médico consiga desvelarla. Además, por supuesto, en ciertos casos sería decididamente pernicioso que se forzase el secreto o secretos interiores del pequeño. Sin embargo, el material de la fantasía se halla presente, en espera de que alguien lo descubra.

He aquí otro caso en el que dejé que una niña me contara sus fantasías con respecto al cuerpo.

Tercer caso.

Mi ayudante me pide consejo sobre una niña de siete años llamada Heather. Desde los dos años la pequeña tiene el hábito de rascarse los genitales, por lo que éstos se hallan constantemente inflamados e irritados. Recientemente sólo se ha rascado en la escuela, pero los maestros se han quejado. Se ha comprobado que no hay cistitis ni infestación parasitaria. Tampoco hay síntomas de ninguna otra enfermedad física. ¿Podría tratarse de algo psicológico?

Le digo a mi amigo que, efectivamente, podría ser, y me muestro de acuerdo en ver a la niña y a su madre, una señora un tanto represora. Dispongo solamente de unos cuantos minutos, pero tengo que hacer algún diagnóstico. Me encuentro ante una niña sana y bonita, regordeta a pesar de su deficiente apetito, una niña que no es infeliz ni inquieta, aunque sí algo meditabunda.

Encuentro que se la cuida bien en su casa. Es hija única y sus padres son personas de una agresiva respetabilidad, de manera que a Heather no la dejan salir a la calle, y muy raras veces viene alguien a jugar con ella en casa. No obstante, en la escuela Heather tiene sus propias amigas. Hay que indagar más allá de estos detalles, pese a su importancia, para hallar la causa de que se rasque compulsivamente los genitales.

Hago salir a la madre de la habitación y me encuentro con que Heather me cuenta de buen grado cosas sobre una serie de pesadillas que consigue mantener a raya permaneciendo con los ojos constantemente abiertos. La niña declara que es capaz de dormir con los ojos abiertos. Resulta claro que no sólo tiene sueños de angustia sino que también se ve acosada por alucinaciones visuales que son en parte horribles y en parte hermosas. Su felicidad, según dice, consiste en encontrar en las cosas que ve suficiente belleza como para equilibrar lo que en ellas hay de malo. Lo principal es que ve unas cosas marrones que salen de agujeros. Está ansiosa por dar detalles de estas formas grotescas y malas, así como de estos extraños animales. Hay también un hada con un nombre fantástico. «Es hermosa, todo está bien cuando ella está presente, es muy alta; su verdadero nombre es Heather.» Parecía casi sorprendida de darse cuenta de su propia existencia real; se encontraba más a gusto en el mundo de las hadas.

A la pequeña le parece que los genitales están llenos de estas grotescas formas marrones y constantemente se ve forzada a rascarse para sacarlas de allí.

Me aventuro a preguntarle una cosa: ¿Cómo se te meten dentro?

«Pues», dice la pequeña, «entran con mi comida. Verá, es que me gustan mucho las salchichas y el hígado y por eso casi todos son de color marrón.»

No hay que forzar mucho la imaginación para deducir que, en su fantasía inconsciente, la pequeña se ha comido a personas buenas y malas, así como pedacitos de persona, y que, de acuerdo con el amor y el odio que en ellos hubiera, se ha visto enriquecida o abrumada, respectivamente, por los objetos, intensamente dulces o aterradoramente grotescos, que entraban en su mundo interior. Disfrutaba a costa del mundo de hadas, del de sus devaneos, de reconocer la maldad que, según ella la sentía, tenía que ser eliminada de sus genitales rascándose.

Su síntoma es, en efecto, el reconocimiento de la maldad y le permite mantenerse en contacto con la belleza de su mundo de hadas.

Una vez ilustrado el significado que para mí tiene la fantasía oral y la especial elaboración de la fantasía referente a las entrañas, les relataré algunos casos clínicos para que vean cuán frecuentemente el apetito hace acto de presencia en la práctica de la pediatría.

No hace falta que me recuerden que el valor de todas mis observaciones depende de mi capacidad para conocer la acción y los límites de la enfermedad física (infección, desnutrición, etc.) De mi seguridad de que tengo en cuenta la posibilidad de una enfermedad física depende mi derecho a intervenir en el aspecto psicológico. En este sentido, sugiero que el estudio de la psicología se ha visto oscurecido por nuestra falta de control sobre la enfermedad física y por nuestra ignorancia de la dieta alimenticia, de tal manera que antes era mucho más difícil observar los factores psicológicos de lo que es hoy en día. Los conocimientos y la práctica de la medicina han aportado nuevas condiciones, y hoy sabemos que en algo menos de la mitad de los casos que acuden a los consultorios externos de los hospitales de niños, no hay enfermedad física alguna. Por consiguiente, actualmente es casi imposible dejar de observar trastornos emocionales y anomalías en el desarrollo de la personalidad.

Asimismo, el psicoanálisis ha hecho su aparición en la escena con su voluntad de explorar y evaluar el inconsciente. Así, pues, gradualmente hemos llegado al estudio de la psicología de la criatura y del niño en desarrollo.

Casos ilustrativos

La elección de casos tiene una dificultad. En efecto, el elegir casos parece que tratara de indicar que las alteraciones del apetito en los casos de trastorno psicológico merezcan ser relatados como tales alteraciones, mientras que, en realidad, en lo que quiero hacer hincapié es en el hecho de que la alteración del apetito es algo sumamente común. Muy raro tiene que ser el historial de un niño enfermo (o, a decir verdad, incluso el de un niño normal) para que no aparezcan síntomas relacionados con la nutrición.

Por supuesto que entre los pacientes no hospitalizados que examina un médico se cuenta un porcentaje bastante elevado de casos en que el niño es llevado a consulta por dar claras muestras de falta o exceso de apetito, o por existir una amplia gama de extravagancias en lo que se refiere al apetito. Cada vez resulta más claro que muchos de estos niños están físicamente sanos y que, pese a ello, pueden sentirse enfermos. Existen, además, diversos tipos de vómitos, desde el menos común, de índole histérica, hasta el muy frecuente ataque bilioso, que a veces, con la ayuda de las ideas preconcebidas del médico, pasa a organizarse en vómitos cíclicos con postración periódica. Existen luego muchísimos grados de intolerancia a las grasas, desde la alergia a la leche, hasta la enfermedad celíaca y así sucesivamente.

Mi objetivo aquí es llamar la atención sobre los detalle de la alimentación que tan a menudo resultan interesantes en casos que nos son traídos por cualquier otra razón: trastornos de comportamiento, inhibiciones de las dotes intelectuales, fracasos en el adiestramiento de acuerdo con las normas aceptadas, inquietud común de tipo angustioso, fobias, estados de angustia, fases depresivas, etc.

Como es natural, me resulta imposible dar una ilustración de cada uno de estos tipos de casos. Las siguientes tres descripciones de niños muestran, respectivamente, un caso de gula sintomática, otro de paso de la inhibición a la compulsión y un tercer caso de inhibición de la gula.

Cuarto caso.

Escojo en primer lugar a una chica que actualmente se halla en los inicios de la pubertad. Tiene una hermana mayor. Su dificultad reside en el carácter. Desde el principia ha sido incapaz de permitir que su hermana mayor tuviera amistades. Las dos hermanas se llevan muy bien entre sí, pero sus relaciones se han visto estropeadas, y se verán aún más, por esta compulsión que la hermana pequeña siente por quitarle a la otra toda persona, joven o adulta, masculina o femenina, que llega a significar algo para la mayor.

Cuando la hermana mayor contaba de seis a ocho años, esta tendencia de la pequeña resultaba graciosa para todos cuantos la veían. Sin embargo, poco a poco se ha creado una situación en la que existe una seria amenaza para una camaradería que, de todos modos, no podrá venirse abajo sin que ambas partes sufran algún daño.

No es sorprendente que la gula o voracidad de la chica codiciosa no se halle constreñida a las personas. Además, esta chica come en exceso, de un modo que claramente constituye una defensa contra la angustia, a veces engorda de un modo nada saludable. Todo intento de ponerla a dieta trae consigo una inquietud y una acrimonia temperamental que contrastan agudamente con lo que parece su manera natural de ser. La hermana presenta una tendencia complementaria al ascetismo. Es de tipo depresivo, lo cual también la hace contrastar con su bulliciosa y voraz hermana pequeña. Asimismo, atraviesa fases en las que da muestras de poco entusiasmo por la comida, con tendencia a viajar parte de todo lo que se le ofrece.

Quinto caso.

Seguidamente describiré brevemente el caso de un muchacho que pasó de ser inhibido a ser glotón. Sobre Tom, de quince años de edad, se cierne la amenaza de expulsión de la escuela debido a su carácter poco satisfactorio. Un primer contacto con él hace pensar que se trata de un chico excepcionalmente decente, con un aplomo y un ritmo que hablan en su favor. Su coeficiente de inteligencia dicen que es de 120, y en la conversación parece ser un chico inteligente. Tiene un hermano y una hermana menores que él.

El carácter de Tom sufrió un cambio al pasar a la escuela secundaria, después de estudiar en una escuela primaria, cuando tenía trece años. En la preparatoria había sido un alumno popular, honrado y, sincero.

Al ingresar en la escuela superior se convirtió en una clara molestia para todos. He aquí algunos extractos de los informes del director: «Al principio era insólitamente descuidado y desaseado; destruía el mobiliario, etc. (hacía agujeros en las sillas). Desatento en la escuela e incapaz de concentrarse. Problemas con diversos profesores. Los castigos no han surtido ningún efecto en él. El rector cree haber agotado todos los castigos de que dispone». (Este rector no es de los que recurren fácilmente al castigo, pero está claro que el muchacho no responde del modo acostumbrado a la comprensión ni a los castigos.)

Para abreviar, Tom padece dificultades de carácter que se le han desarrollado desde que salió de la escuela primaria. Los padres afirman que su actitud ha cambiado desde entonces. Antes, era extraordinariamente franco, mientras que ahora es inseguro y falaz. Asimismo, los padres están preocupados porque el muchacho celebró una orgía destructora en casa durante la cual estropeó con un cuchillo las paredes y el mobiliario de su propia habitación, lugar, que siempre le había gustado mucho.

Lo interesante en este caso es que con el cambio de carácter se ha producido igualmente un paso de la inhibición a la gula. En el momento de cambiar de carácter, su cuerpo empezó a ser más lleno, mientras que antes había sido siempre más bien flaco. Empezó a dar muestras de haber adquirido un apetito más que saludable, con cierta compulsión a comer en exceso.

Su actual apetito podría pasar por normal, a no ser por su marcado contraste con su anterior actitud hacia la comida, constante desde la primera infancia hasta la finalización de la escuela primaria. Durante todos aquellos años no había demostrado interés por la comida y nadie había logrado jamás sobornarle a base de comida.

Para llegar al inicio de esta dificultad nutritiva hay que remontarse a otra dificultad registrada a los tres meses de edad, cuando era amamantado, y a la que siguieron seis meses de alimentación difícil acompañada de constipación secundaria. A los nueve meses el pequeño pesaba solamente cuatro kilos. A partir de entonces no hubo ningún problema grave, pero el pequeño siguió siendo inapetente y de cuerpo poco desarrollado. Así, pues, cabe decir que la enfermedad de este muchacho empezó cuando tenía tres meses.

La enfermera que lo cuidara a los tres años dice que comprobó que lo alimentaban los diversos miembros de la familia, cada uno de los cuales le administraba una cucharada por turno. Ésta era la única forma de hacerle comer lo necesario.

¡Cuán familiarizado está el pediatra con este panorama de dificultades nutritivas en la infancia, augurio de mayores problemas más adelante!

La importancia de este caso, pese a la brevedad de su exposición, radica en que demuestra de qué manera la inhibición del apetito sirvió bien al muchacho durante un período de diez o doce años en su defensa contra la angustia. Por medio de sus síntomas se las arregló para ser una persona más o menos amable y sociable, ya que casi podía pasarse sin comer. Sin una creencia en su propia bondad y en la de los demás, sin embargo, le hubiera sido imposible desarrollar una vida plena, al menos vivir y seguir siendo cuerdo.

Ahora quiero llamarles la atención sobre la edad sumamente precoz en que el ser humano se ve capacitado para resolver el problema de la suspicacia convirtiéndose en suspicaz ante la comida. Es sumamente difícil comprender los primeros meses de la infancia, pero está claro que a los nueve y diez meses este mecanismo (es decir, dudar de la comida como medio ocultar la duda del amor) puede ser utilizado plenamente.

En el siguiente caso les daré los detalles tal como fueron apareciendo en la consulta. Al finalizar la descripción, se hallarán ante un caso de trastorno de apetito.

Sexto caso.

Simon me es traído cuando tiene ocho años. Con él viene su hermano Bill, muchacho regordete y sano que contrasta con la persona delgada y pequeña de Simon. Se trata de los dos únicos hijos de un profesional y su esposa, pareja que está mutuamente contenta de estar casada, que disfruta de buenas relaciones familiares y posición social y que, como es natural, está preocupada al ver el escaso desarrollo físico de uno de sus hijos, así como por sus demás síntomas: falta de apetito, estados de gran nerviosismo y excitación, pesadillas y otras características importantes que la madre va recordando gradualmente mientras yo preparo el historial del paciente.

Indudablemente, Simon es muy inteligente, y, en la escuela, va moderadamente bien. Sin embargo, en la escuela necesitaron seis meses para advertir que podía leer; también había otras formas en que no hacía justicia a su capacidad intelectual.

Su poder de concentración es reducido. En la escuela dicen que su cerebro es excesivamente activo, que tiene mil pensamientos a la vez. Mientras aprende a ir en bicicleta está contemplando el paso de un avión. Primero hace las cosas, luego piensa en ellas, si es que llega a pensar.

Es honrado, generoso, afectuoso, sensible. En un punto discrepan los padres: para tratar de que sea normal, ¿hay que recurrir a medidas severas o seguirle la corriente y dejar que el tiempo diga?

Es lento en hacer las cosas, pero, si le da por ser rápido, lo es sobremanera, ya que es de naturaleza despierta. Por ejemplo, para vestirse es siempre muy lento a menos que, hallándose en un grupo, quiera hacerlo antes que los demás. En el aseo resulta también increíblemente lento. Su madre, que no tiene ninguna doncella a su servicio, preferiría arreglar por sí misma lo que él desordena, pero suele pensar que deben insistir en que sea él quien ordene algo sus juguetes. El chico es de los que sacan de la biblioteca veinte libros para encontrar uno, sin que se le pase por la cabeza la idea de devolver los otros diecinueve a su sitio. Simon dice: «¿Para qué guardarlos?», y parece que realmente no sabe la respuesta.

Admira y adora a su hermano, pero es capaz de sentirse celoso; si, por ejemplo, Bill está enfermo, Simon querrá que le ayuden más y más en todo cuanto hace, hasta que su hermano se restablezca.

A primera vista, sus juegos son de lo más normal, aunque no muy imaginativos. Es decir, sus juegos son siempre con barcos, marinos, construcciones. Lee cosas de cultura general: sobre plantas y animales; también lee cosas sobre grandes y maravillosos logros o descubrimientos. Dicho de otro modo, tanto en sus juegos como en sus lecturas, cabe constatar cierta huida de la fantasía a la realidad, si bien se trata de una realidad bastante romántica. La misma madre me parece una persona a la que la fantasía le asusta.

No faltan pruebas directas del temor a la fantasía: una vez le oyeron decir en sus plegarias: «Por favor, Señor, no dejes que tenga pesadillas». Sus pesadillas se relacionan principalmente con animales. De día se muestra especialmente cariñoso con los animales. A través de la labor analítica, hemos llegado a saber que las angustias

referentes a los animales suelen tener algo que ver con los animales que muerden, y que, de hecho, los animales se presentan como alivio, ya que en la primera angustia correspondiente existe tan sólo una boca amenazadora. A los animales es posible domesticarlos, a las bocas, no.

Creo que la falta de temor del muchacho debe considerarse como síntoma, especialmente en vista de que dicha falta de temor le ha conducido a situaciones peligrosas. Sufrió tres accidentes de consideración. Cada uno de ellos fue en parte por culpa suya. Cuando era muy pequeño se metió un palo en el ojo, un poco más tarde se enredó en el mecanismo de una máquina de coser, y más adelante se cayó y tuvieron que darle unos puntos de sutura en la cabeza.

Lo que resulta notable en este chico es que desde que tenía un año sabe lo que quiere ser. Al menos, tenía un año cuando le dio por volar. A tal edad hubiese echado a volar sin miedo desde la mesa del comedor, poniendo en peligro su vida. Siempre se creyó capaz de volar como un pájaro, y antes de saber nadar, se zambullía en el agua desde un lugar alto, también sin miedo alguno. Por parte de los padres no ha habido ningún intento de convertirle en una persona valiente; a decir verdad desde que tenía un año, los padres han considerado que esta valentía era un síntoma.

Recientemente ha volado en un avión, de manera que el deseo apremiante de volar tomó forma precisa en la ambición de ser aviador, cuando apenas si es capaz de esperar. De esta manera su síntoma se ha metamorfoseado en vocación. Creo que ésta es una forma sumamente inestable de “normalidad”.

Los padres han padecido una constante angustia ante la falta de algunos temores corrientes y necesarios en su hijo. Se dan cuenta de que esta ausencia relativa del sentido de la realidad hace, que la vida de Simon esté en peligro permanente.

Sabemos, en teoría, que la angustia no está ausente en este caso. Podríamos pecar de simplistas diciendo que el niño teme tener miedo. Pero hay algunos mecanismos complejos en juego y un planteamiento claro de su estado psicológico ocuparía más espacio del que dispongo. Cabría decir que Simon vive dentro de su propio mundo interior, donde el control es mágico y, al volar desde la mesa del comedor, siente tantas ganas de morir como las de una persona normal que vuela en sueños.

Es interesante observar que, si bien al principio me dijeron que nunca daba muestras de temor, más adelante la madre recordó que, cuando el pequeño tenía de seis semanas a dos meses, le daba tal pavor oír crujir el papel que resultaba imposible deshacer un paquete en la misma habitación donde él se hallaba. Se ponía a chillar y, sencillamente, le resultaba imposible soportarlo. Por aquel entonces la madre presintió que la intensidad de su temor era anormal, de manera que se tomaron todas las precauciones posibles para evitar que aquel trauma volviera a suceder.

Aprovecharé que estoy hablando de la primera infancia para mencionar que el chico empezó muy pronto a demostrar qué personas le agradaban y qué personas le desagradaban, y que esta característica ha perdurado hasta ser uno de sus rasgos más marcados. Vemos, así, que, aunque le caían bien la mayor parte de quienes le rodeaban, odiaba a una doncella que entró al servicio de la familia cuando él contaba cuatro meses; y siguió odiándola hasta que se marchó, cuando el pequeño tenía dieciséis meses. No había en la doncella nada especialmente notable que explicase esta circunstancia. Simplemente la odiaba, del mismo modo que luego ha odiado o amado a otras personas, sin ninguna justificación constatable desde el punto de vista del observador. La división del mundo en dos categorías, a saber, “lo que me gusta” y “lo que no me gusta”, siempre ha sido más subjetiva que objetiva.

Se supone que Simon es tan feliz como su hermano, pero uno no tarda en ver que en esta felicidad hay algo de irrealidad. El niño es inquieto y constantemente necesita distracciones y cambios. Su irritabilidad es aún más manifiesta al lado de su hermano, que siempre da muestras de poseer un carácter más plácido.

A los dos años se observó que Simon era zurdo. Se le permitió que siguiese siéndolo.

Simon habla mucho. Casi puede decirse que, a menos que esté leyendo, pasa la mayor parte del tiempo hablando. Recientemente empezó a morderse las uñas; de manera compulsiva también empezó a gruñir cuando lee, está sentado, come y así sucesivamente. Cuando lee en voz alta en la escuela también gruñe, si no se lleva compulsivamente las manos al rostro.

Hay una característica que podré explicarles mejor con algunos ejemplos. Os enfadáis con Simon y le ordenáis que se acueste temprano. El chico responde que sí, que se siente cansado, y que va a la cama como si estuviera la mar de satisfecho. En otro orden de cosas, un día le diréis que le están prohibidas las chokolatinas. Él conteste que muy bien, pues no se siente demasiado bien aquel día, con lo cual, una vez más, no habréis logrado comunicarle el concepto de castigo.

Otra característica: Le pedís a Bill que os ayude, y él gustosamente hará lo que se le mande. Simon, por el contrario, se da cuenta de antemano de lo que os hace falta y pide permiso para hacerlo, pero al cabo de medio minuto ya no tiene idea de lo que está haciendo y os lo encontraréis haciendo otra cosa.

Hace un año no quería ir a la escuela, lo cual representaba una inhibición. Cuando se le obligaba a ir, vomitaba automáticamente. Me parece que los vómitos representaban una necesidad inconsciente de librarse de cosas malas, pero pronto empezó a valerse de los vómitos para controlar a su madre. Le resultaba muy fácil provocarse el vómito. La madre quedaba reducida a amenazarle con mandarle a la cama y ver los resultados de la amenaza. A la larga terminó por llevarle a la escuela para que vomitase allí. Después de ello el chico fue capaz de acudir a la escuela.

Ahora llegamos a la alteración o trastorno del apetito. El más constante de los síntomas del muchacho ha sido la ausencia del deseo normal de comer. Cabe decir que nunca ha sido glotón. No hay ningún tipo de alimento del que pueda decirse que realmente le gusta, nada que le pueda ser ofrecido a modo de obsequio.

Come chokolatinas, pero se olvida de ellas y, antes que comer, siempre preferiría jugar por ahí. Para la edad que tiene, su hermano goza de un apetito normal, incluso grande. «Cuando salimos de excursión Bill come hasta cansarse, pero Simon solo come un bocadillo y hay que mirarle si se quiere que empiece el segundo.» Su interés se dirige a otras cosas.

El contraste entre los dos hermanos se observa desde la infancia y, desde el punto de vista de la madre, «resulta curioso, ya que Simon empezó muy bien mientras que Bill, que ahora es más plácido y generalmente normal, empezó mal». Lo cual me lleva a la principal declaración hecha por la madre: que Simon fue «absolutamente normal» hasta que lo destetaron a los nueve meses. (Por supuesto que nosotros sabemos que no era absolutamente normal; hubo, por ejemplo, la angustia ante el crujir de papel.) Simon disfrutaba del pecho y se desarrolló física y mentalmente sin causar problemas hasta que lo destetaron. El hecho no le importó durante dos meses, cuando a un menor contacto con el pecho se le dio comida como compensación. Pero cuando le quitaron por completo del pecho, cambió sin recuperarse jamás. Ésta es una historia con la que estará familiarizado cualquiera que trate con niños, El destete es uno de los diversos momentos críticos de la primera infancia.

Así, pues, a la afección de Simon podríamos llamarla «inhibición de la gula», efecto secundario del trauma del destete, que a su vez fue efecto secundario de una anterior angustia infantil de índole e intensidad psicóticas.

A todo esto podría añadir unas cuantas observaciones sueltas. Cuando Simon tenía dieciocho meses, él y su madre fueron a pasar unos días a casa de su tía, cuyo hogar no era feliz, estaba mal llevado y brillaba por lo poco práctico de sus costumbres. El hogar de Simon sí era feliz, un hogar donde la rutina era objeto de reverencia. El pequeño reaccionó muy mal al hecho de tener que esperar a que le sirviesen la comida (primera experiencia en este sentido), empezó a tartamudear y a morderse las uñas. El tartamudeo cesó al regresar a su casa. Siguió mordiéndose las uñas, aunque no tanto como lo hacía durante aquellas vacaciones.

Habría que decir que Simon fue un niño increíblemente sucio hasta los diecisiete meses. Tan pronto como fue capaz de rechazar claramente algo, empezó a negarse a utilizar el orinal y cuando tuvo edad suficiente hacía las necesidades en el suelo. Su madre no hizo ningún intento por producir un cambio por medio de medidas especiales. Un día el mismo Simon dijo: «¡Ah, niño cochino!». Después de aquello jamás volvió a ensuciar.

Hasta hace poco Simon era un niño cochino para comer. Se trataba de un síntoma que sorprendía a la gente, pues desaparecía en las ocasiones especiales. Recientemente Simon pasó algunas semanas lejos de casa, comió como cualquier otro niño, sin dejar caer ni una migaja y sin ni siquiera mancharse la corbata. Pero, al volver a casa, volvió a ser tan sucio como de costumbre. Cuando se le dijo que no le permitirían ir a una fiesta por ser tan cochino, el niño dijo: «Oh, pero si no voy a serlo si voy a una fiesta». Sin embargo, Simon no se da cuenta de cuán ilógico parece esto a ojos de su madre.

Su madre le dijo: «El domingo vendrá gente a comer a casa, tú te sentarás en la otra mesa», a lo cual contestó: «No haré ninguna porquería en la mesa el domingo». Y no la hizo. Pero la madre añadió que se había comportado de un modo odioso y que ella se alegró cuando volvió a hacer porquerías para mostrar un carácter más dulce.

Simon tiene un amigo bastante aburrido al que desprecia y que no le cae bien. Cuando le preguntaron qué le gustaba de ir a casa de su amigo, respondió que «daban un té estupendo», como si quisiera decir: «El no importa nada y podría comérmelo sin remordimientos». Esto demuestra la forma en que su principal síntoma, la inhibición de la gula, síntoma que de hecho le había conducido a un estado próximo al raquitismo, forma parte de la relación del muchacho con la gente de sus mundos externo e interior, mundos que para él no siempre aparecen claramente delineados.

En el caso de Simon vemos de nuevo la gran importancia de la inhibición de la gula, que en este caso concreto data del destete; y, del mismo modo que al principio la actitud hacia la comida equivale a una actitud hacia una persona: la madre, más adelante los síntomas relacionados con la nutrición varían según la relación del chico con diversas personas.

Ejemplos de personas adultas

Si bien he dado ejemplos de niños, lo mismo podría ilustrarse con pacientes adultos. He aquí un ejemplo:

Séptimo caso

Un hombre y una mujer me consultan debido a dificultades matrimoniales. Entre una gran cantidad de detalles importantes encuentro lo siguiente: «Un hombre puede odiar a los niños del mismo modo que otro odiaría a los gatos, y puede sentirse incómodo cuando uno de ellos entra en la habitación donde él está». Esto lo dijo el mismo marido. Su reacción ante el embarazo de su esposa consistía en dar muestras de gran antagonismo y no fue hasta pasados varios años que sintió cariño por la criatura, un niño. Le hubiese resultado más fácil tolerar a una niña. A este respecto diré que en su familia paterna había otro hijo, un hermano nacido cuando el sujeto tenía dos o tres años. Es evidente que él nunca llegó a afrontar satisfactoriamente el nacimiento de un hermano y que, para él, el de su propio hijo constituía una repetición de semejante acontecimiento. Esto hace que su enfermedad -depresión paranoide- se remonte a su primera infancia.

Con su actual actitud hacia la comida, este hombre demuestra cómo era de niño. Es vegetariano y tiene la impresión de que su esposa lo obliga a comer carne porque no lo comprende. Constantemente hace que su esposa le obligue a comer aquello que el cree que no quiere. Desde luego, se pone furioso si ella aparenta

indiferencia y no le obliga a comer carne. Es a la hora de las comidas cuando se comporta de una manera extraña. Si la doncella se ha olvidado de colocarle una silla, él se queda de pie, y toma su comida de pie, haciendo una “digna protesta”, sin sentido del humor, y esto delante de su hijo.

Por la descripción que su madre hizo de él, tenemos la confirmación de que su actual actitud hacia la comida constituye un regreso a la actitud que en su infancia demostró hacia la nutrición. La inhibición de la gula que presenta este hombre, inhibición que ha persistido desde la infancia, a menudo se desglosa en unos actos sintomáticos de glotonería que le afligen tanto a él como a su esposa. Cuando, por ejemplo, su hijo fue puesto a dicta de leche por padecer un fuerte sarampión, hubo que reservar una leche especial para él. Mi paciente, el padre del niño, solía beberse en secreto esta leche especial, sustituyendo la leche bebida por otra de tipo corriente. Cuando su hijo era pequeño y sufría de desnutrición, el padre, también secretamente, solía aguar la leche. Tiende siempre a esconder el mejor de los pasteles, el mejor de los dulces, lo mejor de cualquier cosa relacionada con la comida o la bebida, ya que para él es compulsivo reservarse lo mejor de todo.

Lo que falta en este caso es la gula normal, aceptable para el yo y que tanto alivia la tensión instintiva.

La clínica para pacientes ambulatorios

En los seis casos que se describen seguidamente, la brevedad es la norma y en ellos incluyo solamente lo necesario para dar una idea de la procesión de todas las mañanas.

En primer lugar quiero relatar lo que sucede cuando un bebé se halla sentado en el regazo de su madre y sólo la esquina de mi mesa me separa de ambos.

Un niño de un año de edad se comporta del siguiente modo. Ve el bajalengua (4) y no tarda en poner la mano sobre él, aunque lo más probable es que una o dos veces pierda su interés por tal objeto de llegar a cogerlo propiamente. Mientras hace esto no aparta los ojos de mi rostro o del de su madre, tratando de calibrar nuestras respectivas actitudes. Más tarde o más temprano, termina por cogerlo y metérselo en la boca. Ahora empieza a disfrutar de la posesión del bajalengua y, al mismo tiempo, empieza a dar patadas y a mostrar una ansiosa actividad corporal. Todavía no está preparado para que se lo quiten. Pronto deja caer el bajalengua al suelo; al principio puede que esto parezca un acto fortuito, pero, al serle restituido, acaba por repetir la equivocación y al final lo arroja al suelo con la intención, claramente comprobable, de que se quede allí. Lo contempla y frecuentemente el ruido que el objeto hace al chocar con el suelo constituye para él una nueva fuente de placer. Si le doy la oportunidad, tratará de arrojarlo repetidas veces. Ahora deseará estar en el suelo con el bajalengua. En líneas generales, cabe decir, sin temor a equivocarse, que las desviaciones de esta media de comportamiento indican desviaciones del desarrollo emocional normal y a menudo resulta posible poner en correlación tales desviaciones con el resto del cuadro clínico. Hay, como es lógico, diferencias según la edad. Los niños mayores de un año tienden a acortar el proceso de incorporación (meterse el bajalengua en la boca) y a interesarse más y más en las posibilidades que para jugar ofrece dicho instrumento.

Octavo caso.

Una madre nos trae a su bebé, de aspecto totalmente saludable, para hacer una medición rutinaria, tres meses después de la primera consulta. El bebé, Philip, tiene ahora once meses y la visita de hoy es la cuarta que me hace. Su fase difícil ya ha pasado y el pequeño está bien, tanto física como emocionalmente.

Como no hay ningún bajalengua disponible, el pequeño coge el cubilete que los contiene, pero su madre se lo impide. Lo interesante es que inmediatamente alarga la mano en busca de algo, recordando las visitas anteriores.

Coloco un bajalengua a su disposición y, en el momento en que él lo coge, su madre dice: «Esta vez hará más ruido que la última» Y tiene razón. A menudo las madres aciertan al decirme lo que va a hacer su pequeño, demostrando, por si hiciera falta, que el panorama que nos hacemos en los consultorios externos no se halla alejado de la vida real. Claro que el bajalengua va a parar a la boca y luego, no demasiado después, empieza a golpear la mesa o el cubilete con él. El cubilete recibe numerosos golpes, mientras el niño me mira a mí, demostrando bien a las claras que yo tengo parte en el asunto. En cierto modo el pequeño está expresando su actitud hacia mí. A unos cuantos metros de distancia, en la misma sala, hay otras madres sentadas con sus pequeños, y el estado de ánimo que impera en la sala se ve determinado por el estado de ánimo del pequeño. Una de las madres que esperan dice: «Parece el herrero del pueblo». Al niño le encanta tener tanto éxito y a sus juegos les añade un elemento de exhibicionismo. Así, pues, muy dulcemente, acerca el bajalengua a mi boca y le encanta ver cómo yo, siguiéndole la corriente, finjo que voy a comérmelo, aunque en realidad no llego a tocarlo con los labios; el pequeño comprende perfectamente que le sigo la corriente. Se lo ofrece también a su madre y entonces, con un gesto magnánimo, se vuelve y se lo ofrece a su público. Luego vuelve su atención al cubilete y prosiguen los golpes.

Al cabo de un rato se comunica a su modo con otro de los pequeños que esperan, pequeño al que escoge de entre unas ocho personas adultas y niños que hay al otro lado de la habitación. Para entonces todo el mundo está de un humor excelente y la clínica funciona muy bien.

Su madre le permite bajar al suelo, donde él recoge el bajalengua y empieza a jugar con él al mismo tiempo que, poco a poco, se va acercando al otro pequeño con quien acaba de comunicarse por medio de ruidos. Habrán advertido ustedes que no sólo estaba interesado en su propia boca, sino también en la mía y en la de su madre. Creo que tiene la impresión de haber alimentado a todos los presentes en la sala. Esto lo ha hecho con el bajalengua, pero no hubiese podido hacerlo de no haber tenido la impresión de haberlo incorporado de la forma que he descrito.

Esto es lo que a veces se denomina ,poseer un “buen pecho interiorizado”, o simplemente «tener confianza en una relación con el pecho bueno, basándose en la experiencia».

Lo que quiero destacar en este sentido es esto: cuando en el hecho físico de coger el bajalengua, el pequeño juega con él y lo deja caer, al mismo tiempo, físicamente, lo incorpora, lo posee, y se libra de la idea del mismo.

Lo que hace con el bajalengua (o con cualquier otro objeto) entre el momento de cogerlo y el de dejarlo caer es como una película del pequeño fragmento de su mundo interior que está relacionado conmigo y con su madre en aquellos instantes y, partiendo de ahí, podemos hacer conjeturas sobre las experiencias de su mundo interior en otros momentos y en relación con distintas personas y cosas.

Para la clasificación de una serie de casos se puede utilizar la siguiente escala: en el extremo normal de la misma estar, los juegos, que constituyen una sencilla y placentera dramatización de la vida del mundo interior; en el extremo anormal de la escala se hallan los juegos que contienen una negación del mundo interior, en cuyo caso los juegos son siempre compulsivos, excitados, impulsados por la angustia y más bien una explotación de los sentidos que una actividad feliz.

Noveno caso.

El siguiente niño, David, tiene dieciocho meses y su comportamiento presenta una característica especial.

Su madre lo trae junto a mí y lo sienta en su regazo, al lado de la mesa. El pequeño no tarda en buscar el

bajalengua que yo he puesto a su alcance. Su madre sabe lo que el niño hará, ya que ello forma parte de su problema. La buena señora dice: «Lo arrojará al suelo». El niño coge el bajalengua y rápidamente lo arroja al suelo. Repite el acto con todo lo que hay a su alcance. Ausentes se hallan la primera fase de tímida aproximación, así como la segunda, la de metérselo en la boca y jugar con él. Éste es un síntoma con el que todos estamos familiarizados, pero en este caso es patológico en cierto grado y la madre ha hecho bien en traerme al pequeño por ello. Le permite que baje en busca del objeto, que lo recoja y lo deje caer de nuevo, mientras sonrío en un intento artificial de ser tranquilizado mientras se contorsiona hasta alcanzar una posición en que tiene los antebrazos apretados contra las ingles. Mientras hace todo esto va mirando a su alrededor con expresión esperanzada, pero las demás personas que hay en la sala están haciendo todo lo posible para distraer la atención de sus propios hijos, ya que para ellas semejante espectáculo tiene algo que ver con la masturbación. El pequeño se encuentra acompañado, pero nadie puede darle la tranquilidad que tan desesperadamente necesita. Así que aquí le tenemos en el suelo, arrojando el bajalengua a lo lejos, contorsionándose para alcanzar esa posición tan peculiarmente suya y sonriendo de una manera que indica un intento desesperado de negar la congoja y el sentimiento de verse rechazado. Observen de qué manera este pequeño se crea para sí mismo un medio ambiente anormal.

Me veo obligado a omitir los detalles de su desarrollo; sólo diré que desde sus primeros tiempos tiene tendencia a la diarrea y a evacuar después de cada comida. Además, cuando tenía un año, de ello hace seis meses, empezó a mostrar los dos síntomas, los apretujones compulsivos a las ingles y una compulsión muy marcada a arrojar al suelo todo lo que cae en sus manos.

¿No resulta razonable sugerir que, de una manera u otra, hay una relación entre esta defecación “de sobremesa” y el síntoma consistente en arrojar cosas al suelo, especialmente en vista de que la experiencia psicoanalítica nos ha familiarizado con esta clase de relación entre lo físico y lo psicológico?

Naturalmente que la defecación después de comer sucede alguna que otra vez en todos los niños, y que el que se convierta en síntoma es una cuestión de grado.

Este caso ilustra la relación que se puede establecer entre acontecimientos físicos y psicológicos, así como la carencia relativa de riqueza en el mundo interior que puede acompañar a la inhibición de la fantasía oral y a la consiguiente ausencia de goce de cualquier clase de retención.

No es mi propósito discutir aquí la interesante e importante cuestión de las causas o la causa de esta angustia ante los objetos físicamente incorporados o físicamente devorados. Únicamente diré que en ella está involucrada la fantasía referente al interior. La parte principal de tal fantasía jamás es consciente y, antes o después, lo que haya sido consciente pasa a ser reprimido o, alternativamente, la fantasía permanece y el eslabón entre ella y la experiencia funcional se pierde.

En este niño existe una negación del mundo interior que afecta a sus relaciones exteriores y, junto a esto, existe una explotación, impulsada por la angustia de la sensualidad. Pero la sensualidad no es oral, es decir, el pequeño se sostiene el pene y se empuja las ingles, mientras su interés bucal permanece en suspenso.

He aquí un niño en el que ha cambiado su actitud hacia lo que se le ofrece.

Décimo caso.

Norman tiene dos años. Su madre ya me lo ha traído tres veces antes de esta visita y hoy ha venido simplemente, porque yo le pedí que viniese después de las vacaciones de verano. Norman presenta una mejoría general, ha perdido sus temores, y se muestra dispuesto a aceptar casi todos los alimentos que su madre le

ofrece.

El niño ha atravesado una fase de dificultades en su desarrollo emocional, y se ha recuperado sin tratamiento alguno de mi parte, más que mi dirección del caso y el haber compartido la responsabilidad con su madre. Al cumplir un año y siete meses empezó a adelgazar y en los meses siguientes se cayó muchas veces. Su sueño empeoró y tendía a despertarse temprano. Uno de los síntomas más marcados era que, a los diecinueve meses, dejó de ser un niño totalmente confiado para mostrar mala disposición para con los extraños, incluyendo a su abuela materna, en la que anteriormente había confiado plenamente.

Comía lo suficiente si era la madre quien lo alimentaba, pero por aquel entonces se hizo suspicaz hacia todo alimento nuevo, aunque se lo administrase la madre.

Durante esta fase, a pesar de mi técnica de aproximación, el pequeño lloraba cuando yo lo examinaba. Coloqué un bajalengua sobre la mesa, a su alcance, pero el pequeño se volvió hacia la madre y no volvió a mirarlo. Cuando le ofrecí una bobina de papel no la cogió y su madre dijo: “ya sabía que no cogería nada en el estado en que se encuentra ahora”.

Este cuadro clínico no presentó ningún cambio durante un mes, pero en la visita de hoy su madre puede informarme que se ha producida el inicio de un regreso a la normalidad en todos los aspectos. Ahora el pequeño duerme bien y se ha vuelto más confiado. Se muestra bastante satisfecho de estar conmigo y cuando le ofrecí una bobina de papel virtualmente me la quita de las manos, poniendo cara de estar muy complacido, y procede a investigarla mientras se lo llevan de mi presencia.

Habrán observado de qué manera, durante el período de suspicacia, la actitud del niño hacia la comida se vio alterada, al igual que su actitud hacia la bobina de papel que le ofrecí. Su madre me dijo que ya sabía que en su estado actual no cogería nada. Pero cuando se recuperó me arrebató de las manos la bobina y se puso a investigarla la mar de satisfecho, como hubiese hecho cualquier otro niño.

Decimoprimer caso.

He aquí un niño de dos años que padece una inhibición nutritiva. Por lo general nunca ha sido un niño glotón. Nunca cogió la costumbre de ingerir alimentos sólidos o de alimentarse por sí mismo. También permanece en vela mucho rato. Sus juegos son pobres de imaginación, faltos de riqueza y fantasía. Lo más habitual es que juegue con el martillo y los clavos de su padre, o que cave en el jardín. A los dieciocho meses pasó una fase en la que se comía el barro. A su madre le pareció que debía enseñarle a no hacerlo. Si quiero describirles un niño pequeño, debo mostrarles algo de sus intereses orales. La relación del pequeño conmigo es bastante neutra. Su actitud hacia el bajalengua nos da la clave de sus sentimientos. He aquí las notas que he tomado: «Ve el bajalengua y lo deja en paz»; lo toca «por equivocación», por decirlo así, mientras juega con las manos; entonces, cuando juega con las manos, se vuelve hacia otro lado; luego, de pronto, vuelve al bajalengua y me mira con curiosidad, como queriendo medir mi actitud y rápidamente se vuelve de nuevo y se da una palmada en los muslos; mira el objeto y con la boca hace un ruidoso gesto de estar chupando algo; durante un largo rato mordisquea el borde superior de su jersey y luego, en relación con algo que observa en mí, se acurruca en el seno de su madre; se retuerce; ahora coge el bajalengua con la mano haciendo un rápido movimiento y en un santiamén ya lo ha golpeado contra la mesa, dejándolo luego en ella, tendido (antes estaba en posición vertical). Como si se sintiera alarmado por su acción, parece dejarlo definitivamente, pero más tarde vuelve a tocarlo de una manera angustiada.

He aquí, pues, el cuadro de un conflicto en el que intervienen el instinto oral y la fantasía.

Hay mucho que hacer siguiendo estas sencillas líneas y, según tengo entendido, Anna Freud lleva ya algunos años haciendo esta clase de observaciones. Ella misma me señaló que existe una interesante falta de correlación directa entre la inhibición de coger cosas y metérselas en la boca y la inhibición nutritiva propiamente dicha, y con esto me siento plenamente de acuerdo. La relación es indirecta, de un tipo que, debido a sus inesperadas características, tiene en reserva muchas cosas teóricamente importantes.

Así, puede que un niño se meta cosas en la boca cuando está a solas con su madre en casa y que, en cambio, no quiera hacerlo con mi bajalengua. Mi presencia hace entrar en escena un eslabón con la relación entre el niño y su padre, relación, que, en el momento de la consulta, tal vez atravesara una fase difícil. Esta fase puede estar marcada por síntomas como el vómito o la constipación, o cualquier otra disyunción lo bastante seria como para hacer que el niño sea traído al hospital.

La aparición del padre en escena queda ilustrada por el siguiente incidente:

Decimosegundo caso.

Un hombre está alimentando por vez primera a su hijo de catorce meses. Le está dando pescado. La madre reacciona de manera neurótica ante el hecho, se siente celosa y le dice a su marido: “No le des pescado, se va a enfermar”. Por la noche el pequeño vomita y como resultas de ello contrae una interesante fobia que le dura varias semanas: le desagrada el pescado y también los huevos y los plátanos.

A modo de contraste, vean lo que hace el siguiente niño cuando viene a verme:

Decimotercer caso.

Lawrence, de dos años y nueve meses, es el primero y único hijo de sus padres. Su aspecto es saludable. Tomó el pecho durante seis meses, luego fue destetado en un día, aunque tomó el biberón desde entonces. Fácilmente realizó la transición a los alimentos sólidos y a comer sin ayuda. No padece ninguna inhibición nutritiva, por lo que está gordete y come de todo.

Siempre ha sido un niño simpático y con buen apetito. Sentado en las rodillas de su madre, Lawrence se impone a nosotros y casi domina la relación triangular que se da en la consulta. Se pasa el rato hablando en voz muy alta, con cierta vacilación en la dicción que forma parte de la técnica de dominio. Alarga la mano en busca del bajalengua, lo coge lo hace suyo, luego lo mete en un cubilete cercano en el que hay otros bajalenguas, muchos, aparta el cubilete de sí y dice: “Ta”. De nuevo coloco un bajalengua sobre la mesa y el interés del niño vuelve rápidamente; con gesto ansioso saca todos los que hay en el cubilete y declara:

«Estoy jugando a los trenes». (La madre me dice que esto es más o menos lo que pasa durante las horas de la noche en que permanece despierto.) Ahora hace una procesión de bajalenguas a pares, construye lo que según él es un puente, los vuelve a colocar de muy distintas maneras. Los trenes se mueven, se cruzan, se unen, se separan, pasan túneles, cruzan puentes y de vez en cuando chocan. La fantasía está relacionada con la escena originaria. Estarán ustedes de acuerdo en que los detalles tendrían importancia si se tratase de comprender la angustia que turba el sueño del pequeño, le induce a tartamudear, y da color a sus juegos. El niño se divierte mucho y en casa siempre pueden dejarlo que juegue él solo. Toco uno de los bajalenguas y él dice: “No lo toque, por favor”, con lo que indica la aguda necesidad de controlar personalmente lo que en un instante podría convertirse en un desastre susceptible de acabar con el mundo. Le es imprescindible dominar para retener el control.

Aquí no hay inhibición del apetito, pero hay angustias especiales que es necesario afrontar, angustias acerca de la relación entre sus padres interpretada en los términos de la fantasía del niño.

Los juegos de Lawrence con los bajalenguas ponen de manifiesto la índole de sus fantasías. Son las mismas angustias que son afrontadas en su fuente por las inhibiciones de la gula que hemos visto en tantos otros de los ejemplos que he dado. La inhibición equivale a pobreza de la experiencia instintiva, pobreza de desarrollo de un mundo interior y la consiguiente falta relativa de angustia normal ante los objetos y las relaciones interiores.

Resumen

En el historial de todos los tipos de casos psiquiátricos es posible encontrar trastornos del apetito, trastornos que pueden ser claramente entrelazados con los demás síntomas.

El contacto clínico directo con niños pequeños proporciona un cúmulo de oportunidades para la observación y la terapia, así como para la aplicación de los principios aprendidos mediante el análisis de niños y de adultos.

La teoría de la enfermedad psiquiátrica debe ser modificada con el objeto de dar cabida a un hecho: que en numerosos casos el historial de una anormalidad se remonta a los primeros meses, incluso a las primeras semanas.

Notas:

(1) A menudo las madres dicen de sus hijos que se muestran inhibidos en lo que respecta al deseo de comida, que, pese a eso, mostrarán gran apetencia por las medicinas. Más de una vez me han dicho esto en relación con niños menores de un año, y otras muchas veces acerca de niños de mayor edad.

(2) Por aquel entonces no era frecuente buscar las causas de la enfermedad psicológica en el pequeño. Por consiguiente, mi opinión resultó un tanto original y resultó también turbadora para aquellos analistas capaces solamente de ver la angustia de castración y el complejo de Edipo. En mis escritos posteriores me he dedicado a desarrollar el tema del pequeño, cuyo desarrollo emocional puede ser sano o deformado en cualquier edad, incluso antes del nacimiento. En la actualidad (1956) existe entre los psicoanalistas una aceptación general de la opinión según la cual existe una psicología del niño recién nacido. Si bien durante todo el tiempo sufrí la influencia de Melanie Klein, en este campo específico seguí sencillamente la pista que me había proporcionado la cuidadosa recopilación de datos en innumerables casos.

(3) Pensaba en ciertos cuadros surrealistas, en algunos de los cuales aparecían crudos detalles anatómicos.

(4) En mi clínica estaba siempre disponible un cubilete de metal lleno de bajalenguas esterilizados y de objetos brillantes dispuestos en ángulo recto.

Biblioteca D. Winnicott

Un caso atendido en el hogar (1955)

Case Confrence, vol. 2, n. 7, noviembre de 1955.

No todos los casos de la psiquiatría infantil interesan directamente al asistente social. Si les presento el caso de Kathleen es porque, a pesar de que el caso lo llevé yo mismo, su tratamiento no fue primordialmente a base de psicoterapia. El peso del caso lo cargó la madre, toda la familia a decir verdad, y su afortunado desenlace fue el resultado de la labor llevada a cabo en casa de la pequeña durante un año. Fue necesario que yo llevase la dirección del caso, por lo que, durante unos meses, cada semana tuve que ver a la madre y a la niña durante veinte minutos.

En la primera entrevista pude sacar una conclusión bastante definida acerca de la psicopatología de la afección, así como formarme una opinión provisional sobre la habilidad de los padres para ayudar a la niña a superar su enfermedad.

La niña me fue enviada con el fin de que yo gestionase su ingreso en una residencia, ya que a los que antes habían intervenido en el caso no se les había ocurrido que, bajo ciertas condiciones, la curación podía producirse espontáneamente con el tiempo. Lo importante fue que, al hacer un minucioso historial del caso durante la primera entrevista, pude trazar un gráfico de la sintomatología, y partiendo del mismo constaté que el punto culminante de la enfermedad ya había sido alcanzado, por lo que se registraba una tendencia hacia la mejora en el momento en que la entrevista se llevó a efecto. En el gráfico aparecía un punto máximo constituido por una aguda angustia neurótica seguida de una creciente aflicción; luego la enfermedad sufría una alteración de carácter que convertía a la niña en una enferma psicótica. La fase neurótica aguda aparecía a raíz de una historia que la niña había oído de labios de su hermano durante un período en que ya habían empezado los trastornos debido a que tenía que actuar de dama de honor en la boda de su tía favorita. En general, el período de agudos trastornos psicóticos correspondía a las fechas de la boda.

Me pareció interesante que la niña hubiese comenzado a mejorar y, examinando el hecho detalladamente, descubrí que la familia se había convertido en una especie de hospital mental, adquiriendo por sí misma una organización paranoide en la que encajaba perfectamente aquella niña paranoide y replegada. Al principio la pequeña solamente se las arreglaba para ir tirando cuando estaba en contacto real con su madre, pero para el momento de la consulta, ya existía alrededor de la madre un círculo limitado dentro del cual la niña se sentía libre de cualquier aflicción aguda. Comprobé que la madre, persona no instruida ni demasiado inteligente, pero sí excelente administradora de su hogar, mostraba interés por saber por qué ella y la familia se encontraban en un estado tan curioso y anormal. De hecho mantuvo el ambiente de hospital mental hasta que la niña alcanzó un nivel que permitió que paulatinamente el hogar recobrase la normalidad. El restablecimiento gradual del hogar se produjo cuando la pequeña perdió su organización defensiva paranoide. Obtuve la cooperación de las autoridades locales incluso cuando les pedí que nadie visitase la casa y durante un año entero me hice cargo de toda la responsabilidad, simplificando así la tarea de la madre.

Así, pues, lo que hizo que la niña volviese a la normalidad o a la casi normalidad fue antes la dirección del caso que una psicoterapia directa. Se hizo algo de labor directa con la niña en las visitas semanales, las cuales, sin embargo, fueron necesariamente breves, ya que a la sazón no tenía ninguna vacante para un caso digno de tratamiento. Lo que se hizo durante aquellos breves contactos no fue la parte principal del tratamiento, ni una parte esencial del mismo; fue sólo agregado útil.

Trataré de describir detalladamente el caso.

Kathleen tenía seis años cuando me la envió el psiquiatra de la clínica de puericultura del condado. En su nota el psiquiatra me decía: «Recientemente se ha vuelto negativa; habla consigo misma y se queda mirando fijamente al vacío y, aunque se niega a separarse de ella, rehúsa cooperar con su madre».

Pude aprovechar el informe que presentara un asistente social psiquiátrico de la localidad cuando recopilaba los siguientes datos, después de haber visto yo a la madre:

La madre: parece estable. Actualmente está desesperadamente angustiada y no tiene idea de cómo llevar al paciente.

El padre: Vive y goza de buena salud.

Los hijos: Pat, de once años, brillante y hablador. La paciente, de seis años. Sylvia, de veinte meses: una niña muy atractiva.

Kathleen había sido amamantada durante tres meses; luego pasó fácilmente al biberón y a los sólidos sin problema. Tampoco tuvo dificultad alguna para comer sola. Empezó a utilizar palabras alrededor de los doce meses y no tardó en hablar. Comenzó a andar a los dieciséis meses; el hábito del aseo se instauró normalmente. La madre pudo comparar el desarrollo infantil de la pequeña con el de los otros dos hijos: no era retardada. No se había registrado ninguna enfermedad física de importancia. Había sufrido una operación del pulgar, en el hospital, sin que la experiencia la hubiese aterrorizado. Recientemente se había quejado de dolores de cabeza y había estado algo pálida. En la infancia había sido un poco más chillona de lo normal; los padres siempre habían tenido que tratarla con un poco más de cuidado que a los otros dos. Comprobaron que la niña necesitaba una adaptación más estrecha. Dicho de otro modo, era del tipo sensible. Se observó que le era necesario ver cómo sus preguntas recibían rápida respuesta, de lo contrario era propensa a las rabietas. Siempre estaba en tensión y necesitaba ser llevada con tacto. Era posible decir, sin embargo, que no sobrepasara los límites normales: inteligente, feliz, capaz de jugar y capaz de establecer buenos contactos.

Cuando fue a la escuela, a los cinco años, no le gustó mucho pero se mostró bastante razonable. Era agradable y amigable y «sabía afrontar la depresión a base de reflexiones». Su trabajo alcanzaba el nivel requerido hasta que empezó a dar muestras de ir mal, unas pocas semanas antes de la consulta.

A la niña le gustaba ayudar a su madre en casa; las tareas más o menos domésticas se le dieron bien desde los cuatro años. Disfrutaba jugando con su hermanita; mostraba gran empeño en conservar sus libros en buen estado y le molestaba que su hermanita se los desordenase o arrancase las páginas. Sentía afecto por sus muñecas. Le gustaba mucho asistir a la escuela dominical. Parecía sentir afecto por su hermanita y le gustaba hacer cosas para ella.

Kathleen pertenece a una familia corriente de clase trabajadora. El padre se dedica a la compra y venta de chatarra, en los negocios le van bien. Empezó con un pequeño terreno, luego adquirió una casa rodante como vivienda de la familia y a la larga pudo permitirse la adquisición de una cabañita y un automóvil, igualmente pequeño. La madre es una señora simpática, no muy inteligente, pero capaz de dirigir su vida con sensatez, sin tratar de hacer más de lo que puede hacer. Procede de una familia de inteligencia limitada; por parte del padre hay un tío epiléptico.

Unas pocas semanas antes de la primera consulta, Kathleen debía hacer de dama de honor en la boda de su tía preferida. La boda se alzaba como una amenaza en los días en que se produjo la aparición de la enfermedad. La niña solía decirle a su tía: «Es mi boda y no la tuya». No lo decía solamente en plan de broma, y a decir verdad, aquello señaló la aparición de la enfermedad. Era capaz de verse a sí misma en el lugar de su tía, pero no de enfrentarse a la boda en posición de observadora. Por aquel entonces también empezó, primero de forma atenuada, a padecer manía persecutoria que la inducía a procurar que todo el mundo estuviese constantemente risueño pues temía algo desagradable en sus rostros. Al cabo de poco tiempo ya no bastaba con que la gente sonriera. Luego, con mayor rapidez, se produjo un cambio marcado, hasta tal punto que su maestra se dio cuenta de que durante las últimas semanas no prestaba atención cuando le hablaban, ni siquiera cuando la llamaban varias veces por su nombre. Se quedaba sentada mirando fijamente al vacío, totalmente preocupada. Una o dos veces, al llegar a la escuela, se había negado a quitarse el sombrero y el abrigo. Sus dibujos con lápices de colores eran más bien descuidados y a veces en lugar de escribir trazaba garabatos; también escribía mal algunas letras, cosa que no había sucedido anteriormente.

Brote agudo

Al llegar a este punto, su hermana de once años, que se veía igualmente afectada por la próxima boda, hizo algo que repercutió claramente en el conflicto de Kathleen. Le contó una historia fantástica. Kathleen sentía afecto por su tía y se identificaba con ella por medio del lado femenino de su personalidad; pero, al mismo tiempo, tenía que hacer frente a otra vertiente de su personalidad a la que resultaba mucho más difícil llegar: su identificación con el hombre de la boda. Kathleen lo conocía y también sentía afecto por él. Partiendo de su propia identificación con su madre y del amor por su padre, la pequeña hubiese podido afrontar todo aquello de haber ido bien las cosas. Digamos que tenía dos sueños potenciales: uno de ella misma en el papel de dama de honor, identificada con la novia; y otro en el que la vertiente masculina de su naturaleza rivalizaba con el novio. En esta rivalidad había un elemento de muerte, por lo que fue algo muy serio para ella que su hermana (que se hallaba igualmente atrapada en semejante conflicto) le contase una historia fantástica que había oído por la radio y en la que se hablaba del asesinato de un hombre mientras ríos de sangre corrían por el suelo de la habitación.

Sus defensas contra la angustia y el conflicto suscitados por la boda habían estado funcionando bien; su identificación masculina se había visto reprimida. Ahora, sin embargo, se cernía la amenaza de que irrumpiesen los intolerables sueños en los que rivalizaba con el hombre, por lo que se veía obligada a organizar nuevas defensas de índole más primitiva. Empezó a dar muestras de replegamiento y paranoia. La reorganización requirió tiempo y el efecto inmediato de la historia contada por su hermana se tradujo en una angustia manifiesta y muy severa. Hubo, pues, un período preliminar de enfermedad neurótica aguda; la niña se mostraba muy asustada a la hora de acostarse; preguntaba repetidas veces si había sangre en el suelo; constantemente decía: «Mami, mami, ¿vendrá él a asesinarme? ¿No me pasará nada? ¿Vas a vigilar la puerta?». Finalmente lograban tranquilizarla y hacer que se durmiese.

Después de este período de aguda angustia la pequeña se recuperó y durante un tiempo estuvo bastante normal, pero más o menos una semana más tarde, al regresar un día de la escuela, empezó a decir cosas extrañas acerca de un hombre que habla querido meterla en el agua. Dijo que todos los niños que se metían en el agua con aquel hombre salían con vestidos nuevos. Se había convertido en un caso psicótico.

A partir de entonces, nunca fue ella misma, y cuando la boda era ya inminente se agravó considerablemente, tanto que a uno le hace pensar más en una enfermedad propia del hospital mental que en una psiconeurosis. Se quedaba sentada mirando distraídamente al vacío, negándose a contestar. Una mañana miró a su amiga y hermana y pareció horrorizarse; se puso a gritarle a la madre: «Que se los lleven». Dijo que tenían unas caras horribles y feas y que no podía soportar aquella visión. Se encontraba claramente alucinada. Una vez, en la calle, exclamó: «Que se lleven a toda esta gente. No dejéis que se acerquen». Se convirtió en una niña

totalmente envuelta en preocupaciones. Si le pedían que hiciese alguna cosa sencilla, no parecía comprender y montaba en una especie de rabia, diciendo: «¿Dónde? ¿Qué quieres decir? Me hacéis vagar de un lado a otro y otra vez me hacéis perder el tiempo». Con frecuencia rompía a llorar y empleaba un lenguaje muy soez, mientras mostraba aspecto de estar muy aterrorizada. A menudo se doblaba sobre sí misma como si se viera atacada por un dolor muy fuerte y le decía a su madre: «Me estás hablando al estómago, me estás haciendo daño». A menudo decía que odiaba a su madre y que quería marcharse. A veces hablaba de un hombre: «Él y yo lo haremos. Me voy a vivir con él en un bungalow y vosotros no vais a venir. Él me tomará». A veces, al escuchar la radio, identificaba alguna voz y decía que era la del hombre en cuestión. Parecía estar viéndole, y se quedaba mirando fijamente al espacio, como alucinada, llorando y exclamando: «Ha sido él». Si le daban dulces o caramelos los conservaba en la mano como si no estuviera segura de lo que debía hacer con ellos.

Dejaron de interesarle los juegos, fuesen de la clase que fuesen, y había regalado sus muñecas. No le importaba que su hermana pequeña garabatease sus libros. No quería salir a jugar con su patinete. Seguía a su madre a todas partes, sin querer perderla de vista. Cada noche lloraba al acostarse y deseaba que el padre o la madre se quedase a su lado. No podía soportar que se mencionase el nombre de su escuela, y al oírlo tapaba la cara con las manos. Cuando tenía que salir con su padre hacía ocho intentos sin acabar de decidirse y finalmente, afligida, corría hacia su madre. Después se negaba rotundamente a separarse de su madre. Mientras estaba muy cerca de su madre, no estaba demasiado mal, pero era incapaz de conciliar el sueño si su madre no se quedaba una o dos horas sentada junto a ella. Incluso entonces se levantaba a las dos de la madrugada y se metía en la habitación de la madre, donde permanecía inquieta y sin sueño. Se habían terminado las pesadillas. (Antes de la enfermedad siempre había dormido de un tirón.)

Durante cierto tiempo no fue capaz de soportar el ver a su hermana mayor. Sin embargo, se valía de la hermana menor para representar un aspecto normal de sí misma, algún sitio donde seguir adelante mientras padecía la grave enfermedad, del mismo modo que otros pacientes similares se valen de un gato, perro o pato. Mientras que anteriormente había amado a sus muñecas, que guardaba cariñosamente en su propio lecho, ahora las había alejado de sí y dejaba que la pequeña jugase con ellas. En su cariño por la pequeña se había mezclado una cierta angustia, ya que la paciente no cesaba de acariciar el rostro de su hermanita preguntando si estaba bien. Esto ponía de mal humor a la pequeña.

También había dejado por completo de dibujar con lápices de colores. No había rastro de incontinencia, si bien la madre siempre había tenido que estar alerta para llevarla corriendo al lavabo al menor síntoma. La escuela dominical, que antes le gustaba mucho, se había convertido en algo imposible, ya que no quería abandonar a su madre. Una vez fue con su madre a la iglesia, pero se hartó antes de que finalizase el culto. No podía soportar a la gente.

El curso de la enfermedad aguda

El examen cuidadoso de los detalles demostró que el trastorno empezó como una exageración de la susceptibilidad corriente que va asociada con la excitación que producen los preparativos de una boda. El súbito auge de la angustia manifiesta se produjo a continuación de la historia radiofónica. Se recuperó algo de esto pero, transcurrida otra semana, se desarrolló la fase psicótica de la enfermedad, fase que duró hasta después de la boda. Poco a poco, después de una o dos semanas, la severidad de la enfermedad tendió a atenuarse y esta mejoría, si bien leve y gradual, se mantuvo firmemente hasta que la niña se restableció al cabo de un año completo.

Yo entré en escena en el momento de producirse la leve mejoría, después de la peor fase de la enfermedad, y me vi obligado a preguntarme por la causa de aquella mejoría. ¿Sería porque la boda ya se había celebrado o porque estaba sucediendo alguna otra cosa beneficiosa? Yo ya me había formado la opinión de que era poco probable que hiciese ingresar a la pequeña en una residencia, ya que no era cosa fácil que lograrse hallar para ella plaza en un sitio donde pudiera quedarse hasta el total restablecimiento. También me había preguntado

cómo sería el hogar de la pequeña; pude comprobar que su hogar se había convertido en un hospital mental para la niña. Los padres habían dispuesto que nadie llamase a la puerta, toda vez que a la niña le asustaban mucho las llamadas. Le dijeron al lechero que dejase la leche en la entrada del jardín en vez de hacerlo en los peldaños de la puerta principal. El cartero y el carbonero recibieron instrucciones parecidas. Ni siquiera a los parientes les estaban autorizadas las visitas; y así sucesivamente. Toda la familia estaba involucrada en el caso. ¿En qué residencia se habría obtenido todo esto?

Tuve que preguntarme a mí mismo si yo podía ofrecer algo mejor que lo que se le estaba ofreciendo en casa. Decidí que no. Le expliqué a la madre la importancia de lo que ella estaba haciendo y le pregunté si sería capaz de continuarlo. Me dijo: «Ahora que usted me ha explicado lo que estoy haciendo, puedo seguir adelante. ¿Cuánto tiempo durará?». Tuve que responderle que no lo sabía pero que podía estar segura de que transcurrirían unos meses.

De manera que contribuí a la tarea de la madre escribiendo a las autoridades locales, a quienes rogué que nadie, ya fuese de la clínica o de la escuela, visitase la casa. Recibí una cooperación completa. A medida que la niña fue recuperándose, la primera persona grata fue el asistente social de la escuela, cuyo reciente fallecimiento, por cierto, ha dejado un gran vacío en la familia, tanto era el apego que habían cobrado por aquel hombre. Dentro de este sistema paranoide artificial la niña pudo dejar ir gradualmente su propio replegamiento paranoide. En vez de poder soportar la vida solamente cuando estaba junto a su madre, empezó a ser capaz de comportarse de modo bastante normal dentro de un círculo de pocos metros con respecto a la madre. Resultó notable la forma en que los demás niños así como los adultos, se adaptaron a las necesidades de la pequeña. El círculo dentro del cual la niña se sentía segura fue agrandándose ininterrumpidamente hasta llegar a tener el mismo o más volumen que toda la casa.

Cómo se mantuvo el contacto

Si bien ello se contradecía con el concepto de la casa en cuanto a sistema cerrado, durante todo aquel tiempo la madre traía la niña a consulta una vez a la semana para que yo sostuviera un breve contacto con ella. Cada semana le explicaba a la madre lo que iba acaeciendo y le daba a la niña la oportunidad de ser negativa. La pequeña rehusaba entrar en mi sala de juegos. Se comportaba de manera desordenada y desafiante y la mayor parte del tiempo lo pasaba junto a su madre, pataleando, escupiendo, maldiciendo y empleando palabrotas. Era ni más ni menos que una especie de animal salvaje. A veces decía: «Cierra el pico, te voy a romper la cabeza»; o bien: «No. No. No». Es difícil describir la violencia con que me repudiaba. Después de varias visitas la pequeña se permitió a sí misma un rápido recorrido por la sala de juegos antes de marcharse. De esta forma supo que había juguetes y, al cabo de muchas semanas, incluso se permitió tocar uno de ellos. Una vez, si bien rehusó el carrito de papel que yo le ofrecía, al llegar a la calle alzó la vista hacia mi ventana y, al lanzarle yo un carrito, lo recogió y se lo llevó a casa. Las visitas a mi consultorio las aceptaba la niña como una excursión fuera de casa, la única que le era posible tolerar. Paulatinamente, en el transcurso de numerosas entrevistas breves, fue acercándose a los principios de una aceptación de mi persona.

Hubo un largo intervalo durante el cual, debido a las vacaciones, no vi ninguna vez a la pequeña. Transcurrido el mismo, comprobé que la niña había mejorado tanto que no proseguí las entrevistas; aconsejé a los padres y a la escuela, así como a los asistentes sociales, que dejaran que el restablecimiento siguiera su curso lenta y naturalmente.

Una vez se registró un episodio importante. La niña tenía que pasar unos días en casa de su tía, la casada. Ésta no pudo tenerla en su casa y durante unas pocas semanas se produjo un regreso a la enfermedad en forma de síntomas. Todos los síntomas eran reconocibles, pero al cabo de breves semanas volvió a producirse una mejoría espontánea.

Antes de que pasaran quince meses desde la irrupción de la enfermedad, la niña volvía a asistir a la escuela.

Los maestros dijeron que era evidente que se había retrasado un poco, pero pudieron aceptarla y tratarla casi igual que antes.

Dos años más tarde

Casi dos años después, cuando tenía ocho años, la pequeña le dijo a su madre: «Quiero ver al doctor Winnicott y llevar conmigo a mi hermanita». Se concertó la visita y, al entrar en mi despacho, resultó evidente que la pequeña sabía qué encontraría allí y se puso a enseñarle los juguetes a su hermana. Anteriormente me hubiese sido imposible decir con toda seguridad que la niña se había fijado en los juguetes. La hermanita se puso a jugar a un juego totalmente distinto, normal, y yo dividí mi atención entre las dos pequeñas. El juego de Kathleen consistía en la construcción de una larguísima calle empleando las numerosas casitas de juguete que por aquel entonces tenía en mi consultorio. Resultaba claro que estaba pidiendo una interpretación y yo pude explicarle que lo que estaba haciendo era vincular el pasado con el presente, mi casa con la suya, integrando las experiencias pretéritas con las actuales. Para eso había venido y también para hacerme saber que se había valido de la hermana pequeña para el aspecto normal de ella misma. Poco a poco, durante su restablecimiento, su ser normal lo había sacado de la hermanita, con la cual había reemprendido unas relaciones normales. Supe que inmediatamente después del percance que representó el hecho de que su tía no pudiera tenerla en casa, a la madre le había parecido que tenía que hacer algo para alejar a la pequeña de ella, pues entre ellas se había desarrollado una relación que tenía su base en el control de la enfermedad más que en el hecho de que ella fuese la madre. Resultaba imposible romper del todo aquella relación. Así, pues, la madre decidió correr el riesgo de mandar a la niña a casa de otros parientes. Al volver de sus vacaciones, Kathleen parecía estar normal, dormía bien, jugaba y compartía, al mismo tiempo que era menos propensa a las rabiets de lo que lo había sido antes de la enfermedad.

Seguimiento ulterior del caso

Hace poco pedí que me visitasen en plan de amistad. La madre accedió gustosamente y se presentó con los tres pequeños. La mayor de las hermanas, que ya tiene diecinueve años, es inteligente, instruida, tiene un buen empleo y viste con mucho gusto.

Sylvia, que ahora cuenta nueve años, se está desarrollando bien.

Kathleen, a los trece años y medio, da una impresión razonablemente normal, pero es más bien concentrada y no posee la vivaz inteligencia de su hermana mayor. Se alegró mucho de verme y se puso a hablar de la vida dando muestras de madurez. En la escuela las cosas le han ido bien, pero no se le dan bien las sumas. Por lo demás, su media es la normal más o menos. Me entero de que es apreciada aunque no tenga muchos amigos. Ya se ha inscrito para que la enseñen a hacer bordados y los maestros dicen que todo les hace pensar que lo hará y que lo hará bien.

Y así es cómo puede decirse que se ha restablecido. Yo presté ayuda a mi manera. Fueron los padres quienes hicieron lo principal y para ello no les hizo falta saber muchas cosas. Bastó con que sintieran que valía la pena realizar una adaptación especial de manera transitoria y de acuerdo con las necesidades de la pequeña.

Consideraciones teóricas

Permítanme que compare la enfermedad neurótico con el desarrollo psicótico. Ciertos conflictos existentes entre su identificación por la vertiente masculina (homosexual) no eran accesibles a su conciencia psicológica,

por lo que no pudo dar con una relación satisfactoria entre su ser masculino y el hombre que iba a ser su tío. De ahí el trauma en potencia de la boda. La historia fantástica había hecho que este conflicto saliese al exterior, haciéndole padecer una grave angustia. En esa fase la psicoterapia personal hubiese podido servir. A medida que la boda iba acercando, la niña desarrolló una defensa más fuerte: psicosis, replegamiento y preocupación por el cuidado de ella misma dentro de ella misma. Esto en una posición vulnerable, ya que no le quedaba tiempo para contender con el mundo externo. Dicho de otro modo, se hizo paranoide. Mi intervención fue solicitada cuando ya se hallaba instaurada esta organización más psicótica de defensa. De haber estado en situación de darle a la pequeña un tratamiento más profundo, en vez de dejar que viniese a escupir en mi consultorio, se hubiese creado paulatinamente el mismo ambiente de hospital mental que de hecho se había creado en el hogar. Pero no me fue necesario aplicarle tal tratamiento. Los padres aportaron un marco dentro del cual la niña podía permanecer. La paciente podía identificarse con su propio hogar (modificado) porque éste adquiriría la forma de sus propias defensas.

Resumen

Acabamos de ver un caso de psiquiatría infantil en el cual una familia de clase obrera fue capaz de ayudar a su hija a recuperar una enfermedad psicótica de quince meses de duración. Se vieron ayudados por un mínimo de atención personal al paciente, así como por la dirección del caso. El tiempo real que dediqué a aquel caso no fue de más de unas horas distribuidas a lo largo de varios meses.

Quizás este caso sirva de ayuda al asistente social en su intento de comprender qué sucede cuando los niños hacen un uso positivo de unos padres adoptivos o de una escuela-residencia (véase Clare Britton, 1955).

Biblioteca D. Winnicott

La ausencia de un sentimiento de culpa 1966

Disertación dirigida a la Asociación para la Salud Mental de Devon y Exeter,
fecha el 10 de diciembre de 1966

Creo innecesario describir la idea convencional del bien y el mal. En un ambiente dado (madre, familia, hogar, grupo cultural, escuela, etc.) esto es bueno y aquello no es bueno. Los niños encajan sus propias ideas dentro de este código para someterse a él, o bien se rebelan y sostienen opiniones opuestas en algún aspecto. Poco a poco esta situación se altera, ya sea porque se vuelve tan compleja que el código pierde sentido o porque el niño madura, afirmando su sentido del self y su derecho a tener opiniones personales acerca de todo. El niño maduro todavía experimenta el placer o la necesidad de poder cotejar sus ideas con el código aceptado, aunque sólo sea para saber cómo están las cosas entre él y la comunidad. Este es un rasgo permanente que caracteriza incluso al adulto maduro.

En este tipo de exposición surge muy pronto el interrogante de hasta qué punto el código moral se enseña y hasta qué punto es innato. Dicho en términos prácticos: ¿hay que esperar a que nuestro hijo use el orinal o combatir su incontinencia desde el principio? Para responder a preguntas como ésta, el investigador debe ahondar en la vida del niño en desarrollo y estudiar la sutilísima acción recíproca entre la tendencia evolutiva o proceso de maduración personal o heredado, por un lado, y el ambiente facilitador, representado por seres humanos que algunas veces se adaptan a las necesidades del niño y otras fracasan humanamente en su intento de adaptación, por el otro.

Si emprendemos tal estudio, pronto nos topamos con dos doctrinas cuyas posiciones extremas son muy disímiles y, de hecho, inconciliables:

a) No podemos arriesgarnos. ¿Cómo sabemos que en el niño en desarrollo hay factores innatos que tienden a favorecer el advenimiento de un sentido de lo que está bien y de lo que está mal? El riesgo es demasiado grande. Debemos implantar un código moral en esa alma virgen, antes de que el niño llegue a una edad en la que pueda oponernos resistencia. Luego, si la suerte nos ayuda, los preceptos morales que hemos adoptado como "revelados" aparecerán en todos aquellos que no estén dotados en exceso de lo que podríamos llamar "pecado original".

En el polo opuesto encontramos el siguiente punto de vista:

b) Los únicos preceptos morales válidos son los que nacen del individuo. Después de todo, el código moral "revelado" que sustentan los partidarios de la otra posición extrema fue elaborado, a lo largo de los siglos o milenios, por miles de generaciones de individuos ayudados por algunos profetas. Más vale seguir esperando hasta que cada niño, por medio de procesos naturales, adquiera un sentido personal del bien y del mal. Lo importante no es la conducta, sino los sentimientos que puede tener un niño con respecto a lo que está bien y a lo que está mal, aparte de los que le dicte la sumisión.

No hace falta que intentemos reconciliar a los partidarios de estas dos opiniones extremas. Será mejor que tratemos de mantenerlos separados para que no se encuentren y riñan, pues nunca podrán ponerse de acuerdo.

Me gusta creer en la existencia de un modo de vida basado en la premisa de que, en última instancia, las normas morales ligadas a la sumisión tienen poco valor; lo que vale es el sentido personal de lo que está bien y de lo que está mal que posee el niño. Abrigamos la esperanza de verlo evolucionar en él, junto con todo lo demás que evoluciona, impelido por los procesos heredados que conducen a todo tipo de crecimiento. A partir de esta premisa, reconocemos las dificultades y nos abocamos a su estudio para aprender a enfrentarlas en la teoría y en la práctica.

En términos prácticos y simples, supongamos que una madre tiene dos hijos que aprenden a controlar sus esfínteres en forma natural, para gran conveniencia de ella, pero el tercero sigue orinándose, ensuciándose y causándole dolores de espalda. Cuando esta madre piensa en su tercer hijo, quizá se detenga a reflexionar acerca de la moralidad innata y se pregunte cómo hará para exigirle sumisión a ese niño sin destruir su alma.

Si aplicamos este tercer enfoque, debemos tener muy en cuenta los siguientes hechos:

1) Al principio el bebé se halla en un estado de dependencia absoluta, pero pronto pasa a una dependencia casi absoluta y, luego, a una relativa, siguiendo una tendencia a la independencia. Este proceso se apoya considerablemente en la capacidad de los padres, madres, etc., cuya eficiencia nunca puede exceder los límites humanos (la perfección no tiene sentido), que adoptan por fuerza actitudes diferentes hacia los distintos niños y que experimentan un cambio constante a causa de su propio crecimiento, sus propias experiencias emocionales y su propia vida privada, que estarán viviendo o habrán dejado a un lado temporariamente por amor al bebé que están criando.

2) Cada hijo difiere del precedente y del siguiente, en el sentido de que lo heredado es personal; ni siquiera los hermanos gemelos tienen tendencias heredadas idénticas, aunque pueden ser similares. Por lo tanto, las experiencias recogidas en el reducido campo de la relación entre la madre y el bebé no son generales, sino específicas, y esto aun haciendo abstracción de las anormalidades.

3) Hay anormalidades de diversos grados: en un caso las circunstancias favorecen las experiencias tempranas; en otro, ocurren intrusiones que provocan reacciones burdas. Nuestra hipotética madre de tres hijos tal vez no tuvo tropiezos técnicos graves durante la crianza de los dos primeros, pero con el tercero tuvo un tropiezo -en el sentido literal del término-, estuvo a punto de quebrarse la muñeca y debió atender su lesión antes de responder a una sutil comunicación del bebé, indicadora de una necesidad que ella habría atendido de manera natural si en ese momento no hubiese estado preocupada por sus propios problemas... que, por supuesto, el bebé no podía percibir ni comprender. Es posible que la madre y su tercer hijo se acostumbren a una pauta de procedimiento que podría expresarse así: "De acuerdo. Puedo confiar en ti como lo hacía antes, siempre y cuando aceptes mi derecho a posponer ni; sumisión con respecto a la higiene". Las madres -y los progenitores en general- se pasan el tiempo practicando una psicoterapia eficaz, en relación con las

fallas inevitables de las técnicas que aplican y sus efectos en el curso de la vida de cada bebé. Nosotros, los observadores, somos propensos a advertirles que están "malcriando" al hijo. Con esto los reprendemos del mismo modo en que la gente censura al psicoterapeuta que da cierta libertad a un niño durante la sesión de terapia, o aun a quienes intentan comprender la conducta antisocial en vez de extirparla por la fuerza, como sería su deber... según ellos creen.

Si examinamos algunos ejemplos bastante normales de niños que crecen en un medio en el que las relaciones humanas son bastante confiables, podremos estudiar el modo en que se desarrolla en cada niño el sentimiento de lo que está bien y de lo que está mal, y sacar provecho de lo aprendido. Aunque el tema es enormemente complejo, ya no estamos perdidos en alta mar o, al menos, ya conocemos los faros que pueden orientarnos.

Si Freud señaló el valor del concepto del superyó como un área de la psique muy influida por las figuras parentales introyectadas, Melanie Klein desarrolló el concepto de las formaciones superyoicas tempranas, que aparecen hasta en la psique del bebé y son relativamente independientes de las introyecciones parentales. Naturalmente, no puede haber una independencia de las actitudes parentales, como podemos comprobarlo cada vez que vemos a un bebé que extiende la mano para asir algún objeto y contiene su impulso para evaluar, ante todo, la actitud de la madre. Dicha actitud puede ser loca, o sana. Supongamos que la madre manifiesta alarma porque su bebé tiende la mano hacia una cacerola verde; su actitud es sana si la cacerola contiene agua hirviendo, pero es loca si la madre cree que todo recipiente verde puede contener arsénico. Inevitablemente, todas estas situaciones dejarán perplejo al bebé por un tiempo, hasta que empiece a convertirse en un "científico". ¡Dichoso el niño cuya madre es al menos consistente!

En un trabajo anterior (1) procuré resumir el concepto de Posición Depresiva formulado por Melanie Klein (el cual, aunque mal designado, es importante en el presente contexto) y me es imposible volver a tratarlo en esta disertación. No obstante, pienso que así como un bebé o un niño de corta edad se transforma a veces en un ente completo, una unidad, un todo integrado, alguien que si pudiera expresarse diría "Yo soy", del mismo modo puede presentarse una situación en la que existe un sentido de responsabilidad personal. En tal caso, cuando dentro de sus relaciones el niño tiene ideas e impulsos destructivos (p. ej., yo te amo, yo te como), asistimos al nacimiento evidente y natural de un sentimiento personal de culpa. Como dijo alguna vez Freud, el sentimiento de culpa habilita al individuo para ser verdaderamente malvado. En la pauta que nos ocupa, el niño tiene un impulso, tal vez muerde algo (o come un bizcocho), le viene a la mente la idea de comer el objeto (digamos el pecho materno) y entonces se siente culpable ("¡Dios mío, qué malo y detestable soy!"). De todo esto nace el impulso de ser constructivo.

Si en la pauta está ausente el sentimiento de culpa del niño, éste no llega a admitir ese impulso, sino que tiene miedo y se inhibe con respecto a la totalidad del sentimiento que va formándose alrededor de dicho impulso.

He arribado, pues, al tema de la ausencia de un sentimiento de culpa. En mi razonamiento me he remontado desde lo que Melanie Klein denominó Posición Depresiva, que es un logro del desarrollo sano, hasta el bebé cuyo grado de experiencia no ha hecho posible que se creara tal situación, por cuanto:

1) La falta de confiabilidad de la figura materna hace que cualquier esfuerzo constructivo resulte vano; en consecuencia, el sentimiento de culpa se vuelve intolerable y el niño se ve impelido a retornar a la inhibición o a perder el impulso que, de hecho, forma parte del amor primitivo.

2) Peor aún: las experiencias tempranas no han posibilitado la realización del proceso innato que conduce hacia la integración; por consiguiente, no existe en el niño ninguna unidad, ni se siente totalmente responsable por nada. Tiene impulsos e ideas que afectan su conducta, pero nunca se

puede decir: "Este bebé tuvo el impulso de comer el pecho materno". (Propongo este ejemplo para no salirme del campo limitado al que artificialmente me he reducido, con fines ilustrativos.)

Me es difícil saber cómo puedo ahondar más en mi tema aquí y ahora, en el poco tiempo de que dispongo. Querría llamarles la atención con respecto al caso especial del niño afectado por la tendencia antisocial que tal vez está en vías de convertirse en un delincuente. En este caso, más que en ningún otro, la gente nos dice: "Este muchacho (o esta chica) no tiene el menor sentido moral, carece de todo sentimiento clínico de culpa". Empero, nosotros refutamos esta idea, porque descubrimos su falsedad cuando tenemos una oportunidad de investigar psiquiátricamente al niño, sobre todo en la etapa previa al afianzamiento de los beneficios secundarios. La aparición de estos beneficios va precedida de una etapa en la que el niño necesita ayuda y se desespera porque dentro de él hay algo que lo compele a robar y destruir.

Este proceso se atiene de hecho a la siguiente pauta:

- a) todo marchaba suficientemente bien para el niño;
- b) algo alteró tal estado de cosas;
- c) el niño se vio abrumado por una carga que excedía su capacidad de tolerancia y sus defensas yoicas se derrumbaron;
- d) el niño se reorganizó, apoyándose en una nueva pauta de defensa yoica de menor calidad;
- e) el niño empieza a recobrar las esperanzas y organiza actos antisociales, esperando compeler así a la sociedad a retornar con él a la posición en que se hallaban ambos cuando se deterioró la situación, y a reconocer el hecho;
- f) si esto sucede (ya sea luego de un período de cuidados especiales en el hogar o, en forma directa, durante una entrevista psiquiátrica), el niño puede dar un salto regresivo hasta el período previo al momento de la privación y redescubrir tanto al objeto bueno como el buen ambiente humano que lo controlaba a él, cuya existencia, en principio, lo habilitó para experimentar impulsos (incluidos los destructivos).

Se advertirá que esta última fase es difícil de cumplir, pero ante todo se debe comprender y aceptar el principio general. En realidad, cualquier madre o padre con varios hijos sabe cuán reiteradamente ocurre, y da resultado, esta enmienda mediante el empleo de técnicas adaptativas específicas y temporarias.

Por difícil que nos resulte aplicar estas ideas, es preciso que desechemos de plano la teoría de la posible amoralidad innata del niño. Esta carece totalmente de significado desde el punto de vista del estudio del individuo que se desarrolla conforme a los procesos de maduración heredados, entrelazados en todo momento con el funcionamiento del ambiente facilitador.

Por último, permítanme presentarles algunas de las cosas que nos enseñan nuestros pacientes esquizoides, o que ellos necesitan que sepamos. En varios sentidos, estos pacientes son más moralistas que nosotros pero, por supuesto, se sienten terriblemente incómodos. Quizá prefieran seguir sintiéndose incómodos, en vez de "curarse". Cordura es sinónimo de transigencia y, para ellos, en esto radica el mal. Las relaciones sexuales extraconyugales carecen de importancia, comparadas con la traición al self. Es cierto (y creo poder demostrarlo) que las personas cuerdas se relacionan con el mundo por medio de lo que yo llamo el engaño; o, mejor dicho, si existe en el

individuo una cordura éticamente respetable, apareció en su más temprana infancia, cuando el acto de engañar no tenía importancia alguna. El bebé crea el objeto con el que se relaciona, pero ese objeto ya estaba allí; por ende, en otro sentido, el bebé encuentra primero el objeto y luego lo crea. Sin embargo, esto no es suficientemente bueno. Cada niño debe ser capacitado para crear el mundo o, de lo contrario, éste carecerá de significado; la técnica adaptativa de la madre permite que el niño sienta esta creación como un hecho. Cada bebé debe tener una experiencia de omnipotencia suficiente, pues sólo así podrá adquirir la capacidad de ceder esa omnipotencia a la realidad externa o a un principio divino.

De esto se infiere que el único acto real de comer se basa en no comer. La creación de los objetos y del mundo adquiere significado a partir de la no creatividad y el aislamiento. La compañía sólo se disfruta como un progreso con respecto al aislamiento esencial, ese mismo aislamiento que reaparece cuando el individuo muere.

Algunas personas deben pasar la vida entera no siendo, en un esfuerzo desesperado por hallar un fundamento para ser. Para los individuos esquizoides -ante quienes me siento humilde, aunque dedico mucho tiempo y energías a tratar de curarlos por lo incómodos que se sienten- todo lo falso (p. ej., estar vivo por sumisión) es malo. Podría ilustrar esta idea, pero quizá sea mejor limitarme a su enunciación. Si alguien puede espigar algo de esta recopilación desprolija, ojalá lo que recoja tenga valor... Como ven, acabo recayendo en el concepto del sentimiento de culpa, tan fundamental para la naturaleza humana que algunos bebés mueren a causa de él o, si no pueden morir, organizan un self sumiso o falso que traiciona el verdadero self en tanto parece triunfar en áreas que los observadores consideran valiosas.

Las mores de la sociedad local son simples distracciones, comparadas con estas fuerzas poderosas, que aparecen en la vida y en las artes, así como en términos de integridad. Ustedes deben saber que sus hijos adolescentes -algunos de ellos pacientes psiquiátricos- se preocupan más por no traicionarse a sí mismos que por el hecho de si fuman o no, o si malgastan o no malgastan su tiempo durmiendo. Salta a la vista que ellos excluyen de manera tajante las soluciones falsas (lo mismo hacen los niños de corta edad, aunque su actitud es menos discernible).

Este es un hecho desagradable pero cierto; es una verdad sumamente perturbadora. Si quieren gozar de una vida tranquila, les recomiendo no tener hijos (ya deben hacerse cargo de ustedes mismos, y eso puede darles suficiente trabajo) o zambullirse de cabeza en la parentalidad no bien los tengan, cuando (si los ayuda la suerte) lo que ustedes hagan pueda impeler quizás a esos individuos más allá de la breve fase de engaño, antes de que lleguen a una edad suficiente para afrontar el principio de realidad y el hecho de que la omnipotencia es subjetiva. No sólo es subjetiva, sino que además, como fenómeno subjetivo, es una experiencia efectiva... bueno, lo es al principio, cuando todo marcha suficientemente bien.

(1) D. W. Winnicott, "The Depressive Position in Normal Emotional Development" (1954-1955), en Through Paediatrics to Psycho-Analysis, Londres, Hogarth Press, 1975.

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

Ausencia y presencia de un sentimiento de culpa, ilustrada con dos pacientes, 1966

Sin fecha; escrito probablemente en 1966

*Este trabajo fue hallado entre los papeles de Winnicott junto con su conferencia *The Absence of a Sense of Guilt* (1966), incluida en su libro *Deprivation and Delinquency*, Londres y Nueva York, Tavistock, 1985. [Trad. esp.: *Deprivación y delincuencia*, Buenos Aires, Paidós, 1991.].*

P S I K O L I B R O

En el curso del tratamiento analítico de una mujer que ha necesitado ahondar muy profundo en las primerísimas fases de su vida, hemos arribado a una etapa en la cual mis errores se vuelven cada vez más significativos --errores que de hecho cometo, y a mi

modo de ver todos los analistas tienen que cometer errores, o fallar de una u otra manera--. Sin duda, la pauta de la falla del analista, si es que está libre de una pauta fija propia, corresponderá a la pauta según la cual el propio ambiente del paciente le falló a éste en una etapa significativa. El problema radica en que merced al mismo trabajo sensible que a veces podemos hacer durante un período limitado, tal vez podamos dar al paciente algo mejor que lo que obtuvo en un comienzo, aunque por supuesto sólo como sucedáneo. No tenemos al paciente a nuestro cuidado durante las veinticuatro horas, como los padres a su hijo o la madre a su bebé. En cierto sentido, uno aprende a temerle a las etapas finales de ese período en que ha hecho un trabajo muy sensible adaptándose a las necesidades del paciente. El final sobreviene cuando los restantes intereses de uno atraen su atención apartándola de ese paciente, que deja de estar entonces en la situación de "hijo único", deja de ser el motivo de nuestra preocupación. En ese momento el paciente sufre una conmoción y se desmorona, y la falta es nuestra. Lo único que podemos hacer es reconocer el hecho cuando éste nos desafía. Las dificultades provienen justamente de ese buen trabajo sensible que acabamos de ejecutar. Hemos despertado esperanzas. El paciente pudo dejar que desplazáramos a un progenitor o una figura parental insatisfactoria. Por supuesto que cuando fallamos la falla es peor porque cuando tenemos éxito lo que hicimos fue mejor.

Estoy en este punto precisamente con una paciente, y el resultado es afligente tanto para ella como para mí. Por más que me repito a mí mismo que a la larga yo tenía que ser el que fallase, no puedo evitar sentirme espantosamente mal, porque fácilmente me doy cuenta de que el error que cometí podría haberse evitado. En este caso particular, me permití dejarme engañar, en un momento en que la paciente parecía casi normal y tenía ganas de hablar de mi obra y de mi vida; y pese a todo lo que sé y creo, caí en la trampa y, a la postre, en ese estado en que anhelaba tener a alguien con quien hablar de mí, hice una o dos referencias a otras inquietudes

que yo tenía. Al principio, desde luego, esto le pareció fascinante a la paciente, quien se alegró de saber que yo estaba vivo y de conocer mi vida personal y mis otros intereses. Pronto, empero, comenzó la reacción, como yo bien sabía desde el momento mismo en que abrí la boca. Pocos días más tarde la paciente estaba totalmente destruida, y la culpa había sido mía. Debí sobrellevar una agonía tremenda, y en varias oportunidades podría haber llegado a suicidarse tan sólo por evitar esa agonía. Quienquiera que no participe en este trabajo podría suponer que allí acabó el problema: la paciente se habría enojado mucho conmigo por ser exactamente como su madre, sólo que peor, ya que en un principio había sido mejor. Pero no fue esto lo que sucedió. Esta paciente ingresó en un estado en que se sintió aborrecible: nadie podría hacerle a ella una cosa como ésa, salvo como reacción frente a algún atributo espantoso de su persona, que llevaba a los demás a actuar de la peor manera posible.

Como se ve, se había fabricado una situación en la que experimentaba muy fuertes sentimientos de culpa, en torno de los cuales fácilmente podría organizarse su vida si es que no se suicidaba a modo de expiación. Podía ser un caso de cilicio de penitente, sin resultado alguno. Como analista suyo, tuve la oportunidad de llegar a conocer con sumo detalle esto que le pasaba, y pude ver que lo que en realidad ella no toleraba es que yo hubiese cometido un error o le hubiese fallado, no porque ella fuese aborrecible, sino por algo mío, algo de lo que ella no puede percatarse pues está fuera de su esfera de influencia. Es eso lo que ella no puede manejar, como lo ilustra toda su vida.

Si se me permite simplificar un poco, diré que lo que yo hice mal fue exactamente equivalente a lo que hizo mal su madre al quedar embarazada e interrumpir así la relación con ella como hija única. La cuestión no fue bien manejada, y además la madre debió atender a ese embarazo bastante temprano, o sea, antes de que mi paciente cumpliera un año. A esa tierna edad, un bebé aún no

posee toda la gama de las defensas, y en realidad ni siquiera ha llegado a acordar que hay un universo más allá de aquello de lo que él es el eje. Justamente entonces la madre se halla en el proceso de presentarle al niño los duros hechos que se llaman Principio de Realidad. Dicho de otra manera, cuando esta niña tenía un año nada en absoluto podía saber sobre la unión de sus padres, en todas sus formas, algo que en cambio sí podría haber transmitido a los dos o tres años, identificándose con uno u otro de sus padres en alguna variante del acto de unión.

Así pues, mi falla fue algo que ella debió tratar de incluir dentro del ámbito de su propia omnipotencia, y sólo pudo hacerlo tomando muy buen conocimiento de sus propias ideas e impulsos horribles, y sintiéndose culpable, con lo cual se explicó lo que yo había hecho como una retribución. Es cierto que esta paciente a menudo había querido destruirme, pero en su máximo grado de realidad esto tenía que ver con los aspectos muy primitivos de su amor, donde amor es relación de objeto. Es algo que puede convertirse en el comer y en ideas de incorporar lo valorado. Mi falla había desviado a la paciente de esta cuestión fundamental, de modo tal que ahora quería matarme, pero no como parte de su amor, sino como reacción por haber yo quebrado sus procesos de crecimiento. Tal vez con este ejemplo se vea que la paciente no sentiría culpa alguna por matarme hoy; pues yo tengo que ser matado, y ella no sería sino un agente del destino. Donde estaba en proceso de desarrollarse un auténtico sentimiento de culpa era justamente en ese punto en el que ella era casi capaz de ver que, al amarme, me comería, y las ideas que giraban en torno de esto implicaban mi destrucción. Estaba aproximándose a eso, que siente real cuando lo alcanza. Al fallarle, yo le hice lo mismo que sus padres; y la madre, por habérselo hecho tan tempranamente, provocó que durante toda la vida ella procurase, sin éxito, sentirse culpable.

Una y otra vez había podido montar teatralmente el espectáculo

del remordimiento en torno de la compulsión destructiva, pero esto jamás fue sentido como real, aunque por cierto la destrucción podía ser bien real. De ahí puede verse qué quiso decir una paciente que vino a verme hace unos quince años y cuyas primeras palabras fueron éstas: "Quiero que me ayude a encontrar mi propia maldad". Esta mujer había vivido en un ambiente muy terrible desde el comienzo, y le llevó muchos años de análisis alcanzar ese punto en que pudo conocer su maldad, que habría hallado en sí misma en un ambiente bueno.

II

Quisiera considerar ahora un tipo de paciente algo diferente, a fin de tratar de ver desde un nuevo ángulo el significado del sentimiento de culpa. Se trata de una mujer a quien probablemente se le diagnosticaría una esquizofrenia potencial. En el curso del tratamiento se vuelve esquizoide en fases recurrentes, aunque durante gran parte del tiempo se parece más a una psiconeurótica. No le gustaría comprobar que yo digo esto, pues ella valora la parte esquizoide de su personalidad y desprecia la psiconeurótica. Como ustedes comprenden, la psiconeurosis está muy próxima a cosas tales como la ambivalencia y el compromiso, y todo eso que llamamos salud. La vida sólo es posible sobre la base del compromiso. El método democrático es un compromiso compartido, y lo mismo la socialización. La parte esquizoide de la enfermedad de esta mujer la hace menospreciar todo compromiso. Hay una suerte de idealización que es esencial para que se sienta bien. Uno de los resultados de ello es que su enfermedad la lleva a salirse con la suya, y es lo bastante inteligente como para realizar esta tarea en grado sorprendente. Si sigue su propio camino, no hay compromiso y entonces es capaz de esperar.

En esta mujer el sentimiento de culpa puede ser absolutamente

avasallador. No tiene nada que ver con la idea de lo que la sociedad considera bueno o malo, y ella abandonó su religión porque, tal cómo le fue presentada, la iglesia parecía suministrarle un sentido de los valores arbitrario. En lo que se siente abrumada por la culpa es en creer que se ha traicionado á. sí misma. Piensa que sería mejor seguir enferma el resto de sus días y no mejorar, si esto trajera implícita la aceptación de un compromiso. Todo ello la vuelve una persona muy incómoda. Entre otras cosas, tuvo grandes dificultades sexuales, a partir de su convicción de que si realmente amase a un hombre, éste se apartaría de ella. Poco a poco se avino a que un hombre se enamorara de ella, incluso uno que a ella le gustaba mucho. Hubo una larga serie de encuentros que culminaron en algo que verdaderamente -según uno podría pensar- puede desembocar en un matrimonio. Entre estas dos personas ha habido alguna experiencia sexual. Como es dable imaginar, en un caso como éste no hay ninguna culpa asociada a mantener o no relaciones sexuales. El punto en que esta mujer sintió una culpa extrema fue cuando sobrevino la posibilidad de que quedase embarazada. A partir de entonces retiró su buena voluntad sexual y gradualmente empezó a organizar la quiebra de la relación.

Sus sueños mostraron que, si quedase embarazada, sólo podía ser con alguien que fuera exactamente la persona adecuada, y que ella aún no ha encontrado. Ha sido una lucha para ella llegar siquiera a concebir la posibilidad de que esa persona adecuada no aparezca jamás. Lo cierto es que la persona adecuada habría sido un hombre del pasado, en circunstancias ordinarias su padre, alguien que ingresaría en su vida a raíz del amor que su madre sentía por el hombre de mi paciente. El hombre adecuado ingresaría en su vida como una complicación dentro de una relación básica con la madre, relación que, en el caso de esta mujer, era defectuosa. Los padres mantenían un vínculo problemático, y en todo caso su padre había querido un varón y jamás mostró interés en ella como niña en absoluto. De todos modos, pues, el hombre adecuado no

apareció, y ella se quedó esperando, no un compañero para casarse, sino lo que perdió, el primer asunto amoroso dentro de la familia. Tal vez no pueda encontrar un hombre que esté dispuesto, en primer lugar, a cumplir el papel que se le ha asignado, el de ser el hombre adecuado, manteniendo el sexo como tabú, y además quiera cambiar gradualmente hasta convertirse, con el correr del tiempo, en un marido.

Doy esto como ejemplo del tipo de sentimiento de culpa feroz y absoluto que se vincula con la catastrófica autotraición. Las enseñanzas moralistas resultan bastante endebles en comparación con esto. El moralista común y corriente, puesto ante esta mujer, diría que le falta un sentimiento de culpa. Puede demostrarse que es ladrona, mentirosa y tramposa, y que no tiene ni el más mínimo sentimiento de culpa en lo que respecta a las relaciones sexuales extramatrimoniales. Jamás se le ocurriría preocuparse si un hombre que a ella le interesa resulta estar casado.

Sin embargo, se comprueba que toda la pauta de vida de esta mujer está regida por un sentido de los valores absolutos; que permite de un vistazo reconocer si una pintura abstracta es verdadera o falsa. Quiero dar este ejemplo porque yo, verbigracia, puedo mirar un cuadro abstracto y no saber cómo empezar siquiera a juzgarlo, pues no toca nada que sea particularmente mío. Esta paciente, en cambio, no duda nunca, su juicio es inmediato y ocurre que guarda estrecha correspondencia con el juicio de los críticos de arte comunes sumamente sensibles. Para esta paciente, una línea falsa dentro de una pintura abstracta es algo mucho peor que inmoral: es preciso encontrar otro lenguaje para describirlo, o rechazar el cuadro. Por otro lado, un cuadro abstracto que le parece auténtico tiene inmenso valor.

En consecuencia con ello, como es dable imaginar, esta paciente sólo puede empezar a existir y sentirse real en un medio donde la arquitectura y todos los demás aspectos del ambiente no humano

sean de una alta calidad. Es muy embarazoso y difícil encontrar algo así; algunos de los mejores momentos que ella pasó transcurrieron en un monasterio donde no había nada feo. Supongo que si mejora podrá vivir, como hace la mayoría de nosotros, entre tantas cosas sórdidas; pero se apreciará que cuando mira hacia el futuro ella no puede decir: "Quiero estar bien", precisamente porque ello implicaría la pérdida de esas cosas sagradas a cambio de todo lo feo, desordenado y sórdido.

Biblioteca D. Winnicott

Las bases de la salud mental 1951

Artículo de fondo publicado en el *British Medical Journal* el 16 de junio de 1951

Aun siendo una prolongación del trabajo corriente en materia de salud pública, la higiene mental va más allá que ésta, por cuanto altera el tipo de personas que componen el mundo. Resulta significativo que el informe de la segunda sesión del Comité de Expertos en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [\(1\)](#) se ocupe principalmente del manejo de la infancia y la niñez, dando por sentado algo que los médicos quizá no habrían aceptado cincuenta años atrás: las bases de la salud mental del adulto se echan en su infancia y niñez y, por supuesto, en su adolescencia.

La introducción al informe comienza con la siguiente enunciación: "El principio individual más importante a largo plazo para el futuro trabajo de la OMS en el fomento de la salud mental, contrapuesto al tratamiento de los trastornos psiquiátricos, es alentar la incorporación al trabajo de salud pública de todo lo conducente a promover tanto la salud física como la salud mental de la comunidad". A continuación, el informe examina los servicios de maternidad, el manejo del bebé y el niño en edad preescolar, la dependencia de éste respecto de su madre, la salud escolar en sus aspectos más amplios y los problemas emocionales derivados de la discapacidad física y el aislamiento de los niños afectados por enfermedades infecciosas, como la lepra y la tuberculosis. El Comité reconoce que el asistente de salud mental en formación tiene más por hacer que por aprender. Afronta "un problema emocional a causa de la naturaleza misma del tema, con total independencia de cualquier dificultad intelectual para comprender los hechos. Su primer impacto emocional es mucho mayor que el provocado por la sala de disección o el quirófano".

La publicación de este informe va acompañada de la edición de una monografía de la OMS [\(2\)](#) sobre el cuidado materno y la salud mental escrita por el doctor John Bowlby, asesor de salud mental de la OMS, como aporte al programa de las Naciones Unidas para el bienestar de los niños sin hogar. En su trabajo en la Clínica Tavistock, el doctor Bowlby ya ha demostrado que reconoce la necesidad de presentar los conceptos psicológicos de manera tal que induzcan al asistente científico con formación profesional a adoptar el enfoque estadístico. Podemos decir desde ya que su informe posee interés y valor notables. Las investigaciones que dan resultados bien definidos son pocas y muy espaciadas, en comparación con la magnitud alcanzada en todo el mundo por la práctica de la psicoterapia individual; quizás haya algunos aspectos de la psicología que no pueden

arrojar resultados utilizables por el investigador estadístico.

El éxito de la monografía se debe en parte al tema elegido: el efecto que provoca en el desarrollo emocional de los bebés y niños la separación del hogar y, específicamente, de la madre. Como dice el doctor Bowlby, esas criaturas "no son pizarrones de los que se puede borrar el pasado con un plumero o esponja, sino seres humanos que llevan consigo sus experiencias previas y cuya conducta actual se ve profundamente afectada por los sucesos pretéritos". Bowlby logra demostrar, citando cifras convincentes, cómo la separación puede aumentar la tendencia a desarrollar una personalidad psicopática. Ha descubierto que casi todos cuantos han trabajado en este campo llegaron a la misma conclusión: "Se cree que el requisito esencial para la salud mental es que el bebé y el niño de corta edad experimenten una relación cálida, íntima y continua con la madre (o su sustituta permanente), que proporcione a ambos satisfacción y goce". Esto no es una novedad: es lo que sienten las madres y padres, y lo que han descubierto quienes trabajan con niños. Lo novedoso de este informe es su intento de traducir la idea en cifras.

Hay tres fuentes principales de información: los estudios que parten de la observación directa de los bebés y niños de corta edad; los estudios basados en la investigación de las historias tempranas de personas enfermas; los estudios de seguimiento de grupos de niños deprivados, clasificados en varias categorías. El resultado más importante de estas investigaciones en especial cuando hayan sido confirmadas y ampliadas- será quizá servir la lección para la profesión médica, incluidos los administradores. Por fuerza, a los especialistas en salud física siempre les será difícil tener presente el hecho de que la salud mental es más importante. ¡Es tan fácil perturbar el desarrollo emocional!... Tal vez sea encantador tener en una sala de hospital a un niño internado que ha olvidado a su madre y ha llegado a una etapa en que traba amistad con el primero que venga, pero está comprobado que un niño, sobre todo si es de corta edad, no puede olvidar a un padre sin que su personalidad resulte dañada. Por suerte, hoy en día se tiende a permitir la visita diaria a los niños internados en salas u hospitales pediátricos. Reconocemos que esta política ocasiona grandes inconvenientes a las enfermeras, pero aun el pequeño volumen de trabajo, meticulosamente controlado, que Bowlby puede presentar con referencia a este aspecto limitado del tema indica hasta qué punto vale la pena tomarse esta molestia adicional.

El efecto que provoque en el niño la separación de su madre dependerá, por supuesto, del grado de privación y la edad del niño. Saltaba a la vista la necesidad de reformar los métodos de cuidado de los bebés criados en una institución desde sus primeros días de vida. En nuestro país, la opinión pública respaldó con firmeza a la Comisión Curtis y la siguiente Ley de Menores de 1948. Está ganando creciente aceptación la idea de que en lo posible no se debe apartar a ningún niño del cuidado de su madre. Esta enunciación simple no debe ser empañada por el hecho secundario de que una minoría de padres sean personas enfermas desde el punto de vista psiquiátrico y, por ende, nocivas para sus hijos.

Sería una larga tarea enseñar a los padres y madres del mundo a ser buenos padres, sobre todo porque la mayoría de ellos ya lo saben... y sus conocimientos al respecto son mucho mejores que los que nosotros podríamos impartirles jamás.

Resulta, pues, apropiado que la OMS emprenda su estudio de la salud mental por el polo opuesto, donde la enseñanza puede dar resultados. Se llega así a dos conclusiones importantes:

1) la crianza impersonal de los niños tiende a producir personalidades insatisfactorias y aun caracteres antisociales activos;

2) cuando existe algo parecido a una buena relación entre el bebé o niño en desarrollo y sus padres, se debe respetar la continuidad de esta relación y no interrumpirla nunca sin motivos justificados. Bowlby compara la aceptación de estos hechos con la de ciertas realidades de la

P S I K O L I B R O

pediatría en su faz física (p. ej., la importancia de las vitaminas en la prevención del escorbuto y el raquitismo). La aceptación del principio señalado por las estadísticas de Bowlby podría derivar en una reducción de las tendencias antisociales -y del sufrimiento que se esconde tras ellas- exactamente del mismo modo en que la vitamina D ha disminuido el porcentaje de casos de raquitismo. Tal resultado constituiría un gran logro de la medicina preventiva aun sin tener en cuenta los aspectos más profundos del desarrollo emocional, tales como la riqueza de la personalidad, la fuerza del carácter y la capacidad de alcanzar una autoexpresión plena, libre y madura.

(1) WHO Technical Reports Series, n° 31, Ginebra, 1951.

(2) Maternal Care and Mental Health, Ginebra, 1951.

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

¿Qué sabemos de la costumbre que tienen los bebés de chupar la ropa o los objetos de tela?, 1956

Charla radial emitida por la BBC el 31 de enero de 1956.

Mucho es lo que se puede obtener de la observación de lo que hacen los bebés cuando no duermen, pero ante todo tenemos que librarnos de la idea de lo que está bien y lo que está mal; nuestro interés surge del hecho de que, a partir de los propios bebés, podemos aprender sobre ellos. La semana pasada, el orador adoptó el punto de vista de que si un bebé se chupa el pulgar o un trozo de tela, no tenemos que intervenir para aprobarlo o desaprobarlo, y en cambio tenemos una oportunidad de aprender algo sobre ese bebé en particular. Concuerdo con él y con las

madres cuyas cartas citó.

Aquí no interesan una amplia variedad de fenómenos que caracterizan la vida del bebé. Nunca sabremos todo sobre ellos, porque cada bebé es un nuevo bebé, y no hay dos exactamente iguales, ya sea por la cara que tienen o por sus hábitos. Conocemos a los bebés no sólo por el perfil de su rostro y el color del cabello, si es que esto los identifica, sino también por sus peculiaridades.

Cuando las madres me cuentan de sus hijos, habitualmente les hago recordar lo que sucedió en los inicios mismos y fue característico. Les gusta rememorar estas cosas, que les traen tan vívidamente el pasado.

Me cuentan entonces acerca de todo tipo de objetos adoptados por el bebé y que se tornaron importantes para él, que los chupaba o los abrazaba; estos objetos lo ayudaron a superar sus momentos de soledad e inseguridad, o le proporcionaron algún solaz, o actuaron como sedantes. Estos objetos están a mitad de camino entre ser parte del bebé y ser parte del mundo. Pronto reciben un nombre que delata este doble origen. Sus elementos esenciales son su olor y su textura; ¡qué nadie ose lavarlos, u olvidarlos en la casa cuando se va! Si uno es sensato, dejará que el objeto se desvanezca poco a poco como ese viejo soldado de la canción, que no moría nunca; no lo destruirá, ni lo perderá, ni se desprenderá de él.

Lo principal es que al niño nunca debe provocársele a que responda a esta pregunta: "¿Es esto algo que imaginaste tú, o es una parte del mundo que encontraste y tomaste para ti?". Poco tiempo después, uno le estará instando al bebé a que diga "ta" y así reconozca que ese perrito de lana es un regalo de su tía. Pero este primer objeto es establecido como parte del mobiliario, de la cuna y del andador, antes de que la palabra "ta" pueda pronunciarse o tenga sentido, antes de que el bebé distinga con claridad entre lo que es "parte de mí" o "distinto de mí" -o mientras está en curso el

establecimiento de este distingo-.

Se. está formando una personalidad, se vive una vida que jamás se vivió antes, y desde el mismo momento en que se sienten los movimientos del bebé en el útero es esta nueva persona, que vive esta nueva vida, lo que le interesa a la madre y al padre. La vida personal empieza de entrada, y adhiero a esta idea aun cuando sé que también los perritos y los gatitos chupan ropa y juegan -hecho éste qué me lleva a afirmar que también los animales son algo más que un manojito de reflejos y de apetitos-.

Cuando digo que la vida empieza de entrada, admito que al principio cobra una forma muy limitada, pero sin duda la vida personal del bebé ya ha empezado cuando nace. Estos extraños hábitos de los bebés nos están diciendo que en su vida hay algo más que dormir y mamar, algo más que obtener gratificación instintiva de un buen alimento incorporado. Indican que ya hay ahí un bebé que efectivamente vive y está construyendo recuerdos, creando una pauta personal de comportamiento.

Para entender esto un poco más, creo que debemos reflexionar en que en el ser hay, desde el principio, en forma burda, lo que luego llamamos imaginación. Esto nos lleva a afirmar que el niño incorpora no sólo con la boca sino con las manos y con la piel sensible del rostro. La experiencia imaginativa de la lactancia es mucho más amplia que la experiencia física pura. La experiencia total de la lactancia puede muy pronto incluir una rica relación con el pecho materno, o con la madre tal como gradualmente la va percibiendo el niño, y lo que éste hace con las manos y los ojos amplía los alcances del acto de alimentación. Esto, que es normal, se vuelve más notorio cuando vemos alimentar a un bebé en forma mecánica. Lejos de constituir una experiencia enriquecedora para él, interrumpe su sentido de continuar siendo: no sé de qué otra manera decirlo. Allí hay actividad refleja pero ninguna experiencia personal.

Cuando se le hacen cosquillas a un bebé en el rostro puede hacérselo sonreír, pero tal vez no se sienta para nada complacido. El reflejo ha traicionado a su dueño. Casi se ha adueñado del bebé. Nuestra tarea no consiste en esgrimir el poder que sin duda poseemos provocándole reflejos y estimulando gratificaciones instintivas que no forman parte del ritmo de la vida personal del bebé.

Hay un montón de cosas que un bebé hace mientras mama que nos parecen sin sentido porque no contribuyen a que gane peso. Afirmo que son precisamente estas cosas las que nos aseguran que se está alimentando y no meramente es alimentado: que vive una vida y no responde simplemente a los estímulos que le ofrecemos.

¿No vieron nunca a un bebé chupándose el dedo mientras toma el pecho lo más contento? Yo sí. ¿Nunca tuvieron un sueño mientras caminaban? Cuando un bebé succiona un trozo de ropa o de tela, o la almohada o un muñeco, equivale a una especie de derramamiento de la imaginación, estimulada por la función excitatoria central que es la lactación.

Lo expresaré de otro modo. ¿Nunca se les ocurrió que el palpar a su alrededor, chuparse los dedos o la ropa, aferrarse al muñeco de trapo, es la primera exhibición de conducta cariñosa del bebé? ¿Puede haber algo más importante?

Quizás ustedes den por sentada la capacidad del bebé para mostrar cariño, pero tomarán conciencia de ella de inmediato si tienen un chico que es incapaz de dar afecto o que perdió su habilidad para ello. A un chico que no parece tener ganas de comer puede inducírselo a que coma, pero nada puede hacerse para convertir en cariñoso a uno que no lo es. Por más que derramemos todo nuestro afecto en él, se apartará en silencio o dando gritos de protesta.

Estas esporádicas y atípicas actividades a las que nos referimos son un signo de que el bebé está allí presente como persona, y confía en la relación suya con la madre. Es capaz de utilizar objetos que son, diríamos, simbólicos de la madre o de alguna cualidad de ésta, y de disfrutar de acciones que no son otra cosa que un jugar, más o menos lejanas respecto del acto instintivo, vale decir, de la alimentación.

Veamos qué acontece si el bebé empieza a perder su confianza. Una deprivación menor puede generar un elemento compulsivo en el hábito del chupeteo, o en alguna otra cosa, de modo tal que en vez de ser una ramificación secundaria sea el tronco principal; pero si la deprivación es más grave o prolongada, el bebé pierde por completo su capacidad de chupar el trozo de tela o de jugar con la boca o hacerse cosquillas en la nariz, y estas actividades lúdicas pierden su significado.

Estos primeros objetos y actividades lúdicos existen en un mundo intermedio entre el del bebé y el mundo externo. Por detrás de la demora con que el bebé distingue lo que es "parte de mí" de lo que es "distinto de mí" hay una enorme tensión, y le damos tiempo a fin de que esta evolución se produzca en forma natural.

Empezamos a ver cómo discrimina las cosas y aprende que hay un mundo afuera y un mundo adentro, y con el fin de ayudarlo damos cabida a un mundo intermedio, que es al mismo tiempo personal y externo, "parte de mí" y "distinto de mí". Equivale a los intensos juegos de la niñez temprana y a los ensueños diurnos de los chicos mayorcitos o los adultos, que no son ni sueños ni hechos fácticos, y sin embargo son ambas cosas.

Pensemos en esto: ¿acaso alguno de nosotros, al crecer, pudo prescindir de su necesidad de una región intermedia entre él mismo, con su mundo personal interno, y la realidad externa o compartida? La tensión que siente el bebé al tener que discriminar

entre los dos mundos no desaparece nunca; y nosotros nos permitimos una vida cultural, algo que puede compartirse pero es personal. Me refiero, desde luego a cosas tales como la amistad y la práctica de la religión. Y en todo caso están todas las cosas sin sentido que hacemos. Por ejemplo: ¿por qué fumamos? Para responder a esto tendría que apelar a un bebé, que no se reiría de mí, estoy seguro, porque el bebé sabe mejor que nadie qué estúpido es ser siempre sensato.

Por más que parezca tal vez extraño, chuparse el pulgar o un muñeco de trapo puede percibirse como real, en tanto que una mamada real puede provocar sentimientos irreales. La mamada real desencadena reflejos y una plétora de instintos, y el bebé no ha avanzado tanto en el establecimiento de su self como para poder asimilar esas poderosas experiencias. ¿No les hace recordar esto a ese caballo sin jinete que gana el Gran Premio Nacional? Esta victoria no constituye un premio al dueño del caballo, porque el jockey fue incapaz de mantenerse en la montura. El dueño se siente frustrado y quizás el jockey sufrió alguna lesión. Cuando en los inicios uno se adapta a las necesidades y ritmos personales de su bebé, permite que este novato que corre por primera vez se mantenga firme en su montura, y aun que corra en su propio caballo y disfrute de la cabalgata por la cabalgata en sí.

Para el self inmaduro de un niño muy pequeño, lo que siente como real es esta expresión de sí mismo, quizás en la forma de estos hábitos extraños, como el de chupar la ropa; esto mismo da a la madre y al bebé la oportunidad de establecer una relación humana que no esté a merced de los instintos animales.

Biblioteca D. Winnicott

Nuevas reflexiones sobre los bebés como personas - 1947 -

EL DESARROLLO del ser humano es un proceso continuo, tanto en el aspecto corporal como en el de la personalidad y la capacidad para las relaciones. Es imposible saltar o frustrar etapas sin efectos nocivos.

La salud es madurez, madurez adecuada a la edad. Si no se tienen en cuenta ciertas enfermedades accidentales, esto resulta aplicable también al cuerpo, y en psicología prácticamente no existen motivos por los que salud y madurez no signifiquen la misma cosa. En otras palabras, en el desarrollo emocional de un ser humano, si no hay tropiezos o distorsiones en el proceso del desarrollo, hay salud.

Eso significa, si estoy en lo cierto, que todo el cuidado que una madre y un padre dedican a su bebé no es simplemente un placer para ellos y para el bebé, -sino también algo absolutamente necesario, sin lo cual el bebé no puede crecer y convertirse en un adulto sano o valioso.

En las cuestiones relativas al cuerpo resulta posible cometer errores que incluso lleguen a provocar raquitismo; y a pesar de ello criar un niño sin ningún defecto peor que el de tener las piernas arqueadas, pero en el aspecto psicológico, un niño privado de algunas cosas bastante comunes pero necesarias, como el contacto afectuoso, inevitablemente resultará perturbado en cierta medida, en su desarrollo emocional, y ello se manifestará como una dificultad personal a medida que crezca. Para plantearlo en otros términos: a medida que un niño se desarrolla y pasa de una etapa a otra en el complejo desarrollo interno y el desarrollo de la capacidad para las relaciones, los padres comprenden que el buen cuidado que le dedicaron constituyó un ingrediente esencial. Esto encierra significado para todas nosotras, pues se deduce que, en tanto seamos razonablemente maduros o sanos como adultos, cada uno de nosotros debe reconocer que alguien proveyó un buen comienzo para nuestra vida. Es este buen comienzo, esta base para el cuidado infantil, lo que intentaré describir.

La historia de un ser humano no comienza a los 5 años, ni a los 2, ni a los 6 meses, sino en el momento de nacer, e incluso antes; y cada bebé es desde el comienzo una persona, y necesita de alguien que lo conozca. Nadie puede llegar a conocer a un bebé tan bien como su propia madre.

Estas dos afirmaciones nos llevan muy lejos, pero ahora, ¿cómo proseguir? ¿Puede la psicología enseñar a ser madre o padre? Creo que este camino no nos lleva a ninguna parte. Estudiemos, en cambio, algunas de las cosas que los padres y las madres hacen naturalmente, y tratemos de explicarles por qué las hacen, para que se sientan más seguros.

Tomaré un ejemplo.

He aquí una madre con su niñita. ¿Qué hace cuando la alza? ¿La agarra por los pies, la arrastra, afuera de la cuna? ¿Sostiene un cigarrillo en una mano mientras la levanta con la otra? Tiene una manera muy distinta de hacerlo. Creo que tiende a advertir a la niña de su intención, que coloca las manos de tal manera que la hace sentir segura antes de moverla; en realidad, obtiene su cooperación antes de levantarla; y entonces la traslada de un lugar a otro, de la cuna a su hombro. ¿No aprieta entonces el bebé contra ella y le acomoda la cabeza en su cuello, de modo que el bebé pueda comenzar a sentirla como una persona?

He aquí a la madre con un bebé. ¿Cómo lo baña? ¿Lo pone simplemente en la máquina de lavar y deja que el proceso de higiene ocurra mecánicamente? De ningún modo. Sabe que el momento del baño es algo especial para ella y para el bebé. Se prepara para disfrutar de él. Realiza eficazmente toda la parte mecánica, controlando la temperatura del agua con el codo, e impidiendo que el bebé se resbale cuando está enjabonado, pero además de todo esto permite que el baño sea una experiencia placentera que enriquece la relación, no sólo de ella con el bebé, sino de éste hacia ella.

Por qué se toma todo ese trabajo? ¿No podríamos decir simplemente, y sin ser sentimentales, que es por amor; que es a causa de que se han desarrollado en ella sentimientos maternales; a causa de la profunda comprensión que tiene de las necesidades de su bebé y que surge de su amor por el?

Volvamos al problema de levantar al bebé. ¿No podríamos decir que, sin ningún esfuerzo consciente, la madre lo hizo todo en etapas? Convirtió el hecho de ser alzada en algo aceptable para su bebida del siguiente modo:

- 1) advirtiéndole al bebé;
- 2) obteniendo su cooperación;
- 3) haciéndola sentir segura;
- 4) llevándola de un lugar a otro y con un simple propósito que ella puede comprender.

La madre se abstiene también de producir un choque al bebé debido a la frialdad de las manos, o de pincharlo cuando le ajusta el pañal.

La madre no involucra al bebé en todas sus experiencias y sentimientos personales. A veces el bebé grita y llora hasta que ella siente impulsos asesinos, pero a pesar de eso lo levanta con el mismo cuidado, sin ánimo de venganza, o por lo menos no demasiado. Trata de no convertir al bebé en la víctima de su propia impulsividad. El cuidado de un niño, como la práctica médica, es una prueba de confiabilidad personal.

Hoy puede ser uno de esos días en que todo sale mal. El hombre de la lavandería llama antes de que la lista esté preparada; suena el timbre de la puerta de calle y alguien llama por la puerta de servicio. Pero una madre aguarda hasta haber recuperado la compostura antes de alzar a su bebé, cosa que hace con su técnica habitual que el bebé llega a conocer como una parte importante de la madre. Su técnica es altamente personal, algo que el bebé busca y reconoce, como su boca, sus ojos, sus colores y su olor. Una y otra vez, la madre maneja sus estados de ánimo, ansiedades y excitaciones en su propia vida privada, y reserva para el bebé lo que pertenece al bebé. Esto proporciona una base sobre la que el bebé puede comenzar a construir una comprensión de eso extremadamente complejo que es una relación entre dos seres humanos.

¿No podríamos decir que la madre se adapta a lo que el bebé puede comprender, que se adapta activamente a sus necesidades? Esta adaptación activa es precisamente el elemento esencial para el crecimiento emocional del bebé, y la madre se adapta a las necesidades del bebé sobre todo al comienzo, en un momento en que sólo pueden apreciarse las circunstancias más simples posibles.

Debo tratar de explicar por qué una madre se toma todo este trabajo, incluso mucho más de lo que

puedo incluir en esta breve descripción. Uno de los motivos por los que debo hacerlo es el de que un grupo importante en el mundo psicológico (incluso psicoanalítico) de hoy cree honestamente y enseña que en los primeros seis meses la madre no cuenta mayormente. Se afirma que en los primeros seis meses de vida sólo importa la técnica, y que un hospital o un asilo pueden proporcionar una buena técnica a través de personal especializado.

Estoy seguro de que, si bien es posible enseñar esa técnica e incluso leer sobre ella en libros, el cuidado del propio bebé es enteramente personal, una tarea que nadie puede asumir y realizar con igual eficacia. Mientras los científicos examinan el problema en busca de pruebas que justifiquen su creencia, convendrá que las madres insistan en que ellas son necesarias desde el comienzo. Puedo agregar que mi opinión no está basada en la opinión de las madres, en conjeturas o en una mera intuición; antes bien, es la conclusión que me he visto obligado a sacar después de muchas investigaciones.

La madre se toma todo ese trabajo porque siente (y creo que está acertada al hacerlo) que para que el bebé humano se desarrolle bien y espléndidamente, el cuidado personal desde el comienzo es esencial, y si es posible realizado por la misma persona que ha concebido y llevado al bebé en su seno, la que tiene un interés profundamente arraigado en permitir que se imponga el punto de vista del bebé, y que está dispuesta a ser todo el mundo para ese bebé.

Ello no significa que un bebé de pocas semanas conozca a la madre como lo hará a los seis meses o al año. En los primeros días, lo que percibe es la pauta y la técnica del cuidado materno, y también el detalle de sus pezones, la forma de sus orejas, la cualidad de su sonrisa, el calor y el olor de su aliento. Desde muy temprano un niño puede tener una idea rudimentaria de una suerte de totalidad de la madre en ciertos momentos particulares. Sin embargo, aparte de lo que puede percibir, el niño necesita que la madre esté continuamente allí como una persona entera, pues sólo como ser humano maduro y entero puede tener el amor y el carácter necesarios para la tarea.

Una vez arriesgué este comentario: "No hay una cosa tal como un bebé", queriendo decir que si uno se propone describir un bebé, se encontrará siempre con que debe describir a un bebé y a alguien. Un bebé no puede existir solo, sino que constituye una parte esencial de una relación.

También es necesario considerar a la madre. Si la continuidad de la relación con su bebé se interrumpe, se pierde algo que resulta imposible recuperar. El hecho de apartarla de su bebé durante unas cuantas semanas para luego devolvérselo, y esperar que la madre continúe como si la interrupción no se hubiera producido, revela una increíble falta de comprensión en cuanto al papel de la madre.

Clasificación de las necesidades

Trataré de clasificar alguna de las formas en que la madre resulta necesaria.

a) En primer lugar, quiero decir que la madre es necesaria como una persona viva. El bebé debe poder sentir el calor de su piel y su aliento, saborear y ver. Esto es de vital importancia. Debe haber pleno acceso al cuerpo vivo de la madre. Sin la presencia viva de la madre la más experta técnica resulta inútil. Lo mismo ocurre con los médicos. El valor de un clínico general en una aldea es en gran medida el mero hecho de que esté vivo, de que esté allí y sea accesible. La gente sabe el número de la patente de su automóvil, y conoce la forma de su sombrero. Se necesitan años para ser médico, y la carrera puede absorber todo el capital de un padre; pero al final lo realmente importante no es el conocimiento ni la habilidad de un médico; sino el hecho de que la aldea sabe y siente que está vivo y disponible. La presencia física del médico satisface una necesidad emocional. Lo mismo ocurre con la madre, pero en mucho mayor medida.

Aquí se unen el cuidado físico y el psicológico. Durante la guerra, estuve con un grupo de gente que discutía sobre el futuro de los niños que habían sufrido la misma en Europa. Me pidieron una opinión en cuanto a las actitudes psicológicas más importantes que debían asumirse con respecto a esos niños al finalizar la contienda. Me encontré diciendo: "Hay que darles comida". Alguien contestó: "No nos referimos a cosas físicas, sino a cosas psicológicas". Pero seguí pensando que darles comida en el momento adecuado significaría satisfacer su necesidad psicológica. Fundamentalmente, el amor se expresa en términos físicos.

Desde luego, si cuidado físico significa vacunar al bebé, esto nada tiene que ver con la psicología. Un bebé no puede comprender la preocupación médica por evitar una epidemia de viruela en la comunidad, aunque el ataque del médico contra su piel produce, desde luego, llanto. Pero si cuidado físico significa darle la comida adecuada a la temperatura adecuada y en el momento adecuado (adecuado desde el punto de vista del bebé, por supuesto), entonces también es cuidado psicológico. Creo que ésta es una regla útil. El cuidado que un bebé puede apreciar satisface necesidades psicológicas y emocionales, por mucho que parezca estar relacionado con simples necesidades físicas.

En esta primera manera de considerar las cosas, el hecho de que la madre esté viva y el manejo físico proporcionan un ambiente psicológico y emocional esencial, esencial para el temprano crecimiento emocional del bebé.

b) En segundo lugar, la madre es necesaria para presentar el mundo al bebé.

A través de las técnicas de la persona o de la gente que se ocupa del asunto, el bebé toma contacto con la realidad externa, al mundo circundante. A lo largo de toda la vida habrá una lucha constante en este sentido, pero aquí se necesita ayuda sobre todo al comienzo. Explicaré a qué me refiero con algún detalle, porque muchas madres pueden no haber pensado nunca en la alimentación del niño en estos términos; por cierto que médicos y enfermeras rara vez parecen considerar este aspecto de la alimentación. Esto es lo que quiero decir.

Imaginen a un bebé que nunca ha sido alimentado. Aparece el hambre, y el bebé está listo para crear una fuente de satisfacción, pero no hay ninguna experiencia previa que muestre al bebé lo que puede esperar. Si en ese momento la madre coloca el pecho allí donde el bebé está listo para esperar algo, y si se le da tiempo al bebé para que se familiarice con la situación, usando la boca y las manos, y quizás también el sentido del olfato, el bebé "crea" precisamente lo que se puede encontrar allí. El bebé eventualmente tiene la ilusión de que ese pecho real es exactamente el resultado de la creación surgida de la necesidad, la avidez y los primeros impulsos de amor primitivo. La vista, el olfato y el gusto se registran en alguna parte, y después de un tiempo el bebé puede crear algo muy parecido al pecho que la madre le ofrece. Mil veces antes del destete es posible dar al bebé este contacto particular con la realidad externa a través de una mujer, la madre. Mil veces ha existido el sentimiento de que lo deseado fue creado, para descubrir luego que estaba allí. A partir de todo esto se desarrolla la creencia de que el mundo puede contener lo que uno desea y necesita, con el resultado de que el bebé abraza esperanzas en el sentido de que hay una relación viva entre la realidad interna y la externa, entre la creatividad primaria innata y el mundo en general compartido por todos.

Por lo tanto, una alimentación exitosa constituye una parte esencial de la educación del bebé. Del mismo modo, pero no desarrollaré este tema aquí, el niño necesita de la forma materna de recibir las excreciones. El niño necesita que la madre acepte una relación expresada en términos de excreción, una relación que está en su apogeo mucho antes de que el niño pueda contribuir a ella mediante un esfuerzo consciente y de que pueda (quizás a los 3, 4 ó 6 meses) desear dar algo a la madre, debido a un sentimiento de culpa; es decir, a reparar por su ataque ávido.

c) De todo lo que podría decirse, agregaré una tercera manera en que la madre resulta necesaria, la

madre misma y no un equipo de excelentes personas especializadas. Me refiero a la tarea materna de desilusión. Una vez que le ha dado al bebé la ilusión de que el mundo puede crearse a partir de la necesidad y la imaginación (lo cual, desde luego, no es posible en cierto sentido, pero preferimos dejar el problema al filósofo), cuando ha establecido la creencia en las cosas y la gente que describí como una base sana para el desarrollo, tendrá que hacer pasar al niño por el proceso de desilusión, que constituye un aspecto más amplio del destete. Lo más aproximado que puede ofrecerse al niño es el deseo de los adultos de tornar las exigencias de la realidad tolerables, hasta que el bebé pueda soportar todo el impacto de la desilusión y hasta que la capacidad creadora pueda desarrollarse a través de la actitud madura y convertirse en una verdadera contribución a la sociedad.

Las "sombras de la prisión" me parecen la descripción poética del proceso de desilusión, y de su dolor esencial. Gradualmente, la madre capacita al niño para aceptar que, si bien el mundo puede proporcionar algo parecido a lo que se necesita y se desea, y que por lo tanto podría crearse, no lo hace automáticamente, ni en el momento mismo en que se experimenta el deseo o surge la necesidad.

¿Se dan cuenta cómo voy pasando gradualmente de la idea de necesidad a la idea de deseo? El cambio indica un proceso de crecimiento y una aceptación de la realidad externa, con el consiguiente debilitamiento del imperativo instintivo.

Temporariamente la madre se ha entregado entera al niño. Al comienzo se ha colocado en sus manos. Pero, eventualmente, este niño comienza a estar en condiciones de abandonar la dependencia que corresponde a la más temprana etapa, cuando es el ambiente el que debe adaptarse, y puede aceptar dos puntos de vista coexistentes, el de la madre y el propio. Pero la madre no puede privar al niño de sí misma (destete, desilusión), a menos que antes haya significado todo para el niño.

No es mi intención afirmar que toda la vida del bebé queda destruida si hay un fracaso real en la etapa del pecho. Desde luego, un bebé puede arreglarse físicamente con la mamadera si se la ofrecen con razonable habilidad, y una madre que se queda sin leche puede hacer casi todo lo necesario mientras le da la mamadera. No obstante, sigue siendo válido el principio de que el desarrollo emocional de un bebé en el comienzo sólo puede construirse a partir de la relación con una persona que debería ser, idealmente, la madre. ¿Qué otra persona puede sentir y proveer lo necesario?

Biblioteca D. Winnicott

John Bowlby II. Debate sobre la aflicción duelo en la infancia

(1953) ⁽¹⁾

A Two-Year-Old Goes to Hospital [Un niño de dos años va al hospital], realizado junto con James y Joyce Robertson.

Me resulta muy difícil tomar parte en este debate, pese a lo cual quiero hacerlo. El Dr. Bowlby ha hecho una generosa referencia a mí y a mis escritos, y ha estudiado también los escritos de muchos analistas y etólogos. ¿De qué tengo que quejarme? Lo cierto es que no creo que haya comprendido algunas cosas que yo considero importantes. Debo tratar de ser claro.

Casi habría preferido que él manifestase su propia opinión con independencia de la de otros autores, ya que eso nos permitiría apelar a nuestro propio criterio en cuanto a las derivaciones de su teoría. En todo caso, un genuino redescubrimiento de viejos datos o de viejas teorías no perjudicaría a nadie: siempre surge algo nuevo y valioso cuando las antiguas cosas se enuncian de otra manera. Sin embargo, el Dr. Bowlby parece ansioso por mostrar en qué suplanta él a los autores analíticos anteriores, y pienso que en esto resulta poco convincente. Es una lástima, ya que el Dr. Bowlby tiene cosas importantes que aportar. Nunca me canso de decir y repetir que su propaganda en favor de que se eviten las interrupciones innecesarias en la relación madre-hijo ha dado la vuelta al mundo, aunque pienso también que el elemento propagandístico generó necesariamente una moda en la crianza infantil, y las inevitables reacciones que siguen a la propaganda y a la conversación exagerada.

Por otro lado, quiero sumarme al afán del Dr. Bowlby por ampliar las bases de la enseñanza del análisis de niños, ya que creo que corremos peligro de aprobar, en nuestra capacitación de analistas de niños, a hombres y mujeres que (en algunos casos) tienen muy poca experiencia en niños y en su crianza.

Algo estorba el camino, empero, y todavía no sé cuán serio es este obstáculo. Respecto del capítulo del libro en que Bowlby se ocupa del pesar, me siento sumamente incómodo, y deseo examinar las razones de mi incomodidad.

Permítaseme decir, ante todo, que en la década del veinte no era habitual referirse a la idea de la tristeza. Yo la tomé de Merrill Middlemore, quien trabajó conmigo a comienzos de la década del treinta. Le bastó mirar el rostro de un niño que era paciente mío y dijo: "un caso de melancolía". Hasta entonces, ese término se empleaba para referirse a niños que hallaban difícil vivir, pero de pronto noté que estaba aguardándonos la palabra "depresión" para ser usada en la descripción de los estados clínicos de niños y de bebés, y rápidamente modifiqué mi vocabulario.

Por esa época yo comenzaba a conocer los mecanismos de la depresión y las defensas antidepresivas gracias a Melanie Klein, quien venía pisando fuerte desde diez años atrás o más, y me posibilitó incluir en mi teoría y en mi trabajo analíticos las observaciones que yo había hecho en varios centenares de niños cuyo trastorno

psicológico se había iniciado en las primeras semanas, o aun en los primeros días de su vida, y ya eran casos psiquiátricos cabales antes de que madurase el complejo de Edipo.

Y bien, fue en esa temprana época de mi trabajo junto a Melanie Klein cuando aprendí acerca de las etapas de la aflicción, de la protesta, y de la renegación de la aflicción y la depresión tal como se muestra en la defensa maníaca. Nunca fui un gran lector, pero la obra El psicoanálisis de niños de Melanie Klein, la leí dos veces de cabo a rabo (en Dartmoor) tan pronto apareció en inglés. Lo que sé es que Bowlby no es el primero en descubrir la gradual transformación de la aflicción en indiferencia.

Mis discrepancias con Melanie Klein tienen que ver con mi sensación de que al hablarnos de los mecanismos tempranos lo hace de un modo tal que nos lleva a pensar que se está refiriendo a bebés reales. Pero Bowlby me impulsa a brindar mi apoyo a Klein, aunque ella no lo necesite ni lo desee.

Lo mismo siento respecto de Anna Freud, cuya obra conocí mucho después que la de Melanie Klein. Realmente no me importa mucho lo que ella y Dorothy Burlingham han escrito; es un milagro el hecho mismo de que lo hayan escrito. Lo importante fue el trabajo que realizaron en condiciones que exigían un alto grado de coraje personal. Recuerdo cuáles eran las condiciones imperantes en Londres durante el segundo año de guerra, y el refugio antiaéreo en la guardería de guerra que tenía que cumplir con los requisitos de los ministerios. Este trabajo no se llevó a cabo para escribir algún día un libro titulado Los niños en la época de la guerra: un año de labor con internados en una guardería de guerra, sino porque la señorita Freud sabía que los bebés separados de sus madres a temprana edad eran incapaces de alcanzar nada tan normal como la aflicción, y algo había que hacer. Le envié a la señorita Freud el primer caso, ¡y me alegré de tener algún sitio donde poder enviar a ese niño!

Tal vez se perciban en todo esto las emociones que movilizó en mí el intento de Bowlby, obviamente genuino, de ser equitativo con todos.

Lo que cabe suponer que Bowlby nos brinde es la idea de que los bebés humanos, como los animales, pueden ser simplemente afectados, en un comienzo, por alguna condición ambiental de modo tal que sonrían sin haber experimentado primero el estado de ánimo que nosotros (por una proyección) pensamos que deberían tener para poder sonreír. Esta no es sino una extensión de la idea de que la sonrisa del niño puede ser provocada tocándole la cara, o por el viento. Quiero manifestar que he procurado afanosamente utilizar estas ideas en mi labor analítica, y no he comprobado que afecten mi trabajo ni siquiera con adultos que han hecho una regresión a la dependencia infantil: el mejor material, a mi entender, para hacer observaciones sobre los fenómenos de la infancia y la crianza.

Correré el riesgo de que algún día se piense que soy un viejo anticuado, y diré que en mi opinión la contribución de la etología es para el analista un callejón sin salida. Me gusta la etología por todo lo que nos cuenta sobre los animales, pero sigo pensando que Bowlby ha fracasado notoriamente en mostrarnos cómo aplica sus concepciones sobre los tempranos reflejos infantiles al área del desarrollo representada por la película Un niño de dos años va al hospital. Cuando el niño tiene un año ya sabemos mucho sobre él, y la complejidad de los dos años es enorme si recordamos toda la elaboración de la fantasía inconsciente y del conflicto inconsciente. Considero que cualquiera que intente agregar algo a lo que sabemos sobre las reacciones de un niño de dos años ante la pérdida objetal debe mostrar primero que sabe qué significa hacer el análisis de un niño de dos años, o del niño de dos años que hay en el paciente de cualquier edad.

Más concretamente, pienso que Bowlby ha omitido referirse al pasaje de una relación con un objeto subjetivo, a una relación con un objeto que es percibido objetivamente. Esto corresponde particularmente al período posterior a los primeros seis meses, y se completa en buena medida a los dos o tres años (con enormes variaciones de un niño a otro). Este proceso de desilusión es propio de la salud, y no es posible referirse a la pérdida de objeto de un bebé sin referirse a la etapa de desilusión y a los factores positivos o negativos en los primeros estadios de este proceso, que dependen de la capacidad de la madre para posibilitar al bebé la ilusión sin la cual la desilusión carece de sentido.

El corolario de Bowlby deja todo esto de lado al decir que existe un fenómeno muy simple de pérdida de objeto, parecido a la falta de un reflejo por ausencia de estímulo.

La cuestión que Bowlby examina es tanto más rica de lo que él parece sugerir, que temo que perdamos de vista todo lo que puede significar esa reacción ante la pérdida si nos vemos envueltos en una controversia sobre cuervos o patos.

Una de mis dificultades reside en que el Dr. Bowlby sostiene que su tesis es que "la pérdida de la figura materna en el período que va desde los seis meses, aproximadamente, hasta los tres, cuatro o más años es un acontecimiento de alta potencialidad patógena debido a los procesos de duelo a que habitualmente da origen, los cuales a esta edad toman fácilmente un curso patológico".

Me pregunto si estará dispuesto a reformular esto.

La pérdida de la figura materna no es, sin duda, patógena a raíz de los procesos de duelo. Esto excluiría en su totalidad el concepto del duelo como logro. Hemos llegado a concebir una larga serie de delicados mecanismos al final de los cuales el bebé arriba a la capacidad de hacer un duelo. Si las cosas van mal, pensamos que se ha perdido esa capacidad, que se ha perdido algo logrado en el curso del desarrollo emocional del individuo. Como resultado de la obra de Melanie Klein, concretamente, es mucho lo que podemos decir sobre la patología de los niños pequeños y las personas mayores cuya capacidad para el duelo ha sido sometida a una sobrecarga. La importancia de las enseñanzas de Melanie Klein que llevaban por título "La defensa maníaca" me impresionó tanto, que elegí ese tema para el trabajo (2) con que aspiré a la titularidad de la Sociedad Psicoanalítica Británica tal como yo entiendo la expresión "defensa maníaca", ella abarca todos los procesos de renegación del duelo, que se conserva empero como depresión teórica. Yo mismo procuré participar en el desarrollo del concepto ulterior acerca del efecto más profundo que tiene la pérdida objetal o la falta de yo auxiliar, y lo enuncié con referencia a las condiciones emocionales primitivas utilizando los términos "pérdida de contacto con la realidad externa", "pérdida de la relación entre la psique y el soma" y "desintegración". En mi trabajo sobre estas cuestiones tal vez me apoyé mucho en la labor ajena. En el lenguaje que uso para describir el desarrollo emocional de los bebés antes del establecimiento gradual de su capacidad para hacer el duelo, o en su transcurso, no encuentro cabida para estas palabras que el propio Bowlby subraya, "debido a los procesos de duelo a que habitualmente da origen [la pérdida de la figura materna]". El duelo implica madurez emocional y salud. Por lo tanto, me parece que Bowlby no ha sido cuidadoso en su enunciación de esta tesis central, sobre la cual descansa todo el resto de su artículo.

Quisiera escoger uno o dos puntos más para comentarlos. Uno de ellos tiene que ver con la evaluación que hace Bowlby de la parte de la teoría de Melanie Klein que ella llama "posición depresiva". Bowlby parece dar a entender que Melanie Klein se refiere a la relación del bebé con un objeto parcial. Ahora bien, me parece que si es así, interpreta en forma completamente equivocada toda la teoría. En primer lugar, el objeto parcial es un objeto total desde el punto de vista del bebé, salvo en la medida en que éste se encuentre escindido o desintegrado. Creo que lo esencial de la posición depresiva es la articulación gradual, en la mente del niño, del limitado objeto del deseo instintivo y del objeto total de la personalidad total de la figura materna. Claramente, la relación del bebé con el objeto parcial sólo es una parte de la historia. Por esta razón algunos de nosotros tratamos de persuadir a Melanie Klein para que no situara su posición depresiva en una fecha demasiado temprana, ya que la posición depresiva connota un estado de cosas muy complicado, o sea, el pleno reconocimiento de la madre como ser humano y la conexión que hay entre esto y el pecho como parte de ella.

Dicho sea de paso, no parece haber motivos para que no se use la palabra "pecho" al hablar en estos términos, con el fin de designar cualquier clase de elemento de contención o parte de la madre con la que el niño se familiariza. En la obra de Klein se hace frecuente mención al ataque que el bebé lanza sobre el cuerpo. Esta es la fantasía del bebé, pero nosotros usamos nuestras propias palabras, y entonces podemos decir "cuerpo" o "pecho" o lo que nos plazca. Contemplando la infancia desde un momento posterior de la niñez, como hacemos en psicoanálisis, llegamos a la idea de un pecho que es un cuerpo y un útero y una vagina y una vejiga y una

cabeza y un músculo bíceps. La cuestión fundamental no se ve afectada por nuestro uso de estas palabras.

Quisiera mencionar brevemente uno o dos puntos más. Uno es que Bowlby no parece haber dejado espacio aquí, en su enunciación, para el simbolismo y para el establecimiento (en la salud) de objetos que hacen las veces del self de la madre. Sabe, por supuesto, que cuando a un niño se lo separa de su madre el trauma no está a menudo en la pérdida de la madre, sino en la pérdida de esa cosa que yo llamo objeto transicional. Sabe también que si el niño pierde a la madre durante un período demasiado prolongado el objeto transicional comienza a perder su valor de símbolo. Estas cosas están en el centro mismo del tema de la reacción frente a la pérdida de la madre, y son para nosotros mucho más importantes que el estudio de los animales, incluso de los animales que emplean objetos transicionales.

Me da la impresión que el Dr. Bowlby habla como si no existiera nada semejante a la fantasía en la temprana infancia. Sin embargo, los psicoanalistas nos vemos constantemente sorprendidos por la gran cantidad de fantasías que se remontan a una edad temprana. El conflicto inconsciente parece no tener cabida en la psicología de Bowlby; tampoco deja espacio para el concepto de que el objeto muere y revive dentro del bebé, o sea, en el aparato psíquico, alojado por el bebé sano en el cuerpo en funcionamiento. Como consecuencia de estas omisiones, no parece haber lugar en la psicología de Bowlby para describir a esos niños que, a raíz de groseros errores de manejo en sus primerísimas etapas, nunca se aproximan a algo tan sano como la capacidad para hacer el duelo y tal vez ni siquiera llegan a la integración en ninguna etapa.

Otro punto: en el período al que Bowlby hace especial referencia (seis meses a tres o cuatro años) el niño se halla en el proceso de pasar de un objeto subjetivo a un objeto percibido objetivamente. Bowlby pisaría terreno muy firme si advirtiese que es particularmente importante para el bebé que no haya cambios externos mientras tiene lugar este proceso de objetivación, o como quiera llamárselo. En tal caso su argumentación seguiría los lineamientos con los que estamos familiarizados en la Sociedad [Psicoanalítica Británica], y se conectaría con el concepto del establecimiento del principio de realidad.

Quiero destacar que, en mi opinión, sería erróneo deducir de esto que el objeto subjetivo puede perderse impunemente. Este es un tema muy complejo, que no es posible tratar en pocas palabras. Parecería que el objeto subjetivo de los primeros meses puede cambiar a ojos del espectador y sin embargo no cambiar para el bebé. Por ejemplo, es dable reemplazar un biberón por otro, y aun reemplazar el pecho por el biberón. Muchas otras cosas permanecen semejantes. El bebé puede ser alimentado por la misma persona o haber un cambio de personas cuyas técnicas, empero, se superponen en grado suficiente. Pese a esta flexibilidad, correspondiente a las relaciones de objeto de los primeros meses, durante los cuales el objeto es subjetivo, creo que la pérdida del objeto subjetivo es una gran catástrofe, algo que pertenece al orden de cosas que designamos con las palabras "angustia psicótica", o la "falta básica" de la terminología de Balint, o la falla del yo auxiliar en el período en que el yo del bebé sólo extrae su fuerza del auxilio confiable de la figura materna, etc. En este ámbito, entramos en el debate del origen de la psicosis infantil y de la proclividad al trastorno psicótico, que puede presentarse en cualquier edad de la vida del individuo.

Notas:

(1) El trabajo del Dr. Bowlby fue leído en una reunión científica de la Sociedad Psicoanalítica Británica en octubre de 1959 y posteriormente publicado en *The Psycho-Analytic Study of the Child*, vol. 15 (1960). Entre los papeles dejados por Winnicott se hallaron dos versiones dactilografiadas de su contribución al debate; las incluimos a ambas aquí debido a que difieren sustancialmente. La primera llevaba arriba, escrita con lápiz, la leyenda: "Sólo leer fragmentos", y la segunda la leyenda "Más o menos como se lo dijo. D.W.W."

(2) Este trabajo data de 1935 y fue incluido en *Through Paediatrics to PsychoAnalysis* Londres, Tavistock, 1958; Nueva York, Basic Books, 1975; Londres, Hogarth Press, 1975 cap. 11. [Trad. cast.: *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona, Laia, 1979.].

Biblioteca D. Winnicott

John Bowlby. Reseña de "Maternal care and mental health" ⁽¹⁾

(1953)

Ginebra Organización Mundial de la Salud, 1951; también H.M. Stationery Office. Esta reseña apareció en British Journal of Medical Psychology (1953).

Cuando esta reseña se publique, el libro a que se refiere ya habrá sido leído por muchos. Recibió casi por doquier justificados elogios. Quiero sumarme a esta valoración del libro, del trabajo que representa y de la tendencia específica del Dr. Bowlby que lo ha impulsado a traducir en medidas sociales los hallazgos psicoanalíticos del último medio siglo. Deseo formular algunas críticas sin por ello dejar de expresar mi admiración y apoyo.

El libro se divide en dos partes. En la primera se describen los efectos adversos de la privación materna. Aquí es donde podemos buscar la particular contribución de Bowlby. El está persuadido de que hay que empeñarse en presentar las cuestiones psicológicas en forma estadística, de manera tal que quienes están habituados a las monografías científicas (del tipo de las apreciadas por los científicos de todas las disciplinas) puedan evaluarlas afirmaciones de los que tenemos inclinación clínica y desdeñamos un poco las cifras. Al igual que en su anterior monografía, *Forty-four Juvenile Thieves: Their Characters and Home-Life*, también aquí Bowlby justifica su tesis, al menos con respecto al tema en estudio, y ha reunido informes de trabajos realizados en los diversos países que visitó, a los que puede darse forma estadística. El propio Bowlby sería el primero en admitir que las estadísticas carecen de valor si no se basan en datos irrefutables, y justamente estos datos son difíciles de reunir en nuestra especialidad. Cabe conjeturar que, en lo tocante a casi todos los demás tipos de trastorno psicológico, no se hallaría suficientes coincidencias sobre cualquier formulación simple de los fenómenos observados como para que pueda funcionar el método estadístico. En este tema particular de la privación materna y sus resultados hay ciertas simplificaciones que están justificadas, pero a los clínicos les preocupará permanentemente que Bowlby haya sobresimplificado las cosas con el fin de demostrar algo mediante estadísticas. Probablemente todos concuerden en que para los fines de la indagación estadística es forzoso introducir simplificaciones, y no se provocará daño alguno siempre que se vuelva, antes de construir una nueva teoría, de lo simplificado a lo complejo.

El tema de la privación podría llevarse demasiado lejos. Para simplificar las cosas, Bowlby debe dejar de lado toda consideración de los recursos con que cuentan los niños normales, en virtud de los cuales no se convierten inevitablemente en niños privados cuando están lejos de sus padres durante un lapso no demasiado prolongado. Probablemente algunos niños sufran un daño mayor por no poder llevar consigo al hospital al osito con el que se van a la cama, o por el hecho de que llevaron el osito pero se lo mezcló allí con todos los demás juguetes, o fue esterilizado o destruido, que por la pérdida temporal de los padres reales. Nada de lo que Bowlby escribe contradice esta idea, pero creo necesario que recordemos que la naturaleza humana es harto compleja como para evaluarla mediante el método estadístico, aunque ciertos tipos de

enfermedad pueden estudiarse de este modo, en particular las enfermedades algo estereotipadas.

En la segunda parte, donde se examina la forma de prevenir la privación materna, Bowlby recorre ampliamente el tema, permitiéndonos beneficiarnos de su experiencia enriquecida por su estudio de la bibliografía. Es generoso en sus citas de otros autores. En general, la presentación muestra cuánto tiempo y reflexión ha dedicado al tema, y esta parte tiene valor práctico y será bien recibida por el público en todo el mundo. Uno concuerda casi siempre con las opiniones expresadas. Quisiera referirme en especial a la aseveración de que "favorece a la salud mental del bebé adoptado que lo sea poco después del nacimiento". Llevar esto a la práctica ha demostrado ser cada vez más difícil. También es sensato, sin duda, que si una madre va a entregar a su bebé no le dé el pecho antes de hacerlo, y lo entregue a los padres adoptivos lo antes posible para que éstos empleen su técnica. Tendríamos que abandonar, y cuanto antes mejor, la idea de que lo que sucede en las semanas posteriores al nacimiento no modifica en nada la psique del bebé.

Quisiera formular una crítica, pero es una opinión personal y tal vez otros lectores no la compartan. Encuentro muy insatisfactorio uno de los capítulos, en el que se tratan problemas teóricos. Es posible que haya sido insertado en una etapa posterior y el autor tenga el propósito de reescribirlo. Yo le solicitaría, en particular, que reconsidere la oración en la que afirma que "el mecanismo psíquico que desarrollamos en nuestro interior para armonizar nuestras distintas, y a veces conflictivas, necesidades, y para procurar satisfacerlas en un mundo aprehendido de manera realista, es nuestro yo" (la bastardilla es mía). Creo que a quienes son nuevos en la psicología, la declaración de que cierto mecanismo psíquico "es el yo" sólo puede provocarles una confusión mental, sobre todo porque diversos grupos utilizan de variadas maneras la palabra "yo". A mi juicio, sería más satisfactorio decirlo al revés, o sea, que los psicoanalistas llaman "el yo" a ese mecanismo psíquico; otros quedan en libertad de llamarlo por algún otro nombre.

Aparte de esta oración poco feliz, hay a mi entender en este capítulo teórico un tratamiento pobre del tema, que desmerece al libro. Las formulaciones teóricas de otros capítulos son mucho más satisfactorias, aunque expresadas en un lenguaje más popular. Si tiene que haber un capítulo teórico, en ese lugar debería puntualizarse que existen factores internos muy complejos que no pueden abordarse en absoluto en un libro como éste. En un lugar, Bowlby procura decirlo en términos positivos: "Esos niños (los que han sufrido una privación grave) son personalidades ineficaces, incapaces de aprender de la experiencia, y por lo tanto pasan a ser los peores enemigos de sí mismos. El problema teórico radica en comprender cómo es que la privación pudo llevar a este resultado. Los dos enfoques principales para darle solución son los descubrimientos de Goldfarb sobre el deterioro del pensamiento abstracto en estos pacientes y los hallazgos clínicos sobre su incapacidad para identificarse o para introyectar. Cada uno de esos enfoques constituye un avance, pero aún no ha llegado el día en que puedan conducirnos a un cuerpo teórico unificado".

Dudo mucho de que los descubrimientos de Goldfarb sobre el pensamiento abstracto nos lleven muy lejos. En rigor, sería peligroso difundir la idea de que los niños bien dotados para el pensamiento abstracto están por ello mismo capacitados para no robar. Por cierto, es dable apreciar que en el "complejo de privación" total se encuentra cierto deterioro específico de la capacidad para el pensamiento abstracto. Los diferentes fenómenos tienen una causa común. Lo temible sería que lectores nuevos en este tema piensen que al niño antisocial puede explicárselo en gran medida por la presencia de una dificultad para pensar. De hecho, el trastorno tiene mucho que ver con el afecto, y con la culpa inconsciente, y con cosas tales como el miedo a la locura y a la pérdida de la identidad y al contacto con la realidad externa. Si el autor sostiene realmente lo que ha escrito en este capítulo, me veo obligado a expresar mi discrepancia con él; pero más bien creo que, o bien yo he apuntado en una dirección equivocada, o bien Bowlby ha cometido algún desliz en este capítulo y lo reescribirá para la nueva edición que ya debe estar por aparecer.

Al leer este libro hay que tener continuamente presente su propósito, y salvo en este capítulo, mi impresión es que Bowlby no se olvidó nunca del público que tenía enfrente. Por eso, presumiblemente, aunque menciona el psicoanálisis, no cita a Freud en su bibliografía. Lo inconsciente no es soslayado, pero tampoco se lo trae a la palestra. Esto es comprensible, aunque... ¿no ha sido en rigor el análisis diario detallado de adultos y niños, junto con el desarrollo gradual de la teoría psicoanalítica, el que hizo posible y oportuna la obra del Dr.

Bowlby?

Contamos ahora con una película realizada por el Dr. Bowlby y su equipo, que ilustra en forma excelente los penosos hechos vinculados con un niño privado, que por fortuna se recuperó? Todo el que haya trabajado en la sala de niños de un hospital ha tenido la posibilidad de asistir, una y otra vez, a lo que esa película muestra sintéticamente. Yo no podía entender por qué son pocas las personas que se dan cuenta de esto por sí solas, hasta que advertí que si lo hicieran, el trabajo en esas salas les resultaría muy doloroso. Bien utilizado, ese filme puede surtir grandes efectos y no debemos esperar que el equipo pueda tener alguna vez un efecto mejor. El peligro reside en que, imponiéndole estos hechos a un público no dispuesto a padecerlos, se produzcan reacciones y contra-reacciones que den lugar a un nuevo problema. Impedir esto depende de quienes estén a cargo de la presentación de la película.

Notas:

(1) "Los cuidados maternos y la salud mental".

Biblioteca D. Winnicott

Breve comunicación sobre la enuresis

- 1930 -

No es mi objetivo en esta comunicación repasar todo el campo que abarca ese síntoma común, la enuresis, ni pretendo estar en condiciones de explicar el mecanismo de la formación del síntoma en todos los casos. Menos aún intento proponer como cura alguna droga o treta en el cuidado del paciente, ya que la experiencia me ha enseñando a abandonar la búsqueda de efectos mágicos. Mi tarea consistirá en presentar un punto de vista acerca de este síntoma.

La opinión médica ha cambiado tanto en los últimos cinco años que si digo que la enuresis es casi siempre un síntoma de origen psicológico, tal vez esté enunciando una perogrullada, aunque hasta hace poco la bibliografía se había ocupado casi exclusivamente de ella como trastorno físico.

Aquí debo dejar en claro que en este contexto no pueden incluirse en el término "psicología" los reflejos condicionados. Hay en ciertos ámbitos la tendencia a decir: "Sí, la enuresis es un fenómeno psicológico; se trata simplemente de una cuestión de reflejos condicionados". Pero el síntoma no puede ser explicado según estos lineamientos, o sea de forma aislada de la vida emocional del niño. Es probable, por cierto, que sobre la base de los sólidos cimientos establecidos por Pavlov se edifiquen complicadas teorías de la conducta que contribuyan a explicar qué pasa, por ejemplo, cuando un niño siente culpa; pero el sentimiento de culpa seguirá en pie, y la psicología seguirá siendo una ciencia aparte. Del mismo modo, la enuresis continuará siendo un problema para el psicólogo.

La verdad es que mi punto de vista resultará obvio para cualquiera que tenga oportunidad de observar cómo funcionan los sentimientos de los niños, pero necesariamente oscuro e improbable para aquellos cuyos intereses se encaminen en otras direcciones.

Un médico no necesita estar particularmente interesado en la técnica patológica para aplicar la prueba de Wassermann y aprender a interpretar inteligentemente los resultados. De la misma manera, quienes desean evitar el análisis de los factores emocionales pueden extraer ayuda para el diagnóstico de quienes desean investigar precisamente los problemas que ellos evitan.

Como ejemplo de tal ayuda para el diagnóstico daré el siguiente: en el diagnóstico de la corea reumática, no evidente por los movimientos del cuerpo pero posible, la presencia de una mayor frecuencia o urgencia de la micción es un factor importante que milita contra dicho diagnóstico; por el contrario, favorece un diagnóstico de agitación psicológica (no física), según el cual el tratamiento sería muy distinto del que debe prescribirse para una corea a raíz de la carditis posiblemente asociada.

Esta agitación ansiosa, no coreica, nos lleva al tema de este artículo, ya que el aumento de la sensibilidad en el tracto urinario en este tipo de pacientes suele provocar enuresis, en especial incontinencia diurna.

Los niños que tienen este cuadro no siempre son llevados al médico por la enuresis sino por la agitación, ya que no pueden permanecer quietos "ni siquiera a la hora de comer", y tienen otros síntomas de angustia, como cólicos abdominales, trastornos de la defecación, disuria (sobre todo en las niñas), etcétera. La enuresis de los pacientes que pertenecen a este grupo bastante claramente definido es en realidad uno de los productos colaterales de la angustia. Ésta es la forma manifiesta que adopta el sentimiento de culpa que acompaña a las fantasías masturbatorias (inconscientes).

No menos frecuente es la enuresis no acompañada de angustia evidente. En este caso es principalmente nocturna, y quizás el hecho de que sea también diurna exprese el grado de enfermedad. Los niños con este tipo de enuresis por lo común son llevados a la consulta a raíz de la incontinencia o algún otro síntoma de nerviosismo psicológico, fobias, tartamudeo. Estos niños componen un grupo enorme y heterogéneo, pero en todos los casos la enuresis es el concomitante físico de una fantasía (habitualmente inconsciente) de micción. Podría decirse que el niño evitó la angustia expresándose a través de un medio que era normal para él de bebé, en una etapa pregenital en la que su sentimiento de culpa era comparativamente débil. La enuresis es aquí parte de una regresión, y las fantasías correspondientes a la sensación genital colorearon las correspondientes a la micción. Los trastornos asociados a la defecación, cuando se presentan en pacientes con este tipo de enuresis, cobran la forma de una incontinencia. A veces se demuestra que hay anestesia. El niño agitado e inquieto debe correr a defecar, mientras que este tipo de paciente defeca sin poder contenerse porque no es consciente de ninguna sensación.

A algunos les cuesta creer que todos los niños están bien dotados de material para sus fantasías de micción. Para otros, por lo que dicen y sueñan los niños, por sus juegos y sus síntomas, resulta obvio que no es anormal que abunden tales fantasías. El afecto primordial es placentero, derivado de la experiencia infantil de micción frente a la madre o la enfermera. El afecto secundario es agresivo, a menudo cruel (como lo representa la pistola de juguete que echa un chorro de agua). Los siguientes casos ilustran estos puntos.

Caso 1

Dennis, un hijo único muy inteligente que ahora tiene cinco años, fue atendido por mí desde que tenía dos. En ese momento el cuadro era de una extrema apatía, con total imposibilidad de jugar o de interesarse por algo. Después de un tiempo se puso en claro que era la otra cara de la medalla de un cuadro de muy grave angustia; en este caso los síntomas eran sobre todo ataques de gritos de inusual frecuencia e intensidad, en los que el niño sudaba abundantemente, se desvanecía o se ponía totalmente blanco, e incluso perdía la conciencia y echaba espuma por la boca, con cianosis. A veces se volvía maniaco y desplegaba una fuerza imprevista en un niño de su edad. Era víctima de intensas alucinaciones visuales y auditivas.

Durante el tratamiento pudo jugar, y de hecho ahora despliega una rica imaginación en la invención de juegos que representan todas las facetas de su vida emocional. De esa multitud de juego sólo deseo mencionar los concernientes al fuego y al agua. Al principio representaban incendios o mojaduras en general, a menudo acompañadas por un franco deseo de orinar. Al liberar su personalidad en el curso del tratamiento, pudo jugar estos juegos de una forma inconfundible para quien haya tenido oportunidad de observarla. Por un lado, está el juego consistente en lastimarme, mutilarme o destruir algún objeto importante de mi consultorio tirándome agua caliente en la cabeza, los pies, mis libros, etcétera. En este juego, yo tengo que mostrar que sufro gran dolor. Por otro lado, está el juego en el que el niño moja y ensucia frente a la madre, que reconoce su regalo castigándolo de manera muy leve. En la atmósfera inusualmente libre del consultorio, este juego es desarrollado sin cortapisas y de forma abierta. Habiendo sido testigo de estos juegos, soy incapaz de atribuir su ocasional enuresis a causas físicas.

Caso 2

Edward, de 11 años (hermano de 9, hermana de 4), me fue derivado por la doctora Helen Mackay a raíz de ataques convulsivos que no parecían tener base orgánica. Su maestro escribió: "Mala conducta general; perezoso y astuto; elude ciertas materias, por ejemplo la aritmética; juega con chicos menores que él. A menos que padezca una afección orgánica, tengo claro cuál sería el tratamiento eficaz para él, aunque en estos tiempos no se aprueben estos tratamientos". Si se le daba oportunidad de hablar con libertad en momentos estipulados, producía ciertas fantasías. Nos ocuparemos sólo de algunos grupos.

La idea de un hombre grande peleando con uno pequeño originó la historia de una banda de ladrones que maltrataban a la hija del rey, la que fue rescatada por su amante. Esto a su vez llevó a que me describiera que anhelaba ser maltratado, lo que de hecho lo llevó a ver que se merecía el castigo.

Superficialmente, este merecerse un castigo tenía dos raíces. Por un lado, expresaba un gran amor por los animales mudos, y el temor de que lo encerrarán si él era cruel con ellos. (Su padre era policía; con la idea de los animales se mezclaba la de los dos hijos menores.)

Por otro lado, había una fantasía que ilustra por qué motivo la enuresis es tan común. Una de sus facetas se asociaba con desordenar un florero. Al contar esto se acordó de que había desordenado su dormitorio justo después de que su madre lo hubiera limpiado y ordenado completamente. A continuación hizo la siguiente observación espontánea: "A un bebé a veces le gusta mojar lo que su madre pasó mucho tiempo limpiando y secando". Luego dejó en claro que ser castigado por su madre le brinda sentimientos que representan los que originalmente correspondían a esa fantasía infantil, vivenciada a menudo.

Alguien podría decir: "Oh, bueno, son sólo palabras; no tienen raíces profundas en la personalidad del chico". Para los que así piensen, agregaré que durante una semana, después de esto, mojó la cama todas las noches, aunque hasta entonces no lo había hecho nunca desde que era bebé.

Es interesante señalar que ahora, en una etapa posterior, esos dos deseos se presentan como formaciones reactivas; dice que no se decide entre ser policía, como su padre, y encerrar a la gente por maltratar a los animales, o ser bombero y arriesgar su vida salvando a otros (y, de paso, tener la oportunidad de arrojar agua a las casas incendiadas, aunque esto olvidó mencionarlo).

En cualquier comunicación sobre la enuresis pueden señalarse dos afecciones físicas. En primer lugar, la epilepsia nocturna pasaría inadvertida si no fuera porque a la mañana se encuentra la cama mojada. En segundo lugar, una infección del tracto urinario puede aumentar la frecuencia y la urgencia de la micción, y por ende la incontinencia. En la práctica la primera es comparativamente rara, aunque debe tenerse presente, y la segunda pocas veces crea dificultades serias. La disuria, el aumento reciente de la urgencia sin un aumento del nerviosismo, el estado febril y, sobre todo, el examen microscópico del depósito de orina, llevan al reconocimiento relativamente sencillo de una cistitis. Salvo por estas excepciones, la causa corriente de la enuresis se halla en la vida emocional del niño. Se observará que he hablado del niño y no de los padres. No se puede hablar de los padres sin criticar, con toda lógica, a los padres de los padres, y así sucesivamente. Si una madre se preocupa en demasía por que su hijo sea limpio, dando así fuerza excesiva a los sentimientos infantiles normales sobre el mojarse, contribuye a echar los cimientos de trastornos futuros si, en una etapa posterior, el desarrollo emocional del niño sufre alguna tensión. Pero la madre actúa según sus sentimientos, ¿y quién podría decir que sería mejor madre si en lugar de extremar su preocupación se volviese deliberadamente despreocupada? El bebé nota sobre todo la actitud inconsciente inmodificada del progenitor, y no apreciará el cambio superficial.

La enuresis representa la persistencia anormal de una etapa normal de vigencia emocional; en la psiconeurosis, la micción puede ser reinvestida de sentimientos que pertenecen, en rigor, a la organización genital, y en consecuencia están sujetos a las inhibiciones, compulsiones, anestésias y excitaciones de ese rubro.

Ninguna teoría sobre la enuresis puede ser seriamente considerada si no toma en cuenta el material de las fantasías inconscientes del paciente. Además, ninguna "cura" de la enuresis es aceptable si los historiales clínicos no revelan que el observador ha apreciado la importancia de las sugerencias inconscientes de parte del médico.

En este artículo sólo he escarbado la superficie, confiando en producir reacciones que aclaren cuál es la opinión profesional actual sobre los mecanismos que subyacen en el síntoma enuresis.



Biblioteca D. Winnicott

Reseña de "The Cambridge evacuation survey: a wartime study in social welfare and education"

1941

[Editado por Susan Isaacs, 1941]

La evacuación era indispensable. En una desencaminada tentativa de aminorar los males inherentes al exilio, muchos han intentado figurarse que la evacuación es en realidad algo bueno, sensato, y que era necesaria una guerra para que se la pusiera en práctica. Sin embargo, para mí la evacuación es una historia trágica; o bien los niños quedan emocionalmente perturbados -tal vez hasta un grado mayor del que podrían recuperarse-, o bien ellos son felices y son los padres los que padecen-con el corolario de que ni siquiera sus propios hijos los necesitan-. A mi entender, el único éxito que puede reclamar para sí el plan de evacuación es que podría haber fracasado.

No obstante, mi labor ha consistido en asistir a los fracasos y a las tragedias; además, una visión personal tiene escaso valor. En cambio, en The Cambridge Evacuation Survey obtenemos la visión de un equipo de colaboradores que realizaron una investigación sistemática en el lugar y en el momento de los hechos, y este libro decididamente merece ser estudiado. La opinión colectiva de los editores y de los nueve autores no es del todo pesimista, aunque en varios sitios de la obra se formulan fuertes críticas.

Este libro compendia una enorme cantidad de ideas y de trabajo de clasificación y selección. Abarca el período que se extiende desde el estallido de la guerra hasta el final de la etapa previa al momento en que se iniciaron los bombardeos directos de ciudades. Después de esto, la reevacuación no habría hecho sino complicar toda tentativa de estudio estadístico. En este volumen las estadísticas son utilizadas con idoneidad, pese a lo cual nunca perdemos de vista a los niños, sus padres y padres adoptivos y sus maestros como seres humanos íntegros. Tal vez sea éste el motivo de que su lectura resulte tan grata.

Una muestra del tono de la obra puede apreciarse en los siguientes extractos:

"Nuestra conclusión más amplia y general es, pues, ésta: que el primer plan de evacuación habría sido en mucho menor medida un fracaso, en mucho mayor medida un éxito, si se lo hubiese

programado con más comprensión hacia la naturaleza humana, la forma en que siente y en que es probable que se conduzcan los padres comunes y corrientes y los niños comunes y corrientes.

"En especial, la fuerza de los lazos familiares, por una parte, y la necesidad de un conocimiento idóneo de cada niño, por la otra, parecen haber estado muy lejos de la comprensión de los responsables del Plan" (pág. 9).

"... no proporcionar servicios personales a los que pudieran acudirlos individuos para ser comprendidos y ayudados fue una extravagancia" (pág. 155).

Esta aguda lección sobre la ineficacia y el desperdicio de un enfoque parcial de un gran problema humano, que por su propia naturaleza toca todos los aspectos de la vida humana, no es válida en modo alguno sólo para la crisis temporaria provocada por la dispersión de las poblaciones urbanas durante una guerra" (pág. 11).

El cuerpo principal del libro debe ser leído para poder apreciarlo, ya que ha sido cuidadosamente redactado y no se haría justicia a las conclusiones sacando un pedazo de la torta y ofreciéndolo como fruta fresca.

Hay un esclarecedor y divertido capítulo sobre "Lo que dicen los niños". Fue posible someter al análisis estadístico las respuestas brindadas a dos preguntas simples: ¿Qué te gusta de Cambridge? ¿Qué extrañas en Cambridge? A veces las respuestas necesitaban ser interpretadas, pero todas ellas transmiten el sentir consciente de los interrogados.

A un médico tal vez se le permita manifestar su pesar por el hecho de que los profesionales de la medicina resultaran tan insuficientemente preparados ante el tipo de problemas que planteó la evacuación, de que a nadie se le ocurriese solicitar ayuda al médico si no era para el manejo de la salud física y el tratamiento preventivo de infecciones y de infestaciones. Todo el peso recayó en los maestros, quienes, en la medida en que se les permitió, emprendieron extraordinariamente bien la nueva labor de cuidar de los niños en forma integral. En este estudio se menciona a un médico, el doctor John Bowlby, quien suministró una útil clasificación operativa de los niños en seis grupos bien definidos, de acuerdo con su grado de anormalidad.

- A) Niños angustiados, que pueden o no estar, además, deprimidos;
- B) Niños "encerrados en sí mismos", que tienden a retraerse de las relaciones con otras personas;
- C) Niños celosos y díscolos;
- D) Niños hiperactivos y agresivos;
- E) Niños que presentan alternativamente estados de ánimo exaltados y deprimidos;
- F) Niños delincuentes".

"Los niños fueron clasificados según estas seis formas de respuesta, y también se los ordenó, de acuerdo con la magnitud del trastorno, en tres categorías. El Grado I indica una dificultad leve, en ciertos casos no mucho más que una mera tendencia, que con un tratamiento razonable y comprensión del curso normal de los acontecimientos, en el hogar y en la escuela, se corrige por sí sola. El Grado II indica una inadaptación bastante seria, que exige tratamiento clínico, pero que es presumible que ceda con cuidado y atención especializada. El Grado III indica un trastorno emocional profundo que probablemente origine más adelante un derrumbe serio, si no es tratado en su primera etapa".

La descripción que hace el doctor Bowlby de los niños que pertenecen a cada uno de estos tres grupos se basa, evidentemente, en la observación clínica, y por lo tanto tiene valor aun cuando la experiencia lleve a modificarla.

Queda mucho por hacer con respecto a la evacuación y a las perturbaciones que ella ha causado en el desarrollo emocional, así como con respecto al empleo que algunos han hecho de ella para obtener auténticos y duraderos beneficios. Los sentimientos y factores inconscientes, por ejemplo, no son abordados directamente en este libro, a pesar de su gran importancia en este caso, como en todos los vinculados con las relaciones humanas.

No obstante, este libro es representativo del tipo de obras que se necesitan, porque es objetivo y carece de sentimentalismo, y debemos estar agradecidos a la doctora Susan Isaacs y a sus colegas.

Debe mencionarse el nombre de la señorita Teodora Alcock, aunque no figure en la lista de autores, ya que el estudio fue fruto del Grupo de Debates sobre los Niños que ella creara y al que muchos de nosotros hemos concurrido con gusto durante varios años.



Biblioteca D. Winnicott

El desarrollo de la capacidad de preocuparse por el otro 1962

**Trabajo presentado ante la Sociedad Psicoanalítica de Topeka
el 12 de octubre de 1962; publicado por primera vez en 1963**

El origen de la capacidad de preocuparse por otro presenta un problema complejo. La preocupación es un aspecto importante de la vida social. Los psicoanalistas solemos buscar sus orígenes en el desarrollo emocional del individuo. Queremos conocer la etiología de la preocupación, el punto exacto de su aparición dentro del proceso de desarrollo del niño, por qué algunos individuos no logran afirmar su capacidad de preocuparse y cómo se pierde el sentimiento de preocupación parcialmente afianzado.

La palabra "preocupación" se utiliza para referirse, en positivo, al mismo fenómeno al que se alude en negativo con la palabra "culpa". El sentimiento de culpa es una angustia vinculada con el concepto de ambivalencia; implica cierto grado de integración del yo individual, que posibilita la conservación de la imago del objeto bueno junto con la idea de su destrucción. La preocupación entraña una integración y un desarrollo más avanzados y se relaciona de modo positivo con el sentido de responsabilidad del individuo, sobre todo con respecto a las relaciones en que han entrado las mociones instintivas.

La preocupación se refiere al hecho de que el individuo cuida o le importa el otro, siente y acepta la responsabilidad. Si tomamos la enunciación de la teoría del desarrollo en su nivel genital, podríamos decir que la preocupación por el otro es la base de la familia: ambos cónyuges asumen la responsabilidad por el resultado del acto sexual, más allá del placer que él les produce. En la vida imaginativa global del individuo, el tema de la preocupación plantea cuestiones aun más amplias: la capacidad de preocuparse está detrás de todo juego y trabajo constructivos, es propia de la vida sana y normal, y merece la atención del psicoanalista.

Hay muchos motivos para creer que la preocupación -con su sentido positivo- aparece en la fase más temprana del desarrollo emocional del niño, en un período anterior al del clásico complejo de Edipo, que implica una relación entre tres individuos, cada uno de los cuales es percibido por el niño como una persona completa. Empero, es innecesario señalar con exactitud el momento de su

aparición; a decir verdad, la mayoría de los procesos iniciados en la temprana infancia nunca se afianzan por entero en esa etapa de la vida, sino que continúan fortaleciéndose con el crecimiento... y éste persiste en la niñez tardía, en la edad adulta y hasta en la vejez.

El origen de la capacidad de preocuparse suele describirse en términos de la relación entre la madre y el bebé, y situarse en un momento en que el hijo ya es una unidad establecida y percibe a su madre (o a la figura materna) como una persona completa. Este avance pertenece esencialmente al período de relación bicorporal.

En toda descripción del desarrollo del niño se dan por sobrentendidos ciertos principios. Deseo señalar que tanto en el campo de la psicología como en el de la anatomía y la fisiología, los procesos de maduración constituyen la base del desarrollo del bebé y el niño. No obstante, en el desarrollo emocional es obvio que deberán cumplirse determinadas condiciones externas para que el niño pueda realizar su potencial de maduración. En otras palabras, el desarrollo depende de la existencia de un ambiente suficientemente bueno; cuanto más atrás nos remontemos en nuestro estudio del bebé, tanto más cierta será la imposibilidad de que se cumplan las etapas tempranas de su desarrollo sin un quehacer materno suficientemente bueno.

Habrán acontecido muchas cosas en el desarrollo del bebé, antes de que podamos empezar a referirnos a la preocupación. La capacidad de preocuparse es una cuestión de salud, una capacidad que, una vez establecida, presupone una organización compleja del yo que sólo puede concebirse como un doble logro: en el cuidado del bebé y el niño, por un lado, y en sus procesos de crecimiento interior, por el otro. Para simplificar el tema que deseo examinar, daré por sentado que en las etapas tempranas de su desarrollo el niño está rodeado de un ambiente suficientemente bueno. La capacidad de preocuparse es, pues, siguiente a unos complejos procesos, de maduración cuya efectivización depende de que se preste un cuidado suficientemente bueno al bebé y al niño.

Entre las muchas etapas descritas por Freud y los psicoanalistas freudianos debo escoger una que hace necesario el uso de la palabra "fusión", entendiéndose por tal el logro de un grado de desarrollo emocional en el que el bebé experimenta mociones eróticas y agresivas simultáneas hacia un mismo objeto. Por el lado erótico hay una doble búsqueda de satisfacción y de objeto; por el lado agresivo hay un complejo de rabia, que se vale del erotismo muscular, y de odio, que entraña la conservación de la imago de un objeto bueno con fines comparativos. El impulso agresivo-destrutivo tomado en su totalidad contiene, además, una forma primitiva de relación de objeto en la que el amor lleva implícita la destrucción del objeto amado. Esta explicación adolece, por fuerza, de cierta vaguedad; sin embargo, para seguir mi razonamiento no necesito saberlo todo acerca del origen de la agresión, porque doy por sentado que el bebé ha adquirido la capacidad de combinar las dos experiencias (erótica y agresiva), y de hacerlo con respecto a un mismo objeto. Dicho de otro modo, ha llegado hasta la ambivalencia.

Cuando esta ambivalencia se incorpora de hecho al proceso de desarrollo de un bebé, éste adquiere la capacidad de experienciarla tanto en la fantasía como en la función corporal de la que aquélla fue originariamente una elaboración. Además, el bebé empieza a relacionarse a sí mismo con objetos que presentan cada vez menos el carácter de fenómenos subjetivos y, cada vez más, el de elementos percibidos objetivamente como "distintos de mí". Ha empezado a establecer un self, una unidad que está contenida físicamente dentro de la envoltura corporal de la piel y, a la vez, está integrada psicológicamente. En la psique del hijo, la madre se ha convertido en una imagen coherente a la que se le puede aplicar el término de "objeto total". Esta situación, al principio precaria, podría denominarse "la etapa de Humpty Dumpty" (1): el muro sobre el que Humpty Dumpty se ha sentado precariamente es la madre, que ha dejado de ofrecerle su regazo.

Este adelanto implica un yo que empieza a independizarse de la madre como yo auxiliar. Ya puede

decirse que el bebé tiene un interior y, por ende, un exterior. Ha nacido el esquema corporal, que cobra complejidad a un ritmo acelerado. De aquí en adelante el bebé lleva una vida psicósomática. La realidad psíquica interior, que Freud nos enseñó a respetar, se transforma para el bebé en una cosa real: ahora, él siente que la riqueza personal reside dentro del self. Esta riqueza personal se desarrolla a partir de la experiencia simultánea de amor y odio que lleva implícito el acceso a la ambivalencia, cuyo enriquecimiento y refinamiento conducen, a su vez, al surgimiento de la preocupación.

Me parece útil postular que para el bebé inmaduro existen dos madres, a las que podría denominar "madre-objeto" y "madre-ambiente". No deseo inventar designaciones que se anquilosen con el tiempo, tornándose rígidas y obstructivas, pero creo poder utilizarlas en este contexto para describir la enorme diferencia que existe -desde la perspectiva del bebé- entre estos dos aspectos de su crianza: la madre vista como objeto, o sea, como el objeto parcial que puede satisfacer las necesidades urgentes del bebé, y la madre vista como la persona que lo resguarda de lo imprevisible y suministra un cuidado activo, en cuanto a la manipulación y el manejo general del niño. En mi opinión, lo que hace el bebé cuando su ello ha alcanzado el punto máximo de tensión, así como el uso que da entonces al objeto, difieren mucho del modo en que ese mismo bebé usa a la madre como parte del ambiente global (2).

Conforme a esta terminología, la madre-ambiente recibe todo cuanto pueda llamarse afecto y coexistencia sensual, en tanto que la madre-objeto pasa a ser el blanco de la experiencia excitada, respaldada por la burda tensión de los instintos. Sostengo que la preocupación aparece en la vida del bebé como una experiencia muy compleja y sutil, dentro del proceso de reunión de la madre-objeto y la madre-ambiente en la psique del bebé. El suministro ambiental conserva su importancia vital, si bien el bebé comienza a adquirir la capacidad de tener esa estabilidad interior propia del desarrollo de la independencia.

En circunstancias favorables, cuando el bebé llega hasta el grado necesario de desarrollo personal acontece una nueva fusión. Por un lado tenemos la experiencia y fantasía plenas de la relación de objeto basada en el instinto; el bebé usa el objeto sin detenerse a pensar en las consecuencias, o sea, lo usa en forma incompasiva (si utilizamos el término como una descripción de nuestra visión personal de lo que está pasando). Por el otro, como elemento paralelo, tenemos la relación más tranquila entre el bebé y la madre-ambiente. Cuando ambas se aúnan, se produce un fenómeno complejo al que deseo referirme especialmente.

Veamos cuáles son las circunstancias favorables necesarias en esta etapa. Primera: la madre debe continuar viva y disponible no sólo físicamente, sino también en el sentido de no tener otro motivo de inquietud. Segunda: el bebé debe advertir que la madre-objeto sobrevive a los episodios impulsados por los instintos, que a esta altura han cobrado toda la fuerza de las fantasías del sadismo oral y demás resultados de la fusión. Tercera: la madre-ambiente cumple una función especial, cual es la de seguir siendo ella misma, sentir empatía hacia su bebé, estar presente para recibir el gesto espontáneo del hijo y mostrarse complacida.

La fantasía que acompaña las mociones del ello incluye el ataque y la destrucción. Además de imaginarse que come el objeto, el bebé quiere apoderarse de su contenido. Si el bebé no destruye el objeto no es porque lo proteja, sino debido a la capacidad de supervivencia del objeto mismo. Este es un aspecto de la cuestión.

El otro aspecto se refiere a la relación del bebé con la madre-ambiente. Esta puede proteger a su hijo a tal extremo que el bebé se inhiba o se aparte de ella. Desde este punto de vista, la experiencia del destete contiene un elemento positivo para el bebé; además, ésta es una razón por la que algunos bebés dejan de mamar por sí solos.

En circunstancias favorables, el bebé va adquiriendo una técnica para resolver esta forma compleja de ambivalencia. Experimenta un sentimiento de angustia porque, si consume a la madre, la perderá; empero, esta angustia se ve modificada por el hecho de que el bebé puede aportarle algo a la madre-ambiente. El hijo confía cada vez más en que tendrá la oportunidad de contribuir con algo, de darle algo a la madre-ambiente, y esta confianza lo capacita para soportar la angustia. A1 soportarla altera la calidad de esta angustia, transformándola en sentimiento de culpa.

Las mociones instintivas conducen primeramente al uso incompasivo de los objetos y, luego, a un sentimiento de culpa soportado y mitigado por la contribución a la madre-ambiente que el bebé puede hacer en el término de algunas horas. Asimismo, la presencia confiable de la madre-ambiente le ofrece al hijo la oportunidad de dar y reparar, capacitándolo para experimentar las mociones de su ello con una audacia cada vez mayor (en otras palabras, libera la vida instintiva del bebé). De este modo, la culpa no se siente sino que permanece en un estado latente o potencial y sólo aparece (como tristeza o depresión) si no se presenta la oportunidad para reparar.

Una vez establecida la confianza en este ciclo benigno y en la expectativa de una oportunidad de dar y reparar, el sentimiento de culpa relacionado con las mociones del ello sufre una nueva modificación. Para designarla, necesitamos un término más positivo: por ejemplo, "preocupación". En esta nueva fase el bebé adquiere la capacidad de preocuparse, de asumir la responsabilidad por sus impulsos instintivos y por las funciones correspondientes. Este proceso suministra uno de los elementos constructivos fundamentales del juego y el trabajo, pero en el proceso evolutivo fue la oportunidad de dar y contribuir la que hizo posible que el bebé fuera capaz de preocuparse.

Vale la pena señalar un detalle, especialmente con respecto al concepto de angustia "soportada": a la integración más estática de las etapas anteriores se ha sumado la integración en el tiempo. La madre es quien hace que el tiempo transcurra (éste es un aspecto de su funcionamiento como yo auxiliar), pero el bebé cobra un sentido personal del tiempo que al principio sólo abarca un lapso breve. Este sentido del tiempo es similar a la capacidad del bebé de mantener viva la imago de la madre en su mundo interior, el cual contiene además los elementos fragmentarios, benignos y persecutorios, derivados de las experiencias instintivas. La longitud del lapso por el que un hijo puede mantener viva la imago materna en su realidad psíquica interior depende, en parte, de los procesos de maduración y también del estado en que se encuentre su organización defensiva interna.

He bosquejado algunos aspectos de los orígenes de la preocupación, correspondientes a las etapas tempranas en que la presencia constante de la madre tiene un valor específico para el bebé: el de posibilitarle la libre expresión de la vida instintiva. Empero, el hijo debe lograr este equilibrio una y otra vez. Tomemos el caso evidente del manejo de la adolescencia o el caso, igualmente obvio, del paciente psiquiátrico, para quien a menudo la laborterapia marca un punto de partida hacia una relación constructiva con la sociedad. O bien consideremos el caso de un médico y sus requerimientos: ¿en qué situación quedaría si lo depriváramos de su trabajo? Igual que otras personas, él necesita de sus pacientes, necesita tener la oportunidad de utilizar sus habilidades adquiridas.

No me explayaré sobre el tema de la falta de desarrollo de la preocupación o la pérdida de la capacidad de preocuparse cuando ésta ya ha quedado casi establecida, pero no del todo. Para ser breve, diré que si la madre-objeto no sobrevive, o la madre-ambiente no suministra una oportunidad de reparación confiable, el bebé perderá la capacidad de preocuparse y la reemplazará por angustias y defensas más primitivas, tales como la escisión o la desintegración. Hablamos a menudo de la angustia de separación, pero en este trabajo he intentado describir lo que acontece entre la madre y su bebé, y entre los padres y sus hijos, cuando no hay una separación y no se corta la continuidad externa del cuidado del niño. He tratado de explicar lo que ocurre cuando se

evita la separación.

(1) Alude a una canción infantil inglesa, cuyo protagonista (Humpty Dumpty) es un huevo que cae desde un lugar elevado y se hace añicos.

(2) Harold Searles ha desarrollado recientemente este tema en su libro *The Non-Human Environment in Normal Development and Schizophrenia*, Nueva York, International Universities Press, 1960.

Biblioteca D. Winnicott

Un caso en psiquiatría infantil que ilustra la reacción tardía ante la pérdida 1965

Escrito con destino a una recopilación de ensayos en memoria de Marie Bonaparte, 1965.
Max Schur, comp., *Drives, Affects, Behavior: Essays in Memory of Marie Bonaparte*, vol. 2,
Nueva York, International Universities Press, 1965.

El día posterior a su undécimo cumpleaños, Patrick sufrió la pérdida de su padre, que murió ahogado. La forma en que él y su madre usaron la asistencia profesional que necesitaban ilustra la función del psicoanalista en psiquiatría infantil.

En el curso de un año, realicé diez entrevistas con Patrick y cuatro con su madre, y en los cuatro años transcurridos desde la tragedia me mantuve al tanto, a través de conversaciones telefónicas con la madre, del estado clínico del chico y del modo en que la madre lo manejó a él y a sí misma. Al principio, la madre tenía muy escasa comprensión de la psicología y gran hostilidad hacia los psiquiatras, pero gradualmente fue desarrollando las cualidades y el insight necesarios. De hecho, llegó a cumplir con la función de cuidado mental de Patrick durante el derrumbe de éste, y se sintió muy estimulada por su capacidad para emprender esta pesada tarea y tener éxito en ella.

Familia

El padre ejercía una actividad profesional en la que había alcanzado mucho éxito y tenía muy buenas perspectivas. Junto con su esposa, contaban con un amplio círculo de amigos.

El matrimonio había tenido dos hijos, un varón que estaba en la universidad y Patrick, pupilo en una escuela primaria muy conocida. La familia vivía en Londres y tenía una casa de fin de semana en una isla de la costa. Cerca de esta última, en el mar, murió ahogado el padre mientras paseaba en un velero con Patrick al día siguiente de cumplir éste sus once años.

Evolución del contacto del psiquiatra con el caso

Relataré la evolución del caso en detalle y con la mayor precisión posible porque ilustra ciertas características de la casuística en psiquiatría infantil que estimo vitales.

Toda vez que es posible, obtengo la historia de un caso mediante entrevistas psicoterapéuticas con el niño. Así recogida, la historia contiene los elementos fundamentales, y nada importa que algunos aspectos así obtenidos resulten ser incorrectos. La historia así obtenida evoluciona de acuerdo con la capacidad del niño para tolerar los hechos. Es mínima la cantidad de preguntas formuladas en aras de la prolijidad o de llenar lagunas. Dicho sea de paso, al mismo tiempo el diagnóstico se revela por sí solo. Con este método es posible evaluar el grado de integración de la personalidad del niño, su capacidad para soportar conflictos y tensiones, la fuerza y clase de sus defensas, así como la confiabilidad o falta de confiabilidad de la familia y del ambiente en general; y en ciertos casos se descubren o pueden señalarse afrontas ambientales continuas en el pasado o hasta la fecha.

Los principios aquí enunciados son los mismos que singularizan a un tratamiento psicoanalítico. La diferencia entre el psicoanálisis y la psiquiatría infantil radica principalmente en que el primero trata de tener la posibilidad de hacer lo más posible (y el psicoanalista querrá mantener cinco o más sesiones por semana; en tanto que en el segundo caso uno se pregunta: ¿cuán poco necesita uno hacer?. Lo que se pierde al hacer lo menos posible es balanceado por una inmensa ganancia, puesto que en psiquiatría infantil se tiene acceso a un amplio número de casos para los cuales (como en este del que vamos a ocuparnos) el psicoanálisis no constituye una propuesta razonable. He comprobado, para mi sorpresa, que un caso de psiquiatría infantil puede enseñarle mucho al psicoanalista, aunque la deuda mayor se da en la dirección opuesta.

Primer contacto

Una mujer (que resultó ser la madre de Patrick) me telefoneó en forma inesperada para decirme que había resuelto, contra su voluntad, correr el riesgo de consultar a alguien en relación con su hijo, que estaba en la escuela preparatoria, y una amiga le había dicho que probablemente yo no fuera tan peligroso como la mayoría de los de mi especie. Por cierto yo no podía imaginar, en esta etapa inicial, que esa mujer demostraría ser capaz de hacerse cargo de su hijo a lo largo de una grave enfermedad.

Me contó que el padre del niño había muerto ahogado en un accidente, que Patrick había sido responsable hasta cierto punto de la tragedia, que ella y su hijo mayor aún estaban muy perturbados y que el efecto de este hecho sobre Patrick había sido complejo. Las manifestaciones clínicas de perturbación en Patrick no fueron inmediatas, pero ahora parecía conveniente que alguien indagase. Patrick había sido siempre un hijo muy devoto de su madre, y desde el accidente se había vuelto, según dijo ella, "emotivo".

En este breve resumen de la larga conversación telefónica que mantuvimos, no he tratado de reproducir el aluvión de palabras de la madre ni su escepticismo con respecto a los servicios psiquiátricos.

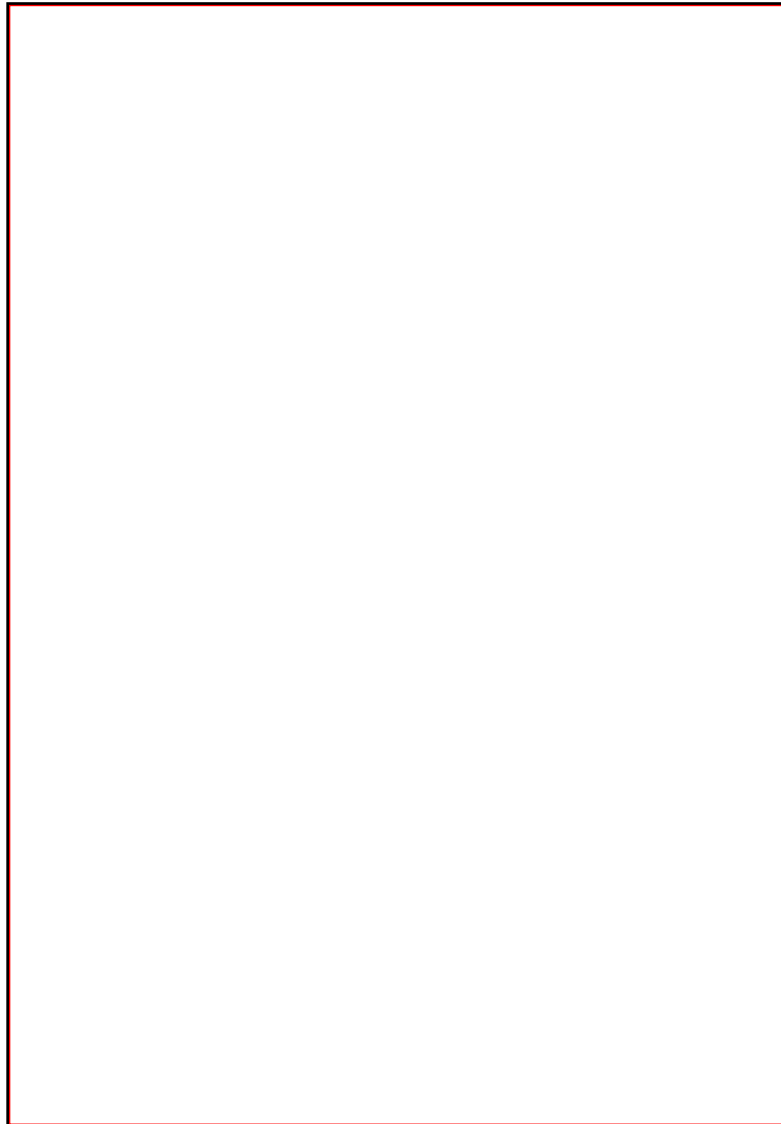
Primera entrevista con Patrick (dos meses después de esta conversación telefónica)
Patrick vino con su madre. Era un chico de contextura delgada, con la cabeza grande. Evidentemente, era inteligente y simpático, y se mantenía muy atento. Le dediqué todo el tiempo de la entrevista (dos horas), que en ningún momento resultó difícil para él o para mí. Sólo que durante

la parte más tensa de la consulta me fue imposible tomar notas. Lo que sigue fue escrito después de finalizada la entrevista.

Patrick dijo que no le estaba yendo bien en la escuela pero que "le gustaba el esfuerzo intelectual". Estábamos sentados junto a una mesa baja circular, donde había papel y lápices, y comenzamos a jugar al juego del garabato (en el que yo hago un garabato para que el chico lo convierta en alguna otra cosa, y luego él hace uno para que yo lo convierta en alguna otra cosa).

1. Al mío lo convirtió en un elefante.

2. Al suyo lo convirtió en "algo abstracto, al estilo de Henry Moore", evidenciando que estaba al tanto del arte moderno; más tarde quedó en claro que esto es producto de la relación con su madre, quien procura activamente mantenerlo bien informado sobre el mundo del arte, que ha sido importante para él desde que tenía cinco años..

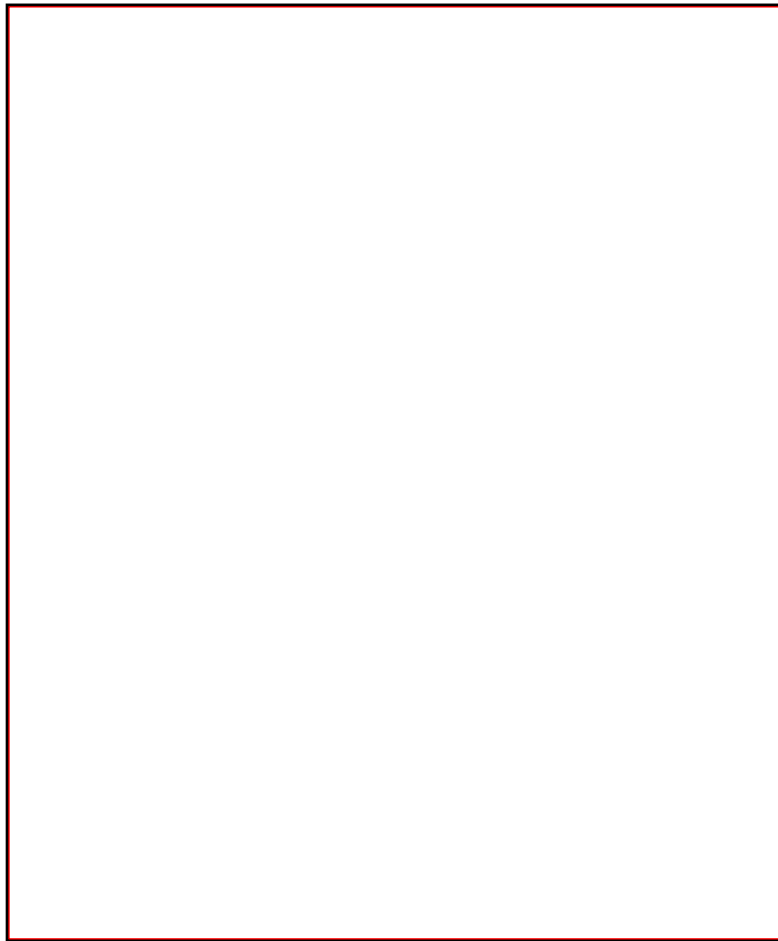


P S I K O L I B R O

Su dibujo mostraba además su sentido del humor, lo cual es importante como pronóstico. Revelaba

su tolerancia de la locura, de la mutilación y de lo macabro. Podría decirse que también revelaba que Patrick tenía talento como artista, aunque esto salió a relucir con más claridad en un dibujo posterior. Su decisión de transformar el garabato en algo abstracto se vinculaba con el peligro, muy real en su caso, de que a raíz de su muy buena capacidad intelectual escapara de las tensiones emocionales refugiándose en la intelectualización compulsiva; y por sus temores paranoides, que luego se pusieron en evidencia, había una base aquí para suponer un sistema organizado de pensamiento.

3. Yo convertí su garabato en dos figuras, sobre las cuales él dijo que era "una madre sosteniendo un bebé". Yo no sabía a la sazón que aquí había ya una indicación sobre la principal necesidad terapéutica.



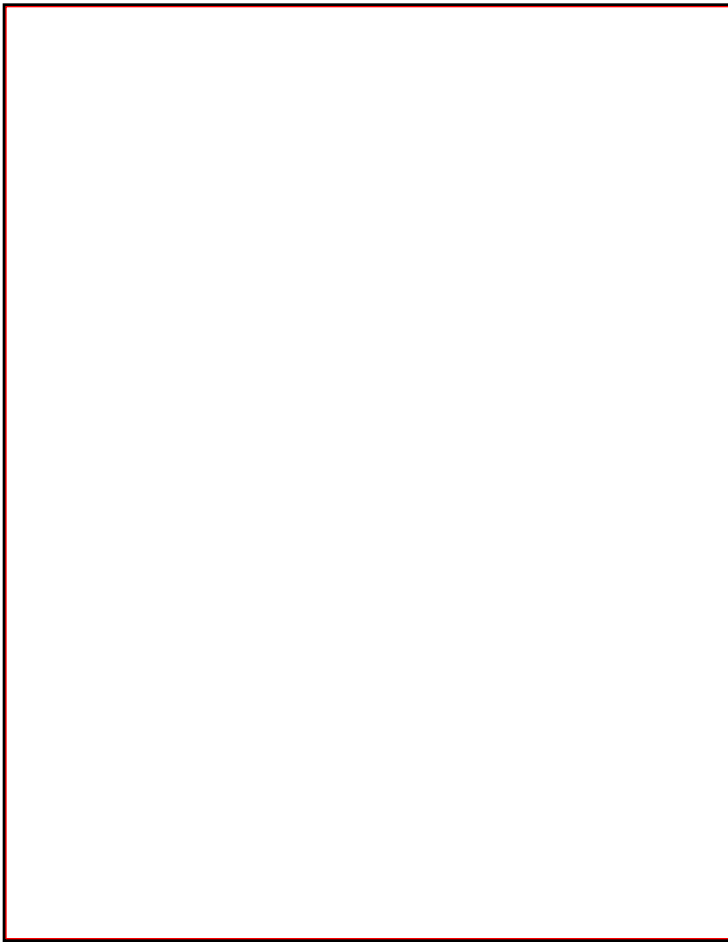
P S I K O L I B R O

4. Convirtió el mío en una obra artística, con rapidez y sabiendo exactamente lo que quería. Dijo que era un árbol de F. En ese momento yo no sabía que F. era el sitio de la tragedia, pero en este dibujo ya estaba incorporada su moción de enfrentar el problema que rodeaba la muerte de su padre.

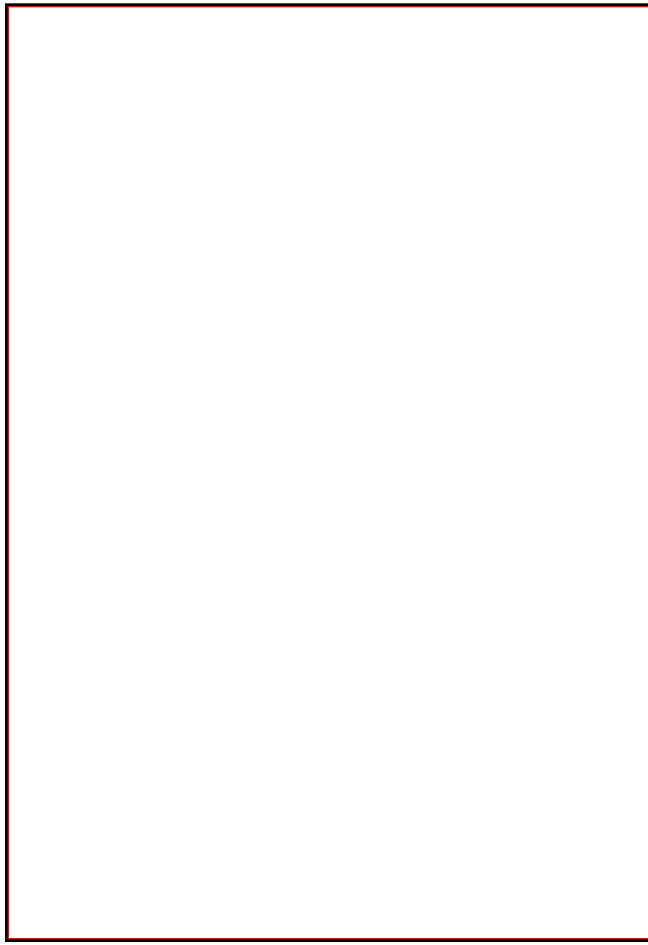
5. Este dibujo, hecho a pedido mío, es la isla donde tenían la casa de fin de semana, y la flecha señala dónde estaba F..



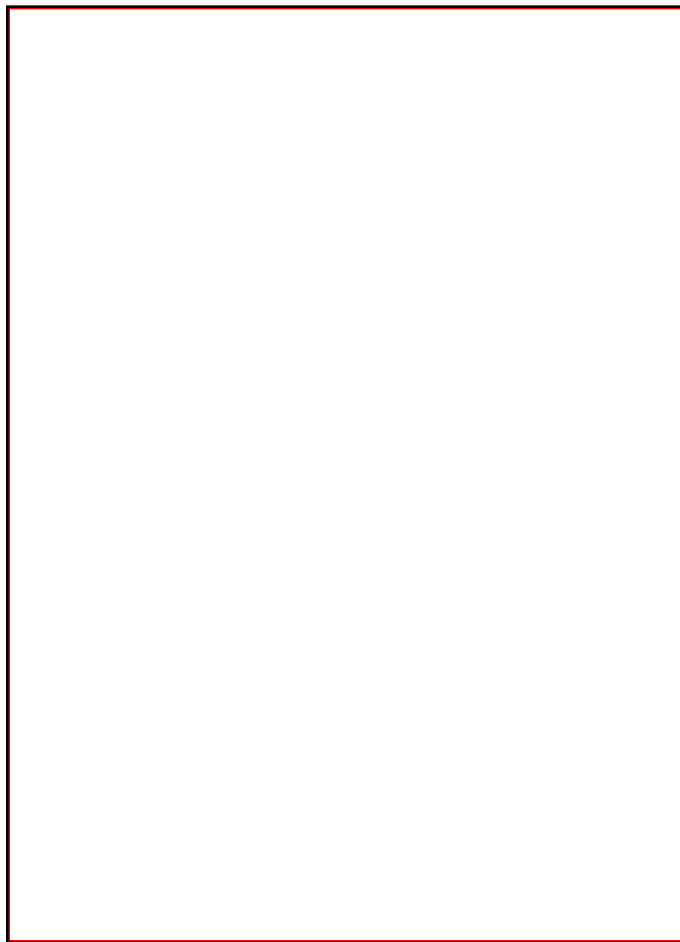
6. Convirtió el suyo en "una madre regañando a su hijo", y aquí puede verse en parte su deseo de ser castigado por la madre.



7. Al mío lo convirtió en Droopy, el personaje de historietas.



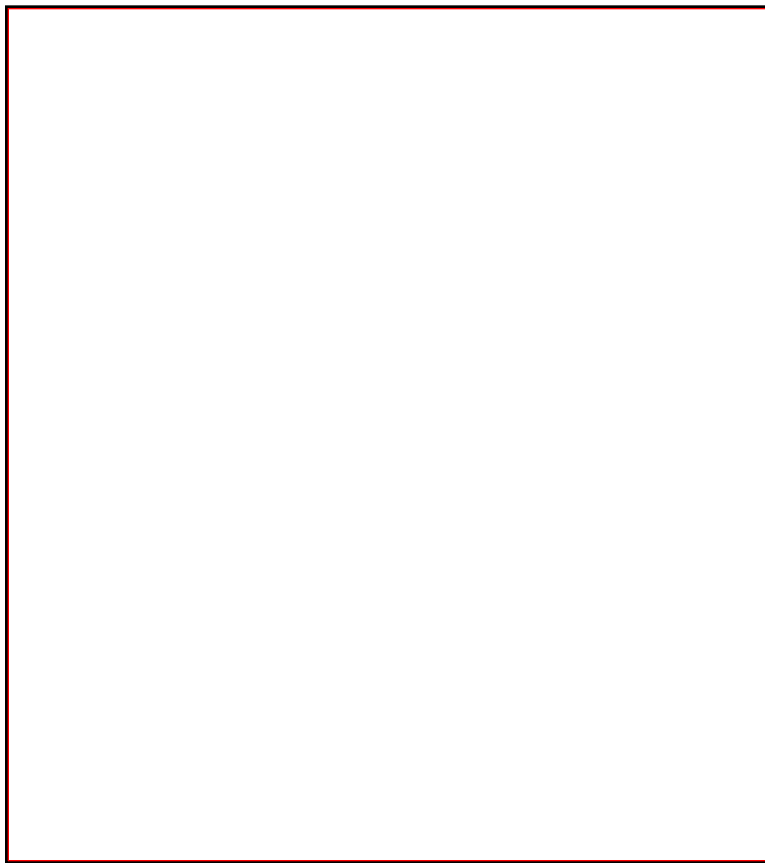
8. Al suyo lo convertí en una especie de figura cómica de una chica.



9. Este fue importante. Convirtió mi garabato en una escultura que representaba una víbora de cascabel. "Podría haberlo hecho un artista moderno", comentó. En este caso se apropió de un garabato, con toda su locura e incontinencia, transformándolo en una obra de arte, con lo cual conseguía controlar los impulsos que amenazaban desbordarlo.



10. Al siguiente yo lo convertí en una especie de mano extraña, y él dijo que podría haberlo hecho Picasso. Esto nos llevó a un debate sobre Picasso en el que mostró sus conocimientos de un modo que resultaba un poco precoz. Coincidimos en que la reciente exposición de Picasso llevada a cabo en la galería Tate, y a la que él fue en dos oportunidades, había sido muy interesante. Dijo, aparentemente con conocimiento de causa, que prefería al Picasso de los períodos "rosa" y "azul"; pero yo advertí que estaba utilizando un lenguaje perteneciente a sus charlas sobre esta materia con su madre.



11. Esta fue una figura bastante sorprendente. Convirtió mi garabato en una persona que se caía dentro de un recipiente de donde comía un perro. La figura está llena de vida, pero no pude descubrir por qué había aparecido esta idea. Supongo que se estaba burlando de mí, o tal vez de todos los hombres.

Luego de esto empezó a charlar y el dibujo pasó a segundo plano. Entre lo que conversamos estuvo lo siguiente:

Durante su primer cuatrimestre en la escuela había tenido un sueño. Dos noches antes de la mitad del cuatrimestre -época que según él era "un momento excitante para un nuevo estorbo"- había estado enfermo, víctima de una epidemia. En el sueño la encargada del internado le decía que se levantara y fuese al vestíbulo, donde daban de comer a los vagabundos.

"¿Están todos presentes?", gritaba la encargada; había quince pero faltaba uno, aunque nadie sabía que faltaba uno. Era en cierto modo extraño, ya que no había ninguna persona sobrante. Además, aparecía una iglesia sin altar, sustituido por una sombra.

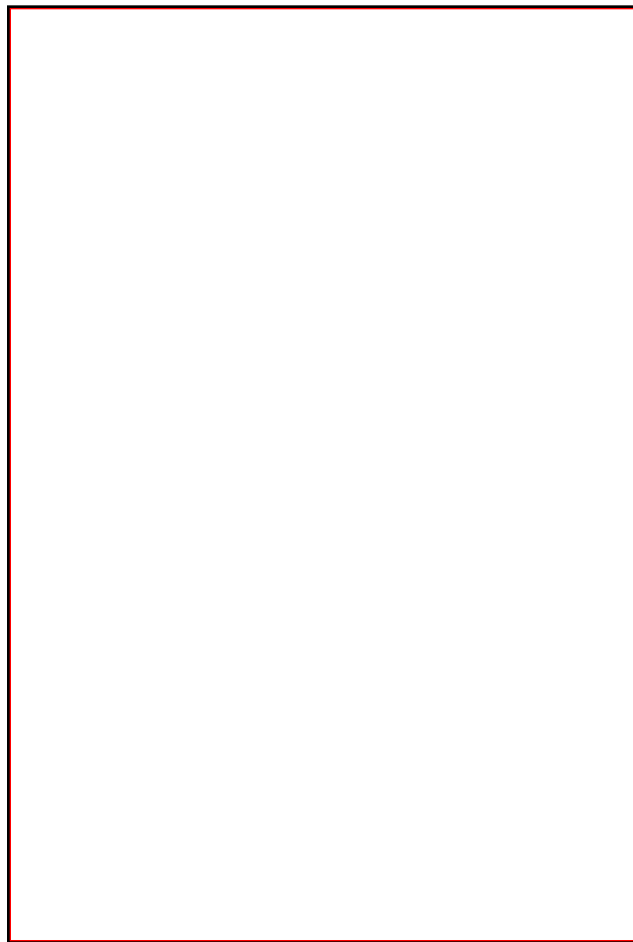
El resto del sueño tenía que ver con un bebé que brincaba encima de un colchón; lo dibujó (N° 12).



El bebé estaba gritando. Dijo que tenía unos 18 meses. Le pregunté si él había conocido bebés, y contestó: "Unos tres". Sin embargo, parecía que en el sueño estaba aludiendo a su propia infancia. Este sueño permaneció poco claro, pero su significado se elucidó en la cuarta entrevista, cuatro semanas más tarde. Supuse que la persona que faltaba era una referencia al padre muerto.

En esta etapa yo no sabía aún que a Patrick no le comunicaron de inmediato la muerte de su padre.

13. Este es su dibujo de la iglesia con la sombra en lugar del altar.



Le pregunté: "¿Cómo sería para ti un sueño lindo?". Respondió enseguida: "La dicha, ser cuidado; sé que es eso lo que quiero".

A otra pregunta mía respondió que sabía lo que era la depresión, en especial desde la muerte de su padre. Lo quería a su papá, aunque no lo veía mucho. "Mi padre era muy bueno, pero la verdad es que mamá y papá estaban continuamente en tensión". Continuó contando lo que había visto: "Yo era el vínculo que los unía. Traté de ayudar. Para papá era atroz que se arreglaran las cosas de antemano, ésta era una de sus fallas. Entonces mamá se quejaba. En realidad se complementaban muy bien uno con el otro, pero se enfrentaban entre sí por pequeñas cuestiones y la tensión crecía y volvía a crecer, y para mí la única solución era que se unieran. Papá trabajaba excesivamente. Tal vez no fue muy feliz. Le provocaba una gran carga venir cansado a casa y encontrarse con que su mujer le había fallado". En todo esto, Patrick revelaba un grado poco común de insight. (1)

Durante el resto de esta larga y llamativa entrevista, repasamos en detalle el episodio de la muerte de su padre. Patrick dijo que "tal vez se había suicidado" (2) o que quizás la falta había sido de él (de Patrick): era imposible saberlo. "Después de pasar un buen rato en el agua, uno empezaba a luchar por su propia salvación". Patrick tenía un salvavidas, su padre no. Estuvieron a punto de morir ahogados los dos, pero cuando ya estaba anocheciendo, poco después de que su padre se hundiera,

Patrick fue rescatado por azar. Por un tiempo no supo que su padre había muerto; al principio le dijeron que estaba en el hospital. Comentó que él creía que su madre se habría suicidado si su padre hubiese conservado la vida, porque "la tensión entre ellos era tan grande, que es imposible pensar que pudiesen continuar los dos sin que uno muriera". Había, por lo tanto, un sentimiento de

alivio, y señaló que todo esto le provocaba mucha culpa. (Debe entenderse que el cuadro pintado por Patrick sobre la relación entre los padres no es objetivo ni definitivo, pero para él era verdadero.)

Al final habló acerca de los enormes temores que había sentido desde que era muy niño. Describió su gran temor asociado con las alucinaciones que tenía, visuales y auditivas, e insistió en que su enfermedad, si es que él estaba enfermo, era anterior a la tragedia.

14. Este es un dibujo de la casa de Patrick, donde marcó los diversos lugares en que se le aparecían figuras persecutorias masculinas.

La principal zona peligrosa era el baño, y había un sólo lugar donde podía orinar si quería evitar las alucinaciones persecutorias.

Este sistema fóbico, en el que las fobias estaban estrechamente ligadas a alucinaciones, tenía ciertas características que parecían corresponder más lógicamente a una edad emocional de 4 años que a 11. Hablamos sobre todo esto diciendo que la vida onírica se había trasladado a la vida de vigilia, junto con lo cual se presentaba la idea de la tragedia como una alucinación que, empero, había sido real. Patrick dijo que el pánico era como tener una pesadilla cuando uno estaba despierto. Las alucinaciones eran, según él, fantasmas de un hombre vengativo que volvía -pero eran anteriores a la tragedia-.

Se advertirá que un dibujo proveniente del inconsciente con una moción poderosa (el N° 12) no tenía para él ningún significado. No le dije nada al respecto, aunque me pareció que transmitía una defensa de carácter maniaco. Más tarde demostró ser el dibujo más significativo, pero tuve que aguardar hasta la cuarta entrevista (casi un mes después) para obtener una comprensión precisa de él.

En esta entrevista el acento estuvo puesto en el episodio de la muerte del padre, recordado y descrito por Patrick con cierto desapego. Después de dos horas, los dos ya teníamos bastante. Probablemente ambos sabíamos que quedaba mucho por hacer, pero ninguno se lo dijo al otro. Esto tuvo como efecto que Patrick cobrara confianza en mí, y que yo mismo conociera ahora mucho sobre Patrick, proveniente de su propio interior.

Esta primera entrevista me permitió tener una vislumbre de la personalidad y carácter de este paciente; además, aprendí que:

1. Patrick estaba empezando a sentirse culpable por la muerte del padre.
2. Todavía no experimentaba tristeza.
3. Sentía como un peligro la llegada de emociones durante tanto tiempo postergadas.
4. Temía estar enfermo, y esto se fundaba en su secreta enfermedad que databa de sus primeros años, con propensión a la alucinosis.
5. Había indicios de un factor desconocido importante, representado por el dibujo, que no tuvo explicación, del bebé brincando.
6. En la escuela había tenido enfermedades poco definidas, con motivo de las cuales se agenció el cuidado de la encargada. Más adelante me enteré de que había generado esos síntomas deliberadamente, porque no sabía de qué otra manera obtener el cuidado personal especial que él necesitaba. Esto tuvo lugar en el otoño, cuando él era presumiblemente feliz y estaba bien, "no afectado por la muerte del padre".
7. Había fuertes indicios de que Patrick creía en la existencia de personas confiables, y advertí que esta fe suya podía ser usada, en caso de necesidad, con fines terapéuticos en la ruptura de sus defensas y en una revivencia regresiva de sus experiencias. En tal caso, él iba a necesitar depender

de alguien en alto grado. Pero de hecho yo podía contar con la madre, quien pese a la impresión neurótica que causaba demostró ser capaz de actuar como cuidadora mental de Patrick. El indicio que usé luego como orientación para el manejo del niño fue el buen sueño: "La dicha, ser cuidado; sé que es eso lo que quiero". Nada me señalaba, en ese momento, si la madre podría o no atender a esta necesidad del niño (la de ser cuidado); más aún, ella parecía ser la peor persona posible, y no la mejor.

Patrick retornó a la escuela de internado.

El acontecimiento siguiente fue una llamada urgente de la madre y del propio Patrick pidiéndome que lo atendiera de inmediato. Patrick se había escapado de la escuela y había tomado el tren que lo llevaba a su casa con un montón de libros en latín. Dijo que tenía que hacer sus tareas de latín en el hogar porque en la escuela no podía, y no estaba cumpliendo con sus obligaciones escolares. Hizo un esfuerzo durante todo el trayecto en el tren, y al llegar a la casa se metió en su cama para continuar con su esfuerzo intelectual. Como se ve, era totalmente incapaz de pedir ayuda ante la amenaza de derrumbe psíquico.

P S I K O L I B R O

(1) Fue esta característica de Patrick la que me llevó a presentar este caso en el libro de Marie Bonaparte, pues tenemos claras pruebas del profundo insight que era propio de esta última cuando estaba en el período de latencia; véase Fieue Copy-Books, Londres Imago, 1950. -D.W.W.

(2) Hay buenas pruebas de que ninguno de sus progenitores era un suicida. -D.W.W .

Biblioteca D. Winnicott

Erik H. Erikson **Reseña de "Childhood and society"** **1965**

Londres, Hogarth Press, 1965.

Esta reseña apareció en *New Society*, 30 de setiembre de 1965.

"Lo único que tengo para ofrecer es una manera de contemplar las cosas."

Es bueno que ahora se tenga acceso a este libro en edición de bolsillo. Es una rayuela, "un itinerario conceptual"; pero me gusta precisamente por eso, y porque Erikson es una persona simpática. Su personalidad está libre de ampulósidades y tiene una humildad natural que lo convierte en el individuo adecuado para tratar de aplicar los hallazgos psicoanalíticos.

Las cuatro partes que componen el libro deben articularse en la mente del lector. La primera es una formulación propia de Erikson de una concepción psicoanalítica de la niñez, tanto de los problemas clínicos como de la teoría general del desarrollo del hombre o mujer adultos, no a partir de un homúnculo, sino del bebé dependiente. Este bebé dependiente es impulsado por procesos madurativos innatos. La segunda parte bien podría ser el punto de partida del lector para quien esta clase de material bibliográfico sea nuevo. La descripción de los hábitos de los niños en dos tribus de indígenas norteamericanos (muy diferentes entre sí) es fascinante, y es en esta sección de la obra donde se ilustra mejor la tesis fundamental del autor.

La tercera parte se ocupa del crecimiento del yo, y se aprecia que los cimientos fueron establecidos en la principal contribución de Erikson, su estudio acerca de los problemas de la identidad (p. ej. en su *Young Man Luther*, 1958). La cuarta parte -que recomiendo leer en segundo término al lector novel- versa sobre la juventud y la evolución de la identidad. En ella se hace una interesante elucidación de la identidad norteamericana y de la legendaria niñez de Hitler y Máximo Gorki.

La tesis central de Erikson es que en los estudios sobre las sociedades rara vez se les da adecuada cabida a las pautas de la infancia y la niñez: "Este es un punto ciego de quienes hacen la historia y de quienes la interpretan: soslayan la inexorable función de la niñez en la trama social". Todo individuo ha sido un bebé y niño y aporta al cuadro social las mociones, angustias y defensas psíquicas correspondientes a cualquier ser humano en crecimiento. Cada sociedad, según cuál sea

su actitud pautada hacia sus miembros jóvenes, moviliza esas mociones, angustias y defensas para adaptar a los niños de modo de convertirlos, no sólo en adultos, sino en adultos de una comunidad específica.

"Sólo una identidad fuertemente arraigada en el `patrimonio' de una identidad cultural es capaz de generar un equilibrio psicosocial viable", y "gran parte de nuestras motivaciones irracionales están dominadas por el temor a la pérdida de la identidad, que convoca todo el arsenal de angustias que quedan en cada individuo por el mero hecho de haber sido niño. En esta emergencia, las masas humanas están prontas para buscar la salvación en seudoidentidades". Esto vuelve como realimentación al psicoanálisis. Tal vez un analista piense que la formulación que hace Erikson de la metapsicología psicoanalítica no es aceptable en todos sus pormenores. Pero lo principal es que Erikson nos ha enseñado mucho, y ahora su particular enfoque de los problemas individuales y mundiales será leído por muchos estudiosos que de hecho no pertenecen al campo de la psicología social.

Biblioteca D. Winnicott

Autismo, observaciones clínicas

1966

Es importante para mí haber sido invitado a hablar ante esta Sociedad, que presta particular consideración al autismo. Debido al especial interés de ustedes por este tema, hay ciertas áreas en las que son expertos. Mi propio interés en él es tal vez más difuso, ya que como psiquiatra de niños en ejercicio debí ampliar la esfera de mis intereses a todo el campo del desarrollo del bebé y el niño, así como de las distorsiones del desarrollo de origen psicógeno o secundarias a diversas clases de trastornos físicos. Tengo la esperanza de que ustedes puedan usar mi contribución a fin de ayudarlos con los problemas personales muy reales que corresponden específicamente a su tema.

Tengo presente que en todo caso de autismo uno no se ocupa solamente de un niño que se debate con los problemas personales del desarrollo sino también de sus padres, decepcionados al ver que su hijo no les brinda tantas satisfacciones como lo haría un niño normal, y que se sienten culpables, como les ocurre a todos los padres, más allá de la lógica, cuando algo anda mal. Algo podré decirles, en especial, sobre este sentimiento de culpa al que son proclives los padres de niños autistas, y quiero tratar este punto porque siento que ese fenómeno interfiere en el examen objetivo que ustedes puedan hacer de la etiología del trastorno. No es forzoso que se produzca esa interferencia, pero por diversos motivos es lo que sucede. Por ahora dejaré de lado este aspecto y echaré una mirada al cuadro, tan conocido por ustedes, que presenta el niño autista.

Como hace ya casi medio siglo que me dedico a la psiquiatría infantil, puedo mirar hacia atrás y comparar el pasado con el presente. Me gustaría que supieran que el cuadro hoy llamado "autismo" ya era claramente reconocible desde las primeras épocas en que recuerdo haberme dedicado a esta clase de trabajo. Desde mi punto de vista, después de haber atendido a gran cantidad de niños de todo tipo, no hay pruebas de que el número de niños autistas haya aumentado o de que exista al respecto nada nuevo, salvo acerca de la denominación y, lo que es importante, la resolución de ciertos grupos de indagar en el asunto y ver hasta qué punto el autismo puede prevenirse y hasta qué punto puede ser tratado. A mi entender, la invención del término "autismo" fue una bendición a medias. Sus ventajas son bastante obvias, pero tiene desventajas menos obvias. Quisiera decir que una vez que el término fue inventado y aplicado, se preparó la escena para algo que es ligeramente falso, a saber el descubrimiento de una enfermedad.

A los pediatras y los médicos de orientación orgánica en general les gusta pensar en términos de enfermedades que les dan una pulcra apariencia a los libros de texto. Es fácil enseñar a los estudiantes de medicina las diversas clases de meningitis, las deficiencias mentales, la apendicitis y la fiebre reumática. Puede impartírseles esa enseñanza sobre los firmes fundamentos de la

anatomía y la fisiología. El estudiante tomará apuntes y se enterará de las teorías vigentes sobre la etiología, la sintomatología y el tratamiento, y el examinador siempre tendrá lista una linda pregunta; y por cierto todo estudiante que haya hecho bien los deberes conocerá la palabra "autismo". Lo infortunado del asunto es que en las cuestiones psicológicas las cosas no suceden así.

Para empezar, no es tan fácil enseñarle al estudiante de medicina la teoría del desarrollo emocional del bebé y el niño como lo es enseñarle la anatomía y la fisiología; y aunque fuera fácil, hay pocos profesores con el indispensable conocimiento de que esta parte de la ciencia dista de resultar clara en ciertos aspectos, y de que cada uno de los estudiantes tendrá determinadas resistencias a asimilar un aprendizaje simple, de acuerdo con las experiencias que haya vivido. El hecho de que cada alumno ha sido bebé y niño tiene mucha mayor significación cuando se trata de enseñar psicología que cuando las materias del plan de estudios son la anatomía y la fisiología.

En este siglo se han hecho grandes avances en lo que hace a crear un cuerpo de teoría práctica sobre el desarrollo emocional y la larga y complicada evolución de la dependencia del ambiente, que poco a poco se vuelve independencia. Sin esperar a que exista pleno acuerdo entre los psicólogos dinámicos, lo que quizá no suceda nunca, podemos trabajar sobre la base de lo que acordemos que se sabe. Si examinamos el tema en discusión desde este punto de vista, veremos que es muy artificial hablar de una enfermedad llamada autismo. Eso es lo que me interesa destacar en esta conferencia, porque pienso que tal vez obtengan algo de mí si me concentro en este aspecto del problema, que es tan vasto. Lo que quiero señalar es que quien, como yo, ha estado vinculado a lo largo de décadas a los detalles más minúsculos de la historia de la madre y el niño, encuentra todos los grados de organización de una sintomatología que, cuando está plenamente organizada y establecida, puede rotularse como autismo. Por cada caso de autismo con que me topé en mi práctica, me he encontrado con decenas o centenares de casos en los que había una tendencia de la que el paciente se recuperó, pero que podría haber producido el cuadro autista.

Si estoy en lo cierto hay algunos corolarios, uno de los cuales es que la mejor manera de estudiar la etiología del autismo es estudiar estos numerosos casos en que uno advierte el matiz y la coloración del autismo y puede dar cuenta, en alguna medida o quizá muy cabalmente, de la aparición de la sintomatología y de la recuperación del niño. Es semejante al tema de la conducta antisocial, a la que conviene estudiar con relación a la tendencia antisocial manifiesta en nuestros niños bastante normales: no es muy redituable estudiar esta enfermedad social tomando para ello al niño a quien ya se ha rotulado como delincuente o inadaptado. Sea como fuere, en cada delincuente hubo un comienzo de distorsión del proceso de socialización del individuo, y es éste el que retribuirá más al investigador.

Intentaré ahora considerar algunos de los casos que atendí a fin de ilustrar lo que estoy diciendo. Curiosamente, mi dificultad radica en que de inmediato me vienen a la mente tantos casos que me siento confundido. En seguida el tema deja de ser el autismo, o las raíces tempranas del trastorno que podría llegar a ser un autismo, sino más bien toda la historia del desarrollo emocional humano y la relación del proceso de maduración de cada niño con la provisión ambiental, que en cada caso particular puede o no facilitar dicho proceso de maduración.

En este punto debo interrumpirme a fin de aclarar algo. Soy perfectamente consciente de que en una cierta proporción de los casos que luego son diagnosticados como autismo ha habido una lesión o algún proceso degenerativo que afectó el cerebro del niño. Por supuesto, esto afecta la mente y el clima emocional. Si la calculadora está dañada, no puede confiarse en su uso. Sugiero que el hecho de que en cierta cantidad de casos pueda demostrarse una lesión cerebral no afecta lo que estoy tratando de examinar aquí. Es sumamente probable que en la mayoría de los casos de autismo la calculadora no haya sufrido ningún daño, y el niño sea, y siga siendo, potencialmente inteligente. Esta enfermedad no se asemeja a la oligofrenia, en la que no cabe esperar ningún

desarrollo y los síntomas de deficiencia mental derivan directamente de la pobreza del aparato. Esta enfermedad es una perturbación del desarrollo emocional, que se remonta tan atrás que en algunos aspectos, al menos, el niño es intelectualmente deficiente. En otros, puede mostrar signos de ser brillante.

Confío en que lo que sigue fortalezca la opinión de que en el autismo el problema es fundamentalmente del desarrollo emocional, y que el autismo no es una enfermedad. Podría preguntarse: ¿cómo llamaba yo a estos casos, antes de que apareciera el término "autismo"? La respuesta es que entonces, como ahora, pensaba en ellos con el título de "esquizofrenia de la infancia o la niñez". Desde mi punto de vista, este término, si ha de usarse alguno con fines de clasificación, es mejor. Pero en nuestro examen actual del problema podemos olvidarnos de la clasificación y ver algunos casos estudiando los detalles bajo el microscopio, por decir así.

Ahora escogeré algunos casos para presentarlos. En primer lugar, me referiré a un chico, Ronald.

Cuando lo vi por primera vez, a los ocho años, tenía una excepcional habilidad para el dibujo. No sólo era un agudo observador sino un artista. Dibujaba compulsivamente todo el tiempo que permanecía despierto, y sus dibujos versaban sobre temas botánicos, principalmente. Sus intereses abarcaban toda la evolución de las plantas. Más adelante volcó su atención al desarrollo de los animales y, con ayuda, llegó a interesarse en una amplia gama de fenómenos. Sin embargo, aparte del dibujo era un niño autista típico. Sus dificultades dominaban la escena en el hogar, donde dos hermanitos menores sufrían mucho debido a que eran eclipsados por él, y era difícil encontrar una escuela capaz de tolerar su necesidad de controlar omnipotentemente cualquier situación en todo momento.

Contaré cómo evolucionaron las cosas. La madre era también una artista, y desde cierto punto de vista ser madre la exasperaba, ya que si bien le gustaban los niños y tenía un matrimonio feliz, nunca podía entregarse totalmente a su arte, en la forma en que lo necesitaba para alcanzar resultados como artista. Con esto tuvo que competir el niño cuando nació. Lo hizo con éxito, pero a cierto precio.

La historia temprana del niño es la siguiente. La madre no vivió bien el embarazo. Había una placenta previa marginal. El nacimiento tuvo lugar en un país subdesarrollado, atendido por un médico anciano, sin ninguna otra ayuda, que tuvo dificultades para que el parto llegara a su término de forma satisfactoria. Quebró el coxis de la madre. Ni siquiera se sabe con certeza en qué posición venía la criatura; probablemente fue una presentación de cara; ya que todavía a los dos meses el rostro del niño tenía una forma extraña.

Antes del parto la madre había sufrido muchas enfermedades. Tres meses después del nacimiento tuvo una ictericia que puso fin a la lactancia. A los dos meses, recordaba haberle dado una palmada al bebé en su exasperación, aunque no tenía conciencia de haberlo odiado. Desde el comienzo el niño tuvo un desarrollo lento. Mantuvo la cabeza en alto tardíamente. Se sentó a los diez meses y caminó a los veintidós. Por esa época había una niñera que dominaba la escena. Pronunció sus primeras palabras también con retardo y a los dos años apenas sabía unas pocas. A los cuatro empezó gradualmente a charlar. Debido a cierta debilidad en los miembros inferiores usaba botas especiales; se le dijo a la madre que tenía los músculos flojos. El tono muscular de la criatura siguió siendo deficiente. Se dejaba puesta toda la ropa en cualquier clima, lo cual forma parte del cuadro total de su relación anormal con la realidad externa. Era el cuadro de un niño afectado físicamente por el parto, aunque no necesariamente en su cerebro, por más que hubo anoxemia. Su lentitud y torpeza contribuyeron a que no despertara el interés de su madre por él; de todos modos, para ella resultaba una tarea dificultosa a raíz de la poca disposición que tenía a apartarse de su interés principal, que era la pintura.

Sería lógico suponer en un niño así limitaciones intelectuales, pero el problema es que en un aspecto siempre mostró una capacidad superior a la propia de su edad. Esto tenía que ver con su adoración por las flores, sus dibujos de temas botánicos y su temprana lectura de libros sobre plantas. Como es de presumir en un caso así, la aritmética no significaba nada para él, pese a que cuando se trataba de contar la cantidad de pétalos y otros detalles su precisión era absoluta. Hay algunos pormenores curiosos: su interés por las flores se inició a los 18 meses con una preocupación por los globos. Al respecto se relataba que había pasado toda su infancia tendido, mirando su sonajero favorito, que se componía de tres o cuatro pequeñas pelotas coloreadas. Sintió desde muy temprana edad atracción por los colores y tan pronto empezó a pintar supo cómo obtener mezclas. Desde muy chico sabía que el amarillo y el negro dan el color caqui, y que el azul y el verde dan el "azul pavo real". Es fácil presumir que su madre le brindó la oportunidad de hacer estos descubrimientos, aunque ella decía que, teniendo en cuenta que debía atender a sus otros hijos, suponía que el propio niño, llevado por algún impulso interior o capacidad innata, se especializó en esa dirección. Un día lo llevaron al circo, y en lugar de mirar a los elefantes exclamó "¡Vean!", señalando algo que, en lugar de ser de color escarlata, era rojo amarillento. El número en que participaba un león lo inquietó, porque le molestaba ver que un hombre dominase a un animal.

Desde muy temprano manifestó una intolerancia a que le señalaran sus errores. y de hecho controlaba con su enfermedad todo el hogar, en detrimento de sus hermanos menores. Cuando se ponía de mal humor se trastornaba tanto que, naturalmente, todo el mundo procuraba no producirle ninguna desazón. Los padres debían operar con prontitud y firmeza para evitar frustrarlo o para que no se desencadenara alguna de esas escenas inevitables, en las que el niño obviamente sufría un intenso padecimiento psíquico.

Este niño era afectuoso con su madre pero no con su padre. Ambos progenitores, perfectamente capaces de vérselas con los problemas corrientes del cuidado de los hijos, se habían sentido desconcertados ante el particular problema que les creó este hijo, quien de hecho era un autista bastante típico. Esto podría tomarse como un buen ejemplo de las dificultades que enfrenta cualquiera que estudia la etiología de un caso de autismo. Nadie podría discriminar con certeza los diversos factores que aparecen en este caso:

- 1) La madre tenía un interés personal muy fuerte y su primer hijo debió competir con su pintura. Cuando el embarazo y el parto, y luego el hijo, la decepcionaron y no lograron suscitar su consideración maternal, no sólo quedó perpleja sino que no pudo evitar resentir el hecho de que el niño era una molestia para su carrera artística. Pronto el padre se sumó a ella en su desconcierto y decepción.
- 2) La perturbación sobrevenida en el parto puede o no haber afectado al niño; quizás afectó el cerebro. De todos modos, el resultado no fue una deficiencia mental sino una inteligencia irregular y una especial preocupación emocional.
- 3) La falla en la temprana relación madre-bebé dio por resultado una situación en la que los padres tenían que pasárselas pensando qué hacer, en lugar de saberlo instintivamente.

Ocurre que estos padres pensaban muchísimo. Habían tenido dos hijos normales que les hicieron suponer que podrían haber sido padres normales de su primer hijo si éste hubiera despertado en ellos las reacciones apropiadas. Esto disminuía su sentimiento de culpa y su vergüenza. También pudieron disponer una educación especial para el niño, que podría llegar a ser un genio a su manera, o simplemente una persona aburridora por el hecho de que su mente funcionaba en un solo sentido. El problema es que siempre impresionaba como alguien mucho más interesante que un niño normal, aunque es comprensible que estos padres darían cualquier cosa con tal de tener un

niño menos interesante, que se perdiera en la multitud. Hoy el chico tiene quince años y parecería que va a poder ganarse la vida por su cuenta; pero los padres serán afortunados si logra la independencia emocional.

Decir que "su mente funciona en un solo sentido" debe de haber sonado una campanilla para cualquiera que alguna vez tuvo a su cuidado niños como éste. Al repasar los casos con los que me encontré, recuerdo a un especialista en latas viejas, un chico que había llenado el patio trasero con preciadas latas que clasificaba con precisión, poniendo en esta especialidad tanto empeño como otro habría puesto en coleccionar sellos postales.

También recuerdo a un chico cuya inteligencia sólo se manifestaba plenamente con relación al conocimiento que tenía de lo que solían llamarse las "Bradshaw". En otros aspectos, era intelectualmente bastante limitado. Constituía un caso fronterizo, pues a la larga pudo mantenerse gracias a que sabía todo cuanto hay que saber sobre cada uno de los trenes que circulaban por el Reino Unido. Su habilidad para esto era tal que sus compañeros de trabajo soportaban su brusco temperamento a fin de contar con un horario de ferrocarril viviente y siempre actualizado a su lado.

No es preciso que continúe en este tenor, ya que estas especialidades son bien conocidas y a mi juicio no puede trazarse una clara línea divisoria entre la especialidad no socializable y la que vuelve famoso a un hombre o una mujer. Aquí no hay una diferencia esencial de calidad entre lo normal y lo anormal; todo cuanto puede afirmarse es que en el niño autista la especialización resulta tediosa, puesto que es, lo mismo que el balanceo o el golpearse la cabeza, una actividad compulsiva que, en sus peores extremos, parece desprovista de toda fantasía.

Otro ejemplo es el de un hombre de personalidad restringida a quien conocí cuando tenía ocho años. Este chico llegó a ser a la postre un especialista en las señales de tránsito de Londres, haciendo una clasificación tan exacta de ellas que todos quedaron pasmados; la única dificultad es que el esquema era inútil.

Su historia era más o menos así. Su nacimiento se había considerado perfectamente normal, aunque fue un bebé grandote, de más de cuatro kilos, y el primogénito. No había motivos para pensar en ninguna lesión en la cabeza. No obstante, según su propio relato, la madre era una persona muy enferma por razones no vinculadas al nacimiento de este hijo. Debido a una discapacidad física, durante los primeros dieciocho meses de vida de la criatura durmió mal y estuvo muy irritable, siendo incapaz de dedicarse a su bebé como le habría gustado hacerlo. Éste gritaba casi continuamente, aunque físicamente creció bien. Fue amamantado hasta los cuatro meses.

Por la enfermedad de la madre hubo frecuentes cambios de nodriza, cambios que obedecieron en gran parte al hecho de que el niño no hacía más que gritar y esto las agotaba una tras otra. Aunque era un bebé gordo y grandote, caminaba bien a los trece meses; adquirió el lenguaje tarde, salvo las palabras "no" o "eso no", que dijo desde muy temprana edad. A los [no se encontró dato] meses ya era capaz de cantar correctamente melodías simples, como "Three Blind Mice", y la madre notó que, al parecer, cuando empezó a tararear y entonar, los gritos poco a poco fueron desapareciendo. Hasta comprobó que él convertía deliberadamente los tonos de sus gritos en notas musicales. Además, la música lo hacía llorar. Gradualmente la madre reparó en lo que ella denominó una tendencia muy negativa del niño, semejante en todo al desarrollo de una voluntad extremadamente imperiosa. Ella nunca sintió que hubiese un vacío, sino que desde muy temprano él mostró una oposición definida y deliberada, que exasperaba a quienes trataban de atenderlo. A los dos años se advirtió su retraso en el habla, que también era consecuencia de una oposición deliberada, acompañada por el cierre de los labios cuando se le pedía que repitiera una palabra. A los cuatro años ya sufría con frecuencia dolencias físicas.

La madre sintetizó sus sentimientos hacia él en esta etapa manifestando la dificultad que tenía para hacerle tomar conciencia de lo que lo rodeaba. Dijo que su indolencia era casi inconcebible, y se combinaba con una cierta ambición. Por ejemplo, nunca intentó leer o escribir, pero de pronto comprobaron que sabía hacer ambas cosas. Cada uno de sus logros era un suceso clandestino frente a su renuencia a esforzarse o aprender. Poco a poco surgió en él una expresión de estupidez porcina, como parte de una actitud prefijada contra cualquier tipo de aprendizaje. Tenía lo que la madre llamó una "memoria traviesa", como si a raíz de una inteligencia innata pudiera llegar a destino sin recorrer el trayecto. El experto en la conducta autista reconocerá en este material los comienzos del autismo.

De forma paulatina, el niño comenzó a refugiarse en actividades repetitivas. Para la época en que lo conocí, a los ocho años, podía rezar durante dos horas sin reiterarse y manteniendo un tono reverente. Sus padres no eran particularmente religiosos. No pasó mucho antes de que aparecieran las características habituales del autismo, incluida la transposición de los pronombres. De pronto se volvía hacia su abuela y le decía: "Te has ensuciado los calzones". De este modo se apoderaba de las palabras que, según suponía, ella habría de usar con él, pues era él el que se había "ensuciado los calzones". La abuela expresó que el padre del niño había sido igual cuando era chico, lo cual les dio a los padres alguna esperanza. No obstante, lamentablemente si bien en este caso el chico siguió siendo potencialmente brillante, en la práctica no se recobró lo suficiente como para tener una vida propia o una profesión. El detalle de la inversión de los pronombres indica lo que se denomina una "identificación proyectiva" de un grado tal que impide al niño identificar se con su self. (Quisiera dar ahora algún material clínico como ilustración de los aspectos más delicados de este tema. Siempre me ha parecido que este grado menor de perturbación mental que trato de describir es común, y que grados aun menores de perturbación son de hecho muy frecuentes. En cierto grado, esta perturbación es de hecho universal. Dicho de otro modo, lo que quiero señalar es que no existe una enfermedad como el autismo, sino que éste es un término clínico para designar los extremos menos comunes de un fenómeno universal. Las dificultades se originan en el hecho de que muchos estudios clínicos fueron escritos o bien por personas que se ocupan de niños normales y no están familiarizadas con el autismo o la esquizofrenia infantil, o bien por aquellas que debido a su especialidad sólo ven a niños enfermos y por la naturaleza de su trabajo no están al tanto de los problemas corrientes de la relación madre-bebé.

Al querer elegir material ilustrativo, inevitablemente me topo con el gran escollo: ¿qué casos escoger? En este extremo, el más normal, del problema, no sólo son los casos sumamente numerosos sino además proteicos. Uno no le hace justicia al tema hasta no haber descrito un centenar de casos o cosa así, en tanto que al autismo, por supuesto, se lo puede describir mencionando media docena de casos, dada la pauta preestablecida de los casos extremos. Elegiré un caso simplemente porque he mantenido con él un contacto reciente.

Se trata de una pequeña a quien llamaré Sally, de 17 meses. La madre me consultó porque yo había cumplido un papel en el manejo de su propia niñez, cuando a los cinco años la muerte de su padre le provocó gran desazón. De hecho, esta madre no había sido bien cuidada de bebé por las dificultades de su propia madre, que a su vez se remontaban a problemas en la relación entre la abuela de Sally y la bisabuela. La abuela de Sally había perdido a su madre cuando era niña, y la madre de Sally estaba aterrada pensando que continuaría transmitiendo dificultades por fallar en las etapas iniciales del cuidado del bebé.

Lo que pude comprobar fue que en verdad la mamá de Sally no era una buena madre, pese a su muy intenso deseo de serlo. La razón de que Sally estuviese bastante bien era que tenía un padre muy maternal, el que le había dado a la niña mucho de lo que su madre fue incapaz de darle. Esto se hizo evidente en la entrevista, cuando Sally, de 17 meses, se la pasaba corriendo hacia su padre, quien la trataba con máxima comprensión. Podría decirse que era tan maternal, que uno se preguntaba cómo se las arreglaría cuando fuera necesario actuar como varón y como verdadero

padre.

Había dos tipos de problemas. El primero era que Sally se entregaba, más habitualmente de lo que suelen hacer los bebés, a movimientos rítmicos compulsivos. Pese a ser una criatura encantadora y adecuada a la norma en la mayoría de los aspectos, cada vez que estaba sin hacer nada recurría a girar la cabeza, balancearse y otras compulsiones reiterativas. La madre contó que también ella recordaba haberse dedicado de bebé y hasta la niñez a un bamboleo y balanceo compulsivos, que en su caso se conectaba con un sentimiento de intensa soledad y de falta de contacto con su madre. La preocupaba mucho encontrar estos mismos síntomas en su hija. Sally empleaba estas técnicas -que podrían llamarse tediosas, porque estaban libres de toda fantasía- cuando estaba cansada o no encontraba nada que la distrajese, o simplemente cuando esperaba en su sillita alta que le dieran de comer.

Según la historia de este caso, Sally había sido amamantada de forma muy satisfactoria. De pronto, cuando tenía once meses, la madre quedó embarazada y pese a todos los esfuerzos que hizo para controlarse su relación con la niña se alteró. Dejó súbitamente de darle el pecho, a la vez que su rutina se modificaba porque el médico le dijo que debía permanecer en cama. Se sucedieron una serie de buenas personas que vinieron a cuidar a Sally, pero rara vez duraban más de una semana. Como reacción ante esto Sally empezó con sus compulsiones, que persistieron. El nuevo bebé nació cuando ella tenía dieciocho meses. Naturalmente, los padres estaban muy inquietos por los efectos ulteriores que el nacimiento pudiera tener en ella. Éste era el segundo tema que querían comentar conmigo.

Habían tenido pronto su segundo hijo porque la madre pensaba que así evitaría los trastornos derivados del nacimiento de un hermanito. Por supuesto, ahora la madre se daba cuenta de que a un bebé de diecisiete meses no puede decirsele que espera un hermanito o hermanita, y esta madre, debido a sus propias dificultades, tenía particulares problemas para comunicarle a su pequeña algo tan sutil. No podía concebir que una beba de diecisiete meses fuese afectada por los cambios físicos de su embarazo, o que pudiera imaginarse que algo que viniera de su interior resultase ser un bebé. El padre, en cambio, veía con naturalidad todo esto y los sentimientos correspondientes.

Había otro detalle importante. A medida que avanzaba el embarazo, Sally tendía cada vez más a entrar en pequeños estados de trance, momentos de retraimiento en los que perdía contacto con el mundo que la rodeaba.

Gracias a la sensibilidad del padre, se hicieron los mejores arreglos posibles para cuidar a Sally durante el lapso que la madre permaneció en cama. La dejaron al cuidado de una tía, en una casa en la que había otros niños y todo le era familiar. Además, el padre planeaba visitarla día por medio. Sin embargo, él percibía que Sally corría peligro de incrementar todos sus síntomas y convertirse así en una niña enferma. La madre también vislumbraba este peligro, pero su reacción fue más bien de temor, desconcierto e impotencia.

En mi opinión, en este caso hay un peligro muy real que tal vez no sea evitable, y si sucede lo peor Sally se volverá autista. Si el peligro puede evitarse, se deberá en gran medida a que la madre fue asistida por mí cuando era niña y por eso vino a pedirme ayuda sobre su hija a pesar de estar paralizada por el desconcierto, ya que creía estarle transmitiendo a la hija lo que le había sido transmitido a ella.

Surgió, por cierto, otro síntoma, del que fui testigo en el consultorio cuando Sally se acostó boca abajo en el suelo y entró prácticamente en un estado de retraimiento, aunque ingeniándose para aferrarse a un animalito de paño al que le tenía afecto. Este fenómeno era reciente y poco a poco se desarrolló hasta constituir otra actividad compulsiva, una especie de masturbación acompañada

por retraimiento. El caso sigue en observación.

Permítaseme relatar ahora, brevemente, otro caso muy distinto, el de un muchacho que está en los últimos tramos de su adolescencia. Probablemente deba catalogárselo como un genio; eligió una carrera artística para la cual muestra un talento excepcional, estando dotado de lo que generalmente se considera una creatividad muy original. (Ya he escrito sobre este caso con algún detalle.) (1)

Cuando lo vi por primera vez, a los doce años, era un psicótico bastante típico, tolerado en la escuela secundaria a la que concurría a despecho de su comportamiento extravagante. Se parecía a ese profesor del proverbio que camina con un pie en la zanja y el otro en el pavimento sin darse cuenta. Combinaba un nivel de inteligencia superior con la incapacidad para atarse los cordones de los zapatos o para cruzar una avenida sin correr peligro. Sus relaciones con los otros chicos se veían perturbadas por el hecho de que él vivía en un mundo subjetivo y sentía cualquier intrusión como una persecución, frente a la cual reaccionaba con violencia. Con un poco de ayuda, este chico se pudo adaptar a la realidad externa, aprovechó muy bien la escuela y cuando llegó la pubertad prontamente se convirtió en un hombre. Hoy se diría que es normal. Sin embargo, a los doce años su futuro era totalmente problemático, y jamás se habría supuesto que iba a llegar a ser una persona independiente.

En la historia temprana de este niño había ciertos pormenores interesantes. Ambos padres tenían una inteligencia excepcional. Cuando la madre quedó embarazada estaba en la cumbre de su carrera profesional y esperó seis meses, luego de la concepción, antes de desplazar las preocupaciones por su trabajo, que era muy exigente, al bebé que esperaba. Era su tercer hijo. Le gustaba tenerlos y amamantó al niño durante tres meses, pero pasado ese lapso volvió a pensar en su trabajo y lo dejó en manos de una niñera muy posesiva. Cuando el niño tuvo dos años, la niñera se fue de la casa. Por el relato de los padres, es probable que el principal trauma de esta criatura haya sido la pérdida de la niñera, de quien la madre lo rescató, dado que era tan posesiva. El niño halló muy difícil hacer uso de su madre.

Factores hereditarios cumplieron un papel desde el comienzo, y su evolución fue muy parecida a la de su padre. Desde el punto de vista evolutivo, parecía copiar muchas de las conductas que llamamos autistas. Por una parte, tuvo desde el vamos una gran dificultad para el aprendizaje. Gracias a sus excepcionales dotes individuales lo superó mediante engaños, en el sentido de que si bien se negaba a que le enseñaran nada, podía aprender solo. A los tres años y medio aprendió a leer y antes de los cuatro a multiplicar. Daba por descontado que todas las mujeres eran unas estúpidas, en particular su madre. Ésta había sido una profesora de piano de mucho renombre pero él se negó a que le enseñase a tocar y aprendió por su cuenta a muy temprana edad, tomando de ella -más allá de su dificultad para aprender- todas las cosas que de hecho la madre estimaba que era importante enseñarle a un alumno. Sus juegos, fuera del Meccano, consistían casi íntegramente en sumas aritméticas y en la manipulación de figuras. No obstante que menospreciaba a su madre, dependía por completo de que ella estuviera presente en el trasfondo. Cuando inició la escuela, a los seis años, siempre fue el mejor de la clase, lo cual perturbó su relación con el grupo de pares. Lo único en lo que no se destacaba era en correr a campo traviesa; se decía de él que "corría como un lunático", en el sentido de que parecía querer escapar de sus perseguidores en lugar de tratar de llegar a algún lado o de ganar.

Así llegó finalmente a la escuela secundaria, donde por fortuna aceptaron sus excentricidades. Se volvió bastante religioso. A la hora de ir a dormir se dedicaba a traducir al latín Winnie the Pooh. Podría decirse que la principal dificultad de este chico se vinculaba a su total falta de confianza en la realidad externa, de la cual, desde su perspectiva, jamás podía esperarse que se condujera como debía.

Por lo tanto, este caso, al que considero una esquizofrenia infantil recuperada, ilustra mi punto de vista. Hubo períodos en que su estado clínico podría haber sido descrito adecuadamente con la palabra "autismo". Pese a tener bien el cerebro, podría haber sido un deficiente mental, pero ocurrió que mediante el uso de su excepcional capacidad intelectual superó las dificultades ligadas a un severo bloqueo del aprendizaje, posibilitando una valiosa y original contribución al mundo a través de una de las artes. No obstante, su futuro no está claro, y hasta puede afirmarse que el futuro de cualquier artista notable es incierto. Este chico no podría ocupar un lugar en el mundo como una persona común y corriente; estoy seguro de que no sabría ganarse la vida como conductor de ómnibus. De hecho, incluso en su pubertad tardía, tendrá inconvenientes para sobrevivir si no cuenta con el ambiente estable y comprensivo que le proporcionan sus padres.

Tal vez resulte claro ahora mi argumento central. Surgen ciertos problemas cuando el bebé, que no sólo depende de las tendencias personales heredadas sino también de lo que le brinde su madre, experimenta algunas cosas primitivas. Una falla, en este caso, prenuncia una catástrofe particular para él. En los comienzos, el bebé requiere la plena atención de la madre, y por lo común es justamente lo que recibe; en este período se sientan las bases de la salud mental, que se establece en todos sus detalles mediante el refuerzo permanente a través de la continuación de una pauta de cuidados que tiene en ello sus elementos esenciales.

Como es natural, algunos bebés tienen mayor capacidad para salir adelante a pesar de recibir cuidados imperfectos, debido a tendencias heredadas o a las variantes que se presentan en cuanto al grado de lesión cerebral efectiva ya sea en las etapas críticas del embarazo o durante el parto. Sin embargo, en general lo que cuenta es la calidad de los cuidados tempranos. En una revisión general de los trastornos del desarrollo del niño, de los cuales uno es el autismo, este aspecto de la provisión ambiental es el que tiene preponderancia.

Es una cuestión de etiología. Estudiamos los hechos, en la medida de lo posible, a fin de arribar a una enunciación teórica exacta y útil, sin la cual nos quedamos varados.

De lo que aquí no se ha hablado es de la responsabilidad. De un caso particular dentro de una serie puedo decir que el cuadro autista del niño es el resultado de esto o aquello, y que esto o aquello fue o no fue una característica del manejo temprano del niño, pero eso es muy distinto de decirle a una mamá o un papá: "El error fue suyo".

Ahora bien, he comprobado que si una madre está preocupada por estas cuestiones y puedo encontrarme con ella, no tengo inconvenientes en explicarle lo que quiero decir. Comprende que tenemos que buscar todas las causas de cualquier trastorno y también del estado de salud, y que no es provechoso que nos abstengamos de afirmar algo por temor a herir a alguien. En el caso de los niños afectados por la talidomida, era obvio que los pediatras tenían que declarar a viva voz que se debía a la talidomida recibida por la madre como medicación en el segundo mes de embarazo, no importa cuál fuese el impacto de esta declaración en los médicos y de las madres que, sin quererlo, provocaron el desastre de doscientos cincuenta bebés nacidos con malformaciones en los miembros.

Desde luego, las madres tienden a sentirse culpables o responsables, independientemente de todo argumento lógico, por cada uno de los defectos que se presentan en sus hijos. Se sienten culpables antes de que el bebé nazca, y tienen expectativas tan intensas de que darán a luz a un monstruo que debe mostrárseles el bebé desde el instante mismo en que nace, por agotada que se halle la madre. Y al padre también.

Sin embargo, la mayoría de las personas son, en sus mejores momentos, seres racionales y están en condiciones de discutir la relación existente entre el autismo que se desarrolla en un niño y (en algunos casos) una falla relativa en el cuidado del bebé. Mucho más difícil es abordar este problema

en términos sociales, con respecto a la población y a su actitud ante los padres. Colectivamente, la gente es menos racional que en el nivel individual. Sin duda, los padres de cualquier niño enfermo enfrentan un serio problema social.

El asunto se torna más sencillo si la sociedad puede hacerse a la idea de que la enfermedad del niño obedece al destino o a un acto de Dios. Hasta los pecados de los padres pueden funcionar bien para esto. Pero tan pronto la sociedad entiende que la anormalidad se debe a los padres, surge la crueldad.

Por este motivo, me gustaría poder decirle al mundo que en mi opinión la actitud de los padres no tiene en realidad nada que ver con el autismo, o la delincuencia, o la rebeldía adolescente. Pero no puedo hacerlo. Si lo hiciera, equivaldría a afirmar que los padres tampoco cumplen ningún papel cuando las cosas salen bien. En lo tocante al autismo, sería como afirmar que no importa lo que pasa con el cuidado del bebé hasta cierta edad, digamos los tres o cuatro años, cuando tiende a convertirse en un niño autónomo y empieza a afanarse por alcanzar la independencia.

De esto se desprende que los padres de niños con anomalías tienen que soportar un cierto monto de incomodidad en el plano social. Es triste, pero nada puede hacerse. De ahí que haya tantas asociaciones, como las siguientes (2):

Sociedad Espástica

Sociedad para los Niños Ciegos

Sociedad para los Niños Sordos

Sociedad para los Niños Afectados por la Talidomida

Sociedad para los Niños con Problemas de Aprendizaje

Sociedad para los Niños con Enfermedad Fibroquística

Sociedad para los Niños Hemofílicos

Sociedad para los Niños con Comunicación Interventricular (y otras malformaciones cardíacas congénitas)

Estoy seguro de que los padres de los niños que padecen de tuberculosis, cáncer, esclerosis múltiple, cardiopatía reumática, hidrocefalia, enanismo, gigantismo, obesidad, etcétera, necesitarían todos ellos un grupo local de apoyo, por la soledad que la enfermedad del niño genera. Además, necesitan sentir que se está haciendo todo lo posible, y que el problema particular que ellos sufren no fue pasado por alto en los planes del Ministerio de Salud.

La sociedad para Niños Autistas tiene una función muy real que cumplir, tal como yo la veo, en cuanto a hacer frente a la tendencia de la sociedad en general a lavarse las manos frente a cualquier problema que no ayuda a reunir votos en el panorama político. Los padres de niños autistas se sienten desconcertados y solos, y posiblemente cargados de sentimientos de culpa, pese a lo cual tienen que seguir cuidando a sus hijos, por la causa que fuere.

La sociedad no se ocupa de la causa de la enfermedad -salvo que tenga un interés científico en su etiología-, sino de la delicada situación de los padres cuyo hijo, en vez de darles las gratificaciones habituales propias del crecimiento emocional que lleva a la independencia, continúa necesitando cuidados especiales para su adaptación, lo cual pronto viene en detrimento de los restantes niños de la familia y, sin duda, de los propios padres en su vida individual y conjunta. Por otra parte, ¿quién puede saber por cuánto tiempo?

Todo era mucho más sencillo cuando estos niños simplemente se perdían en el conjunto de los niños E.S.N. y nadie se inquietaba. Pero los padres que saben en el fondo de su corazón, porque tienen indicios definidos al respecto, que su hijo o hija posee un buen cerebro, el cual sin embargo no alcanzó un funcionamiento satisfactorio, son incapaces de permitir que el niño sea clasificado

como un deficiente mental sin luchar por establecer la verdad.

A veces he diagnosticado autismo y hubiera preferido decir deficiencia primaria. Otras veces diagnosticué deficiencia primaria y me hubiera gustado tener la sagacidad suficiente para advertir que, de hecho, el niño contaba quizá con la potencialidad para tener una mente normal o incluso un intelecto de especial calidad.

Mi problema, como ya he dicho, es que en la descripción de estos detalles íntimos hay tanto material clínico a mi disposición que me siento desconcertado y no sé cómo elegir. Mientras escribo este artículo, un colega me cuenta acerca de un niño en tratamiento, de seis años, cuya madre está también en tratamiento con el mismo médico.

El chico es un autista típico y su preocupación predominante tiene que ver con las jarras. La relación que mantiene con seres humanos es mínima. Mi amigo me dice que pasaron dos años antes de que la madre fuera capaz de contarle cómo había comenzado la enfermedad de su hijo. Cuando el bebé todavía no tenía un año, ella sufrió una depresión moderadamente severa. En esa fase le era totalmente insoportable escuchar llorar a un bebé, y para enfrentar esto siempre tenía a mano un biberón; en el momento en que el bebé empezaba a llorar, ella simplemente le ponía el biberón en la boca y así se las arreglaba para que dejase de llorar sin hacerle nada personal al bebé, sin tomar contacto con él, y por cierto sin alzarlo en brazos. A partir de entonces, el bebé se amoldó a ese estado de cosas y sustituyó la relación con el biberón por otra de tipo interpersonal. Había una conexión directa entre esto y la preocupación del niño por las jarras y otros recipientes de líquidos, así como todos los aspectos negativos del cuadro autista. Lo digo para ejemplificar que uno no puede averiguar los detalles de la historia de un niño mediante cuestionarios e indagaciones bruscas. La madre tiene que cobrarle confianza al inquisidor, en cuyo caso tal vez pueda contar detalles sobre su relación con el bebé, en la medida en que éstos puedan ser pertinentes para esclarecer la etiología de su trastorno.

Esta descripción harto simplificada de un caso lleva a la siguiente pregunta: ¿qué es lo que sucede automáticamente en la temprana relación madre-bebé cuando las cosas andan bien, pero que cuando hay disturbios origina un desarrollo defectuoso de tipo autista? El tema es complejo y he procurado abordarlo en toda su complejidad. Aquí quisiera atenerme a la pista que obtuvo mi amigo de esa madre, cuando le señaló que ella satisfacía al bebé pero en realidad se ocupaba de su propia angustia, y no lo dejaba ni llorar ni enojarse, y además, más básicamente, no establecía un contacto humano con él. En otras palabras, para curar a ese niño alguien tendrá que darle los rudimentos de un contacto humano, y bien puede ser que en tal caso el cuidado físico, incluida la manipulación directa, tenga más importancia que todo lo que pueda decirse como interpretación verbal. Si en el tratamiento de un niño autista algo puede hacerse para compensar aquello en lo que falló la madre en el momento crítico, el niño podrá alcanzar un lugar desde el cual cobrará sentido para él enojarse por esa falla; y a partir de ese lugar, tal vez siga adelante y redescubra su capacidad de amar. Si los padres se ocupan de todas las minucias del cuidado de un bebé -lo cual a menudo incluye no hacer nada más que estar junto a él-, es muchísimo lo que ocurre en términos del desarrollo personal del bebé. Se echan los cimientos para muchas cosas, de las cuales podrían enumerarse algunas.

(Quisiera enumerar en primer término todo el proceso de integración que a la larga lleva a que el bebé se vuelva autónomo; en segundo término, su capacidad para avenirse a su propio cuerpo, que en definitiva conduce a la coexistencia psicosomática, incluido un firme tono muscular; y en tercer término, los primeros pasos del bebé en las relaciones objetales, que generan la capacidad de adoptar objetos simbólicos y la existencia de una zona intermedia entre el bebé y las personas, en la que el juego tiene un papel significativo.

Todo esto corresponde al proceso de maduración que el bebé hereda, pero nada pasará en su

desarrollo si no hay algo que venga de un ser humano y satisfaga al bebé casi exactamente en la forma en que lo necesita. Una de las cosas más difíciles, salvo cuando sucede naturalmente, es la simple coexistencia: el hecho de que dos personas respiren juntas y no hagan ninguna otra cosa, meramente porque hacer no es un estado de descanso. Soy consciente de que a algunos esta idea les parece natural en tanto que a otros les resulta mística y perturbadoramente compleja. Sin embargo, es esto lo que encontramos cuando examinamos al microscopio, por decirlo así, estos asuntos íntimos, y tenemos que enunciarlo en la medida en que seamos capaces de hallar palabras que describan lo que queremos decir.

Mi esperanza es que esta sociedad florezca y pueda desempeñar su doble papel, contrarrestando la soledad de los padres y fomentando la indagación científica objetiva de esta forma de esquizofrenia que comienza en la infancia o en la niñez temprana. A la postre, la etiología de la enfermedad es lo que da la clave para su prevención.

(1) Caso 9, "Ashton", en *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry* (1971).

(2) Los nombres de estas entidades son tal como figuraban en 1966.

Biblioteca D. Winnicott

Comentarios al "Informe del Comité sobre los castigos en cárceles y correccionales [Borstals]" ⁽¹⁾ 1961

Este informe, que me parece muy valioso, da la impresión de haber sido redactado tras una investigación a fondo del tema. He leído con especial agrado el comentario franco sobre el tráfico de tabaco que formuló un preso, cuya transcripción con todos sus errores gramaticales le da visos de veracidad.

Deseo hacer cinco observaciones con respecto al informe, la primera de ellas de carácter general:

1) En otro escrito he llamado la atención acerca del peligro real que encierra la tendencia moderna a caer en el sentimentalismo, toda vez que se consideran los castigos a aplicar a los delincuentes. Como psicoanalista me siento inclinado a ver en cada delincuente a una persona enferma y acongojada, aunque su congoja no siempre es evidente. Desde este punto de vista, podría decirse que es ilógico castigar a un delincuente, pues lo que necesita es un tratamiento o un manejo reparador. Pero lo cierto es que ese individuo ha cometido un delito y la comunidad tiene que reaccionar, de un modo u otro, ante la suma total de delitos cometidos contra ella en un lapso dado. Una cosa es ser un psicoanalista que investiga por qué se roba y otra, muy distinta, es ser la persona a quien le han robado la bicicleta en un momento crítico.

De hecho hay un segundo punto de vista: el psicoanalista es también un miembro de la sociedad y, como tal, participa de la necesidad de manejar las reacciones naturales de la persona perjudicada por el acto antisocial. No podemos apartarnos del principio de que la función primordial de la ley es expresar la venganza inconsciente de la sociedad. Es muy posible que un delincuente en particular sea perdonado y, sin embargo, exista un acervo de venganza y miedo que no podemos permitirnos pasar por alto. No podemos pensar únicamente en el tratamiento individual de los criminales, olvidando que la sociedad también necesita un tratamiento para los agravios o daños recibidos. En la actualidad, somos muchos los que nos sentimos inclinados a ampliar cuanto sea posible la gama de delitos que se tratan como enfermedades. La esperanza en tal ampliación me induce a afirmar de plano que la ley no puede renunciar de pronto al castigo de todos los malhechores. Si los sentimientos de venganza de la sociedad fueran plenamente conscientes, ella podría tolerar que se los tratase como enfermos, pero la parte inconsciente de esos sentimientos es tan grande, que en

todo momento debemos posibilitar que se mantenga (hasta cierto punto) la necesidad de castigo, aun cuando éste no sea útil para el tratamiento del delincuente.

Aquí hay un conflicto que no podemos eludir simulando que no existe. Tenemos que ser capaces de percibirlo como algo esencial en cualquier examen serio del tema del castigo. Es importante que mantengamos constantemente estas cuestiones en primer plano, pues de otro modo la sociedad reaccionará contra la idea de tratar al delincuente como enfermo aunque se puedan demostrar las bondades de este procedimiento, como sucede en el caso de la delincuencia infantil.

Hoy en día se tiende a hacer todo lo posible por el niño delincuente o antisocial, en vez de vengarse de él. Los adolescentes y adultos jóvenes también entran en esta categoría, salvo que hayan cometido crímenes realmente graves. Tal vez, con el tiempo, otros sectores de la comunidad antisocial podrán tratarse como enfermos, más que como individuos sujetos a castigo. El informe que nos ocupa menciona que la mayoría de los médicos considerarían casos psiquiátricos (y, en especial, maníaco-depresivos) por lo menos al 5% de la población carcelaria actual.

En suma, quienes nos esforzamos por difundir el principio de que es preferible tratar al delincuente, antes que castigarlo, no debemos cerrar los ojos al gran peligro de provocar la reacción de la sociedad al pasar por alto su necesidad de ser vengada, no por un crimen en particular, sino por la criminalidad en general.

El informe describe con mayor claridad la necesidad de protección que experimenta el público y el miedo de la sociedad, que el acervo inconsciente de venganza. Me doy cuenta perfectamente de que este punto de vista es muy impopular en la actualidad. Cada vez que lo postulo, sé que me comprenderán mal y creerán que pido el castigo de esos enfermos -los antisociales- más que su tratamiento.

2) Como ya he dicho, lo más valioso del informe es quizá la declaración del preso acerca del tabaco que, según creo, da pie a un comentario sobre la necesidad de fumar. No hace falta ser psicoanalista para saber que no se fuma por mero placer. Fumar es un acto muy importante en la vida de muchas personas, al que no se puede renunciar sin sustituirlo por otra cosa. Puede tener una importancia vital para los individuos, sobre todo en una comunidad en la que reina la desesperanza. El psicoanalista está en condiciones de observar de cerca el consumo de tabaco y, en verdad, hay mucho por investigar al respecto antes de que se lo pueda comprender clara y adecuadamente. No obstante, ya es dable afirmar que es uno de los medios de que se valen los individuos para aferrarse a duras penas a la cordura en circunstancias en que, si dejaran de fumar, perderían el sentido de la realidad y su personalidad tendería a desintegrarse. (Esto se aplica en especial a quienes se abstienen de ingerir alcohol u otras drogas.) Por supuesto, el hecho de fumar implica mucho más que esto, pero pienso que quienes manejan el tema del consumo de tabaco en las cárceles deberían tener en cuenta que la persistencia de un gran tráfico de tabaco, pese a todas las reglamentaciones y a cuanto hagan las autoridades por restringirlo, confirma una teoría: los criminales en general padecen un gran desasosiego y un miedo constante a volverse locos.

La investigación superficial no revelará estas cosas, sino tan sólo la euforia que acompaña la adquisición de tabaco, y la habilidad y astucia con que actúa toda la pandilla de traficantes. Sin embargo, no hace falta calar muy hondo para descubrir el miedo a la locura. Aunque nunca he investigado a presos adultos, el estudio minucioso de muchos niños que, con el tiempo engrosarán la población carcelaria, me ha enseñado que el miedo a la locura está siempre presente y que la predisposición antisocial, tomada en su totalidad, es un complejo mecanismo de defensa contra los delirios de persecución, las alucinaciones y la desintegración sin esperanza de recuperarse. Hablo de algo peor que la desdicha; en general, deberíamos sentirnos complacidos cuando un niño o un adulto antisocial llega hasta la etapa de infelicidad, porque en ella hay esperanza y la posibilidad de prestarle ayuda. El antisocial empedernido tiene que defenderse hasta de la esperanza, porque

sabe por experiencia que el dolor de perderla una y otra vez es insoportable. De un modo u otro, el tabaco le suministra algo que le permite ir tirando y posponer la vida para más adelante, cuando el hecho de vivir vuelva a tener sentido.

De esto se infiere una sugerencia práctica. El informe da a entender que debería aumentarse el salario de los presos, aduciendo que ha habido un alza real en el precio del tabaco, en tanto que los salarios se han mantenido estacionarios. Empero, el incremento propuesto en el salario individual no posibilitará el consumo de 30 gramos de tabaco por semana. Hay una cantidad mínima (que podría determinarse) que haría la vida soportable para el preso; en mi opinión, hay mucho que decir en favor de una acción que le posibilite a cada preso disponer, por lo menos, de esta cantidad mínima.

Ante la posible existencia de algunos no fumadores, parecería más sensato permitir la venta franca del tabaco igual que en la Marina, que aumentar los salarios. En teoría, una mayor paga colocaría inevitablemente al no fumador en condiciones muy favorables para convertirse en un "magnate del tabaco" porque sería un hombre rico dentro de la comunidad carcelaria.

Quienes no han experimentado el miedo a la locura -y son muchos- no logran imaginarse lo que puede significar para un individuo verse privado de una ocupación digna por un largo período de su vida y estar siempre al borde del delirio, las alucinaciones, la desintegración de la personalidad, los sentimientos de irrealidad, la pérdida del sentido de que el cuerpo de uno sea de uno, etc.

Si nadie propone la venta franca del tabaco en las cárceles es, tal vez, porque el público podría creer que de ahí en adelante los presos vivirán estupendamente bien y, por lo expresado en el primer punto, es obvio que me doy cuenta de que el público debe saber que no se los mima. Aun así, debería intentarse esta solución en la medida en que se pueda educar al público. Creo que si se le señala este hecho, la mayoría de la gente comprenderá que, para el individuo condenado a largos años de prisión, el hábito de fumar hace que la vida le resulte simplemente soportable, en vez de convertirse en una tortura mental constante.

3) Cuando llegó el momento de inspeccionar los correccionales, el comité visitador quedó evidentemente horrorizado por el estado en que encontró a algunos muchachos. Al parecer, tenían el cabello revuelto y no se cuadraban inmediatamente cuando algún superior pasaba a su lado. Quizás el público exija de veras la observancia de una disciplina militar en los correccionales, pero no lo sabemos con certeza e intuyo que esta parte del informe puede causar mucho daño. El comité expresa en forma inequívoca que no pide una disciplina militar pero, probablemente, sólo haya dos alternativas: a) una disciplina militar más bien al estilo nazi, que hará reinar la paz y el orden, pues mantendrá tan ocupados a los muchachos que no les quedará tiempo para pensar o crecer; b) una posición extrema, bastante horripilante, que posibilitará el acceso de los adolescentes a lo más profundo de su desesperanza, o sea, al fondo de su enfermedad, pero que podrá ser el inicio de su crecimiento. Si esta segunda alternativa no puede ser explicada en términos comprensibles para el público, habrá que implantar una disciplina militar... aunque el propósito en que se basa toda la formación del personal de los correccionales es, precisamente, evitar ese tipo de disciplina. Como lo señala el comité, dirigir un correccional es una tarea tremenda, que sólo puede ser emprendida por alguien imbuido de una vocación misional. En verdad, el comité no criticó en absoluto a los directores de los correccionales, ni retaceó su reconocimiento de las dificultades de su labor. No obstante, si un director ha de temer que un miembro de una comisión se presente de improviso y vea a un muchacho con el cabello revuelto, se verá obligado a implantar una disciplina casi militar. En la segunda alternativa -y estas dos son las únicas- siempre habrá algunos muchachos que sólo se sentirán sinceros y decentes si están desaliñados como vagabundos. Cuando llegan a esta etapa, su futuro no es totalmente lóbrego y su pronóstico encierra cierta esperanza. En cambio, la disciplina militar convierte a todos los menores internados en casos desahuciados, porque en esa atmósfera ningún joven puede desarrollar su personalidad y su responsabilidad individual.

En mi opinión, las autoridades responsables de los correccionales deberían confiar plenamente en los directores y dejarles obrar según su criterio. Si un director no les merece confianza deberán apartarlo del cargo pero, en tanto lo ocupe, corresponde que le den libertad para experimentar, buscar a tientas su propio camino y probar la segunda alternativa. Durante este proceso exploratorio descubrirá a algunos muchachos inadaptables a todo trato, salvo la disciplina militar o la cárcel; y sus superiores deberían quitárselos de encima por algún medio. El comité menciona este punto y señala la necesidad de fundar, sin pérdida de tiempo, un correccional experimental para esa minoría que arruina el trabajo emprendido en favor de la mayoría de los internados en los correccionales corrientes. Sería una necesidad apremiante, pues si no se la atiende enseguida, el plan iniciado en los correccionales fracasará por completo y la disciplina sustituirá a la terapia de manejo.

4) El informe trata el tema de las "escapadas" [absconding] y señala que es un término más adecuado que "evasión" [escaping], por cuanto los correccionales son establecimientos de puertas abiertas. Sin embargo, echo de menos una investigación de las causas de esas escapadas. El informe no deja muy en claro si los miembros del comité saben o no que se han estudiado bastante los aspectos psicológicos de las escapadas. Durante la guerra se efectuaron muchos estudios al respecto en los albergues para niños evacuados, aunque tal vez no todos se publicaron. Los menores no se escapan por mera cobardía o porque su manejo se rige por un sistema equivocado. El hecho de escaparse tiene a menudo rasgos positivos y representa la confianza creciente del niño en que ha encontrado un lugar donde sería bien recibido si volviese a él después de haberse ido.

A mi entender, el procedimiento descrito en el informe para tratar a los menores escapados que vuelven al correccional deja poca libertad de criterio al personal especializado del establecimiento, que quizá, basándose en su estudio del caso, sabe muy bien que ese niño o muchacho sólo necesita ser recibido con un abrazo, o bien, si este recibimiento es demasiado efusivo, que se le permita reintegrarse a la rutina del correccional sin alharacas... y con un suspiro de alivio. A veces, los muchachos se escapan impelidos por la convicción de que su madre ha sido atropellada por un vehículo, que su hermana está hospitalizada con difteria, o algo por el estilo. Desde el punto de vista del observador, tienen la idea absurda de que podrán averiguar la verdad. En la práctica, cuando logran acercarse a su objetivo ya han perdido su propósito principal, por lo que a menudo sólo se ve a un muchacho fugitivo que se enreda con malas compañías y roba dinero para comprarse comida.

Entre los niños anormales que integran cualquier grupo antisocial siempre abundan los que desarrollan ideas sorprendentes acerca de cómo es su hogar, cuando han pasado cierto tiempo lejos de él. Es un hecho muy conocido, pero que vale la pena repetir. Al cabo de algunos meses de internación en un albergue u otra institución, un muchacho o una chica que han sido rescatados del hogar más sórdido (p. ej., un subsuelo espantoso, habitado por unos padres crueles y ebrios) pueden pensar con tal intensidad que el hogar es la suma de todo lo bueno, que llegue a parecerles estúpido no escapar hacia él.

En tales casos, basta que el niño o adolescente llegue hasta su hogar; luego, se lo podrá conducir cordialmente de regreso al internado, triste, desilusionado y muy necesitado de un poquito de afecto. El manejo de estos menores una vez que han vuelto al lugar de internación, sea cual fuere, siempre es un asunto muy delicado y sólo pueden encargarse de él las personas que conozcan bien al muchacho o chica. Es improbable que una comisión visitadora pueda actuar de manera óptima en tales ocasiones.

5) En un informe sobre castigos, parecería importante incluir algún tipo de reflexión teórica acerca de qué significa el castigo para el individuo que lo recibe y para la persona que lo aplica. Tal capítulo teórico quizás habría estado fuera de lugar en este informe; empero, el castigo es un tema que necesita ser estudiado e investigado como cualquier otro. En todos los casos puede decirse

que el problema presenta dos aspectos: por un lado, la sociedad exige que se castigue al individuo; por el otro, ese individuo está enfermo y, por ende, no se encuentra en condiciones de beneficiarse con el castigo. En verdad, lo más probable es que tenga que contraer tendencias patológicas (masoquistas o de otro tipo) para hacer frente al castigo tal como viene.

El castigo puede dar resultado en casos muy favorables. Supongamos que un padre ha estado lejos del hogar por varios años, a causa de la guerra, y que su hijo ha llegado á dudar de su existencia. El niño puede recuperar el sentido de que tiene un padre, si éste se muestra severo cuando su hijo manifiesta una conducta antisocial. Con todo, estos casos son raros y es improbable que se encuentren en un correccional. El castigo sólo tiene valor cuando da vida a una figura paternal fuerte, amada y confiable, ante un individuo que ha perdido precisamente eso. Puede decirse que todo otro castigo es una expresión ciega de la venganza inconsciente de la sociedad.

Podría decirse mucho más, por cierto, acerca de la teoría del castigo. En tanto omita los fundamentos teóricos del tema, ningún informe sobre los castigos podrá expresar de-manera adecuada las tendencias progresistas de la sociedad moderna.

(1) Borstal (correccional) es una designación genérica dada en Inglaterra a establecimientos penitenciarios para delincuentes juveniles, sentenciados a una pena de tiempo indeterminado. El nombre deriva de la ciudad de Borstal, del condado de Kent, donde por primera vez se instaló un correccional de esa naturaleza.

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

Comentario sobre la neurosis obsesiva y "Frankie", 1965

Versión escrita de las observaciones efectuadas el curso del debate que tuvo lugar en el 24° Congreso Psicoanalítico Internacional, Ámsterdam, julio de 1965

Tomado de Internacional Journal of Psicho-Analysis, vol. 47 (1966), donde se hallará un resumen del trabajo debatido y otros comentarios.

P S I K O L I B R O

En el debate hice dos comentarios separados, uno vinculado con la naturaleza de la neurosis obsesiva y el otro con el caso que se discute.

Con referencia a la teoría de la neurosis obsesiva, traté de formular un concepto acerca del funcionamiento intelectual escindido, que a

mi juicio constituye un rasgo esencial de un caso cabal de neurosis obsesiva. Los conflictos pertenecientes a la personalidad se han localizado en este caso en un ámbito intelectual escindido. Como consecuencia de dicha-escisión, los empeños y actividades del neurótico obsesivo jamás pueden llevar a ningún resultado. Lo mejor que puede pasar es que, por un tiempo, el obsesivo establezca una suerte de orden en lugar de la idea de la confusión. Esta es una alternancia interminable, y debe contrastársela con la tentativa universal de los seres humanos por ordenar las cosas de modo tal de experimentar algún tipo de estructuración de su personalidad o de la sociedad como defensa frente a la experiencia del caos. Aquí sí hay posibilidades de obtener algún resultado, ya que la tarea no se emprende en el área escindida de la personalidad.

En lo que respecta al caso que se discute, limité mis observaciones al estudio del inicio del tratamiento de Frankie, tal como fue comunicado con toda fidelidad de detalle por la analista de niños que lo atendió.

Como preámbulo a mis observaciones, recordé que si podemos hoy discutir en detalle este caso, debemos agradecerse al informe de la analista, y en verdad la descripción de este tratamiento ha sido bien utilizada durante más de una década en la enseñanza de la técnica psicoanalítica. Procuré mirar con ojos críticos su manejo en la primera entrevista:

Frankie comenzó su primera sesión construyendo un hospital que se dividía en un "departamento de señoras", un "departamento de bebés" y un "departamento de hombres". En el vestíbulo, había un chico solitario de 4 años, sentado totalmente solo en una silla situada en posición elevada.

Los pormenores ulteriores de este juego mostraron que ése era el sitio donde nacían los niños, y según nos informa la analista de

Frankie, el juego se repitió en su análisis durante muchas semanas. Manifestó que esto "trasuntaba la intensidad de la furia del chico contra su madre y su hermana". Sin duda alguna, el material justificaba esta presunción y las interpretaciones consecuentes. El detalle que yo escogí para discutir es que al principio el chico estuviese "sentado totalmente solo en una silla situada en posición elevada". Pensé que podía dársele a este detalle la máxima significación posible, dado que fue lo que el niño llevó al análisis a la edad de 5 años y medio. En una atmósfera en la que había madres y bebés, si bien separó a los recién nacidos de sus madres, estaba presente la idea de que las madres (y también los padres) se preocupaban como seres humanos por los bebés. Esto se aplica al sostén del bebé en el útero por parte de la madre, y, en general, a los cuidados posnatales que le prodiga. Evidentemente, Frankie quería dejar en claro que, desde su punto de vista, él estaba sentado en una silla situada en una posición elevada; en otros términos, era sostenido por una cosa, por un artefacto o como quieran llamarlo. Esta cosa es una función escindida de la madre, que no forma parte de la actitud de ésta. Llamé la atención sobre el hecho de que este detalle pudiera tener gran significación en este caso, siendo posiblemente, más que ninguna otra cosa, lo que el chico quería transmitir a su analista. Hay material que viene en apoyo de esta idea, ya que la analista escribe que

El nacimiento de Frankie había sido planeado, el embarazo transcurrió sin sobresaltos y ella (la madre) se sentía feliz y contenta en espera de que llegara su primer bebé. El parto fue normal, el niño nació sano, no obstante lo cual desde el primer momento que ella lo tuvo entre sus brazos, se sintió enajenada respecto de él. El llanto del pequeño le produjo el sentimiento de lo siniestro. Muy distintos fueron sus sentimientos respecto de su segunda hija.

En un examen ulterior de esto, hay lugar para pensar que en la primera relación de la madre con su niño interfirieron rasgos

inconscientes derivados de la relación que ella tenía con su hermano. Sugerí que el caso en su conjunto podría describirse tomando como centro este detalle, incluyendo asimismo la fobia básica a los ascensores. Nada puede hacer un niño si es sostenido por una función escindida, salvo pensar si la mecánica del asunto funciona bien o mal. Habrá una alternancia de estados de elación (o algún equivalente) y otros en que sentirá que se lo deja caer; por cierto, la descripción del posterior análisis de este paciente cuando era un hombre joven no contradice esta idea. Fui más allá aún, y sostuve que si bien en estos análisis se había hecho un muy buen trabajo, la cura de este hombre no sobrevendría si no se atendía a ese primer detalle de su análisis a los 5 años y medio, y si no se llegaba, dentro del encuadre de la transferencia, a su desvalimiento al verse cuidado por una función materna escindida en lugar de serlo por una madre.

Este comentario se funda en la teoría de la relación materno-filial que tiene en cuenta la existencia de un estadio de dependencia absoluta, o sea, un estadio anterior a aquel en que el bebé ha discernido a la madre como algo separado de los pormenores de los cuidados que ella le provee (1).

En la historia de todo bebé, tiene que llegar un momento en el cual, desde su punto de vista, surge la idea de un reconocimiento de la madre que provee. Como es natural, si hay una escisión ambiental, o sea, si las necesidades propias de la crianza son atendidas por una madre y por algún artificio mecánico, la tarea inherente al bebé de reconocer que los detalles de su cuidado son expresión del amor de una persona no sólo se vuelve más difícil, sino de hecho imposible. De un modo u otro, el analista tiene en la transferencia la pesadísima tarea de corregir la escisión ambiental que; en la etiología del caso, tornó imposible la síntesis para el bebé.

Admito que al criticar así estos dos análisis, estoy tratando de usar de manera efectiva el riquísimo material proporcionado por los

dos analistas, con la intención de formular una ,sugerencia que pudiera ser constructiva, ya sea en este caso o en otro similar..

Notas:

(1) Winnicott, "The Theory of the Parent-Infant Relationship" (1960), en The Maturation Processes and the Facilitating Environment, Londres, Hogarth Press; Nueva York, International Universities Press, 1965.

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia, 1965

Fusión de dos versiones similares de un ensayo escrito en marzo y mayo de 1965.

El vasto campo que abarca el término "la familia" ha sido estudiado de muchas maneras. Aquí intentaremos relacionar la función de la familia con la idea de trauma, lo cual implica estudiar el trauma como concepto de la metapsicología. El nexo entre ambas ideas es que la familia brinda al niño en crecimiento una protección contra el trauma.

Primero abordaré el problema del trauma desde el ángulo clínico,

y luego examinaré brevemente la teoría del trauma.

Un trauma que afectó a una paciente

Intervine en el análisis y manejo del caso de una niña que se acercaba a la pubertad, y que padecía una incapacidad física entrelazada con su perturbación emocional. Tuve la fortuna de que esta niña estuviese bajo una buena atención pediátrica durante el período en que se necesitó un tratamiento paralelo de carácter físico. Pude mantener contacto estrecho con ella mientras estuvo internada en el hospital.

A raíz de la particular situación en que me encontraba, fui informado por la niña de que un perverso estaba visitando la sala de niños, pese al cuidado habitual que se pone en un buen hospital infantil. Me resultó difícil creerlo, y al principio tendí a compartir la sospecha de la propia niña en el sentido de que había tenido alucinaciones. Sin embargo, comuniqué de inmediato lo que ella me había contado, y a la postre quedó en claro que todo lo que me había contado había sucedido realmente.

Naturalmente, quise que la niña volviera a su casa, pues, como de pronto se tornó obvio, la familia y el hogar de un niño son los que mejor pueden protegerlo de un trauma. Ahora bien, la propia niña no estaba en condiciones de considerar la posibilidad ya sea de ser trasladada al hogar o a otro hospital de las cercanías. De hecho, lo único que estaba a mi alcance era primero recuperarme del trauma yo mismo y luego dejar que el hospital se hiciera cargo del problema a su modo. Una vez establecidos los hechos, el hospital pronto tomó medidas y se restableció el sentimiento de seguridad.

El material que la niña estaba produciendo a la sazón evidenciaba que se encontraba en la etapa prepúber. Por ejemplo, un dibujo significativo mostraba a una niña cándida, con un vestido de manga larga, a quien un leopardo negro estaba enseñando a bailar; la niña tenía los brazos extendidos, en la mano derecha llevaba dos manzanas que acababa de tomar para comerlas, y en la izquierda un pájaro azul. El contraste entre la niña inocente y el leopardo potencialmente siniestro era llamativo; esta hermosa figura describía la visión previa de la sexualidad que es dable encontrar en esa fase presexual.

Fue en esta etapa del desarrollo de la niña que apareció en su vida el perverso, y todos los chicos del hospital quedaron en peligro. Podría decirse que sólo ella comprendió el peligro; los demás, en general, se excitaron, manifestaron su temor a los fantasmas o interpretaron cualquier ruido como proveniente de un hombre que estaba trepando por la ventana, y ésta fue su manera de tratar el asunto. Mi paciente se hallaba en una situación especial por la posibilidad de informarme sobre todos los pormenores; debe señalarse que, aunque por cierto confiaba en sus padres, no pudo decirles nada de lo sucedido a ellos. En un comienzo ni siquiera pudo contárselo a las enfermeras, y cuando al fin se lo dijo a una, ésta tomó el asunto a la ligera y no lo comunicó a la jefa. También el progenitor de uno de los otros niños lo tomó a la ligera.

En verdad, es casi imposible pensar que un perverso pueda ingresar de noche en la sala de niños de un hospital. La reacción natural consiste en renegarlo, o, alternativamente, en entregarse a una actividad reactiva frenética. Los padres se atreven a dejar a sus hijos en los hospitales sólo gracias a un proceso de idealización de éstos y de su personal; y mi larga experiencia en hospitales de niños me dice que los médicos, enfermeras y personal auxiliar no sólo se conducen de una manera confiable, sino que procuran reproducir las condiciones que se dan en la familia, destinadas a proteger a los niños de cualquier trauma severo. Pero... hete aquí

que esta protección de los traumas severos no incluye la protección frente a traumas más sutiles, que para los niños y bebés pueden ser peores que aquellos otros traumas, severos que conmocionan a los adultos cuando ocasionalmente ocurren. En la familia, los tabúes contra el incesto que, generalmente operan impiden que se produzca un trauma severo del tipo del que aconteció en este caso.

Mi pequeña paciente comentó: "Esto no es justo". Yo coincidía totalmente con ella, y se lo dije. No supo poner en palabras la naturaleza cabal del trauma, el hecho de que la dulce inocencia propia de la fase del desarrollo emocional en que ella estaba, y que muy adecuadamente describió en su dibujo como un "ballet", fuese arruinada por la introducción prematura de la sexualidad de un hombre, vale decir, de una segunda persona percibida objetivamente. La imagen subjetiva del leopardo se trocó súbitamente en lo que la niña llamó "un hombre que se pone molesto". Pudo añadir que tal vez él fuese una persona muy humana, que posiblemente se sintiera sola, pero piar cierto le resultó molesto en el contexto del trauma y de su experiencia al respecto.

Estoy en condiciones de agregar que la "inocencia" de esta niña no se vio dañada debido, en gran parte, al contacto estrecho que mantenía conmigo, un profesional en quien sabía que podía confiar tanto en los aspectos más graves como en los leves. No puedo afirmar, en cambio, que los otros niños no hayan sido dañados. Y, por supuesto, el factor constante que le permitió a ella creer en mí y usarme fue el hecho de que tuviese a su familia y de que confiase absolutamente en todos sus miembros.

Si mi paciente no se vio afectada en forma negativa, también se debe a que en su análisis ha sido el trauma muy sutil, y no el severo, el significativo y el que ella pudo utilizar. Para ilustrar esto daré un ejemplo de una sesión típica en la que hubo un anticipo.

La paciente se acostó en el diván como de costumbre y comenzó a hablar en voz muy baja de esto y de aquello. Según suele ocurrirme con ella, tenía que acercarme bastante para poder oírla. En esos momentos ella es muy sensible a cualquier cambio que se produzca en la habitación, y yo me cuido de introducir cambios que pudieran molestarla. En muchos aspectos, la paciente necesita tenerme bajo su control, y debo prestarle suma atención. Atiendo a sus necesidades avivando o reduciendo el fuego para que la temperatura sea exactamente la que ella quiere, o bien abriendo o cerrando la ventana, o quizás ofreciéndole pañuelos descartables u otros objetos cuya existencia ella conoce. Si las condiciones se aproximan a la perfección, empieza a querer hablarme, pero no hay ningún material que yo pueda usar, y sé (por experiencia) que si yo hablo la perturbaré. Si digo algo, no importa qué, por ejemplo "necesitas que yo está bajo tu control, como si una parte tuya...", antes de haber terminado de decirlo ya se ha puesto frenética, se ha encogido sobre sí misma y retraído, y se ha vuelto inconsolable. Grita y llora, y a todas luces ha sido herida profundamente. Hay envuelto en esto un factor temporal de modo tal que no puedo detenerme hasta saber que la fase quedó atrás; es preciso permitir que llegue a su término natural.

Me ayuda mi comprensión teórica de lo que la Dra. Margaret Little llama la "transferencia delusional". No me veo obligado a traer nada severo, como la cuestión de este perverso y su invasión de la sala de las niñas. Lo único que necesito es aceptar el rol que me ha sido asignado. De esta manera, dentro del ámbito de una fuerte transferencia negativa, la niña resulta herida y alcanza la congoja y el llanto, que por sí sola no podría alcanzar. Al fin la fase se resuelve sola y la paciente me puede decir: "Parecía enojado conmigo cuando me dijo..."

Por entonces, la niña estaba saliendo de un episodio paranoide que seguía la siguiente pauta:

1. Yo me amoldaba a su idea de una persona que está bajo su control omnipotente y es casi una parte de ella.
2. Me "moví" apenas, y de inmediato quedé fuera de su control.
3. La parte siguiente fue inconsciente: ella me odió.
4. Estaba segura de que yo era un perseguidor.
5. Vio que esto había sido una delusión.
6. Pudo entonces, en muy pequeña medida, alcanzar el odio que me tenía a mí (en quien confiaba) a raíz de mi mínima excursión fuera del ámbito de su omnipotencia.

En esta experiencia, la paciente se había sentido real gracias a su congoja y llanto. Siempre siente espanto, pero durante un cuarto de hora sintió espanto por algo.

Ya había llegado el momento de poner término a la sesión (que en esta oportunidad se había prolongado diez minutos más) y de que la paciente se preparase para irse. Esta clase de sesiones, en las que siente la mayor congoja, le producen cierta satisfacción, en tanto que otras le parecen irreales, sobre todo si se ha permitido disfrutar de alguna actividad y me ha hecho disfrutar a mí; obteniendo así la falsa impresión de que todo anda bien en ella. No todo anda bien.

Y después que se fue, me di cuenta de qué desde el principio ella sabía que esto podía suceder. Cuando comenzó la sesión dijo: "Me gustaría que fuera uno de los momentos en que mamita venía a buscarme". YO conocía bien este signo y estaba preparado para lo que iba a suceder, aunque no podía prever qué forma tomaría la desilusión de esta jornada. Mi tarea consistía en primer lugar en cooperar con su proceso de idealización mía, y luego compartir el

peso de la responsabilidad por la quiebra de esa idealización a raíz de su odio convertido para ella en la delusión de que yo estaba enojado con ella. Un poco ella logra la ambivalencia de ésta manera.

Se apreciará que este trabajo lleva más atrás del problema derivado de las visitas del perverso, salvo que las palabras "Esto no es justo" suministren un nexo. No es justo que el objeto idealizado (subjetivo, casi) ponga de manifiesto su independencia, su separatividad, su libertad respecto de su control omnipotente.

Si este análisis tiene éxito, ello se deberá a una larga serie de esos pequeños traumas puestos en escena por la paciente, y que incluyen fases de transferencia delusional.

La experiencia traumática en una mujer

A ningún analista le será difícil encontrar ejemplos de estos hechos en su tarea clínica corriente. He aquí otro, correspondiente a mi práctica clínica de la misma semana.

Una mujer adulta tiene una defensa muy bien organizada contra la esperanza. En un análisis previo y en el que está haciendo conmigo, nada se hizo consciente jamás. Todo cuanto ocurre ya había sido previsto por ella. El cuadro está dominado totalmente por una desesperación inalterable, de modo tal que esta mujer, potencialmente valiosa, acepta la derrota como un hecho y vive permanentemente en un estado de moderada depresión. Sabe que "el análisis no puede tener éxito".

Esta situación se inició cuando al término de su niñez temprana, excepcionalmente feliz, murió súbitamente su padre y de inmediato su madre cayó en la melancolía. Esta melancolía ya estaba sin duda presente en la actitud excepcionalmente vivaz, risueña e imaginativa de esta mujer hacia su única hija, que perduró hasta que falleció su esposo. Luego, su melancolía continuó hasta su propia muerte. En la sesión que he escogido para comentar sucedió algo nuevo: la paciente sostuvo que la principal interpretación que le hice debía ser correcta y sin embargo ella no lo había previsto; por consiguiente, la interpretación fue "traumática", en el sentido de que rompió las defensas: Este trauma benigno era un reflejo del nuevo sentimiento de la paciente sobre el trauma maligno.

A la sazón yo la estaba atendiendo sólo una vez por semana. La semana anterior a esta sesión ella tenía que venir en un horario distinto del habitual; pero vino a la hora de costumbre, y cuando en la puerta le comunicaron que se había equivocado, se retiró. Una semana más tarde, en la sesión a que aludo, comenzó refiriéndose a esto, y dijo que la persona que la atendió en la puerta la había mirado con ojos críticos, casi como diciéndole: "Usted ha desobedecido".

Continuó comentando cuánto simpatizaba con esa persona, que era casi siempre la que la recibía a la entrada. Prosiguió con el material depresivo corriente. Se había puesto contenta -dijo- de poder irse y no tener sesión. Comunicó asimismo otras cosas, la peor de las cuales era ésta: su amigo había reaccionado de una manera terrible ante algo que ella había dicho, vinculado con un niño adoptivo que era feliz, pero a quien no se le había informado que era adoptivo. Mi paciente le dijo a su amigo: "Bueno, espero que pronto logren decírselo al chico", tras lo cual su amigo se enojó muchísimo y achacó sus palabras a la actitud psiquiátrica ante la vida propia de las personas sometidas a un psicoanálisis. El malhumor del amigo había durado largo tiempo y era intolerable

para ella. Lo mencionó como algo absolutamente devastador, pero ella siempre tenía este mismo humor triste que reduce todo a lo mismo: algo potencialmente bueno, y hasta maravilloso, pero [que es] por supuesto arruinado.

El material que traía esta paciente incluía otros ejemplos de ello. Uno tenía que ver con una nueva versión de ese mismo incidente, que la llevó a un intento de suicidio. Había ido de buena fe a pedir en la universidad que le dieran otra oportunidad de hacer un trabajo especial, porque la habían reprobado en el examen, a raíz del peso que le significaba la melancolía de la madre; e imprevistamente, la acusaron de solicitar privilegios indebidos. Esto nos condujo a una nueva versión del momento del trauma original, cuando después de la muerte del padre acudió a ver a su madre esperando encontrar la mujer risueña de costumbre, y en cambio se vio. ante una nueva persona, hosca e irrazonable, y que ya no mantenía con ella (quien a la sazón tenía seis años) ninguna relación especial.

Se advertirá que, como yo ya me había habituado a prever en este análisis, el nuevo material no era, en rigor, nuevo; la paciente sabía ya todo esto desde siempre, pero ese día tuvo ganas de brindarme un cuadro más claro de lo que siempre había recordado con claridad:

En ese momento sobrevino mi interpretación, que no hizo más que conectar esos ejemplos de traumas con el episodio de la puerta de mi casa, donde según ella la persona en lugar de hacerla pasar, le comunicó que se había equivocado. En este punto mi paciente experimentó su primer "trauma" analítico, o "trauma benigno", si se me permite la expresión. Estaba pasmada: ¡ella no había establecido esa conexión! Se daba cuenta de que ésta era válida, pero no pudo "asumirla" de inmediato.

Ahora veía lo que no había visto antes, o sea, reconoció que en el

centro del episodio de la puerta de mi casa había habido una delusión: de hecho, la persona que la recibió la atendió cordialmente, pero ella vio en su mirada una prohibición y acusación, y reaccionó como lo haría ante un perseguidor. (Esa persona me subrogaba en la transferencia, y de hecho en la sesión siguiente, cuando yo me mostraba comprensivo como de costumbre y por cierto no estaba enojado, ella dijo también al llegar a este punto que, por una u otra razón, le molestaba que yo fuese cordial con ella.)

Es posible ahora ver la pauta, la misma pauta que he descrito antes con respecto a la sesión de la niña. Esta paciente adulta venía con todas las defensas bajas, "sabiendo" que se le iba a permitir la entrada. La persona que la atendió en la puerta estaría dentro del ámbito de su omnipotencia, formaría parte del "ambiente previsible promedio"; pero no fue así. Hubo entonces un odio inconsciente hacia esa persona. Lo consciente fue la delusión de que esa persona la había criticado, y de ello la paciente escapó con júbilo, contenta de irse.

Había experimentado ahora, en la "transferencia delusional", la persecución que es un paso necesario hacia la experiencia del odio por un objeto bueno, esencia de la desilusión. Quizás por primera vez en una década de análisis, había logrado modificar las defensas, originalmente organizadas en relación con el súbito e impredecible cambio que se produjo en la madre luego de la impredecible muerte de su padre.

Un ejemplo similar

Little, "Delusional Transference"; W. R. Bion, "Attacks on Linking", latinal

Journal of Psycho Analysis, vol. 40 (1959); también en Bion, Second Thoughts, Londres, Heinemann Medical Books Ltd., 1967. [Trad. cast.: Volviendo a pensar, Buenos Aires, Hormé, 1972.1 Winnicott hace referencia al valor del concepto de Utile en Mependenoe in Infant-Care, in Child-Care and in the Psycho-Analytic Setting" (1963), incluido en The Maturational Proces_ ses and the Facilitating Enairnment, Londres, Hogarth Press; Nueva York, International Universities Press, 1965.

Añadiré aquí un tercer ejemplo que vino a mis manos cuando estaba escribiendo estos apuntes.

En un caso que estoy observando desde afuera, una mujer fue como de costumbre a su analista y oprimió el botón del timbre. Se hallaba en un estado especial, vinculado con la esperanza, siendo que esa persona es por lo regular desesperanzada. Evidentemente, el timbre no .sonó en un principio, de modo que volvió a oprimirlo, y en esta ocasión alguien vino a abrir. Al entrar a sesión le dijo a su analista: "¡Así que usted estuvo todo el tiempo aquí, mientras yo esperaba allí afuera!" (implícitamente le estaba diciendo: "¡Usted me odia!"). La analista no sabía qué había pasado, y se me comunica (tal vez erróneamente) que respondió: "¿Se da cuenta de lo que me está diciendo?" (de hecho, un reproche). A causa de esto la paciente cayó en la desesperación.

Repasando este material, puede verse que la analista (tal como lo comunicó la paciente) no supo interpretar siguiendo los lineamientos de la transferencia delusional. Podría haberse callado, o podría haber dicho: "Usted me odió cuando el timbre no sonó y nadie acudió a abrirle; pero nada supo sobre este odio que me tiene, y lo que vio fue un odio mío hacia usted".

En esta ocasión, hice el experimento de transmitirle a la paciente este fragmento de información externa a su análisis. El resultado fue que recordó haber sentido un odio muy intenso y amargo hacia

su analista tan pronto traspuso la puerta de calle y se encaminó hacia la sala. No podría habérmelo contado porque no se dio cuenta de esto, pero en todo caso "habría sido tan loco..." (transferencia delusional).

Aquí opera el mismo mecanismo que en los otros casos mencionados. En cada uno de ellos se sufrió un trauma, y el odio se manifestó clínicamente como una delusión de ser odiado.

La consulta terapéutica

Otro tipo de experiencia clínica que para mí estableció un nexo entre la idea de la familia y la de trauma proviene de un estudio que estoy llevando a cabo sobre lo que denomino la Consulta Terapéutica. Estoy tratando de mostrar que en un tipo muy corriente de casos de psiquiatría infantil hay posibilidades de efectuar una psicoterapia profunda y eficaz haciendo un uso cabal de una entrevista, o de un número limitado de ellas. Si mi tesis es correcta, se vuelve urgentemente necesario poder diagnosticarlos casos según que les sea o no aplicable este tratamiento. En este tipo de casos el niño puede estar muy gravemente perturbado desde el punto de vista clínico.

Un denominador común de estos casos es la existencia de una familia en funcionamiento, o al menos de una situación familiar. En verdad, es improbable que este tipo de terapia rápida pueda operar cuando uno de los padres padece una enfermedad psiquiátrica grave, o si el hogar ya ha sido destruido o carece de una confiabilidad intrínseca.

Dicho de otro modo, en tales casos el trabajo principal lo hace la

familia y dentro de la familia; lo que hace el terapeuta es producir en el niño un cambio cualitativamente preciso y cuantitativamente suficiente como para permitirle a la familia volver a funcionar, en relación con el niño. Una vez enunciada esta idea, es fácilmente aceptada. Estos casos son importantes por cuanto guardan estrecha conexión con la terapia que todo el tiempo se lleva a cabo, con uno u otro niño, en una familia en funcionamiento, independientemente de que reciba ayuda profesional especializada o psiquiátrica.

Breve descripción de un caso de psiquiatría infantil

Cuando Phyllis tenía 16 años me la trajeron a causa de dificultades de personalidad que todavía no se habían organizado en una pauta mórbida. En el transcurso de una entrevista psicoterapéutica significativa, Phyllis dijo: "Siempre siento que estoy parada ,o sentada sobre un chapitel de iglesia. Miro a mi alrededor y no encuentro apoyo en ninguna parte, simplemente hago equilibrio". A todas luces, esta angustia puede relacionarse con un temor a algo poco confiable durante la experiencia de Phyllis cuando niña; puede estar referida a algún tipo de falla de sostén por parte de la madre, en una época en que Phyllis era inmadura, en el sentido de ser dependiente.

Ahora bien, ocurre que yo había atendido ya a Phyllis cuándo era pequeña, en rigor cuando tenía un año y nueve meses, y su madre estaba nuevamente embarazada de seis meses; y tomé notas del caso en esa ocasión. En esa época se interrumpió su desarrollo regular y en verdad Phyllis nunca se recuperó bien. Al año y nueve

meses le comunicaron que tenía que ir a quedarse con su abuela (con quien mantenía una buena relación) mientras naciera el nuevo niño. Cabe presumir que, a esa edad, también pudo apreciar los cambios físicos en el cuerpo de su madre. Dos días después que le comunicaran esta noticia, reaccionó negándose a comer durante una semana y con gritos incesantes. A partir de entonces fue una criatura nerviosa e irritable, presentando algunos problemas para su manejo. Fue así que comenzó su enfermedad.

Parecería que aquí estaban operando varios factores:

1. Phyllis era muy niña aún para hacer frente al embarazo de su madre y todo lo que éste significaba. Transmitir información a un niño de un año y nueve meses no es sencillo; o bien no recibe ningún mensaje, o bien el que recibe es un mensaje de cambio total en la actitud de los padres, o de súbita desilusión.
2. Tal vez sus padres no manejaron bien esta cuestión, aunque en general se conducían de manera sensible y podía contarse con ellos.
3. Anunciarle a la criatura el cambio ya previsto por ella a raíz de las alteraciones en la figura de su madre diciéndole "Te tendrás que ir a..." no fue quizás un buen método, tornando aún más difícil que lo normal, para un niño de esta edad, tramitar el embarazo de su madre identificándose con ésta. Veo en mis apuntes que poco después yo informaba que Phyllis estaba intentando, en verdad, parecerse a su mamá: había surgido en ella una compulsión a caminar pavoneándose con el vientre hacia afuera, en una torpe imitación de su madre.

Sea cual fuere la causa, lo cierto es que en la época en que su madre quedó embarazada, Phyllis sufrió una gran perturbación. Cabe presumir que se percató de que existía la amenaza de una "angustia impensable", esa angustia primitiva o arcaica que los

bebés bien atendidos no experimentan efectivamente, hasta que ya están dotados como para hacer frente a la falla ambiental mediante el autocuidado (quehacer materno introyectado). Dichas angustias incluyen:

caída perpetua; desintegración; despersonalización; desorientación.

Me enteré de la reacción de- esta niña ante esa amenaza a su existencia en la época en que tenía un año y nueve meses, y fue interesante para mí que Phyllis me diera, a los 16 años, su versión más compleja de cómo se había percatado de dicha amenaza. Toda la vida había sentido que estaba "simplemente haciendo equilibrio". Las palabras "sobre el chapitel de un campanario de iglesia" no añaden nada de significación general, pero el hecho de que estuviera "parada o sentada" posiblemente derivase de sus experiencias efectivas en el regazo de la madre antes de cumplir los dos años, más o menos por la fecha en que nació su hermanita.

Este ejemplo muestra que, al construir su familia, los padres ejercen por cierto una gran influencia en el desarrollo emocional de sus hijos. Cometan errores, pero también planifican, meditan acerca del mejor modo de presentarles ciertas ideas a los niños pequeños en el lenguaje más conveniente, y de mil maneras protegen a sus hijos de sufrir traumas. En el caso de que aquí nos ocupamos hubo un trauma localizado, y surtió un efecto en la personalidad de la niña. Los padres habían hecho todo lo que pudieron para enmendar lo sucedido tantos años atrás, pero necesitaban ayuda: Esta les fue brindada mediante una entrevista psicoterapéutica con la niña, en la cual su problema personal salió a la superficie del modo en que ella quiso. Esto es hacer la anamnesis con la mediación del niño, el único modo de usar realmente un historial clínico en el proceso terapéutico. Puede

decirse que un tratamiento completo, en el que el trabajo principal realizado se relaciona con la neurosis de transferencia (o psicosis), es una larga anamnesis.

En este caso los padres habían cargado con el peso de la enfermedad de la niña durante ocho años, y se mostraban capaces de continuar cargándolo y dispuestos a ello, pese a que ambos tenían considerables dificultades personales. No obstante, necesitaban sin duda una cierta cuota de ayuda, gracias a la cual la niña se volvió capaz de usar aquello que su familia podía ofrecerle a través de su funcionamiento normal.

Breve descripción de otro caso de psiquiatría infantil

Descrito en detalle como el Caso 17, «Ruth», en Winnicott, Therapeutic Consultations in Child Psychiatry, Londres, Hogarth Press; Nueva York, Basic Books, 1971. [Trad. cast.: Clínica psicoanalítica infantil, Buenos Aires, Hormé, 1980.]

He aquí la reacción de una niña algo mayor al nacimiento de una hermanita. Esa niña, de 8 años, pudo ponerme en contacto con la reacción que tuvo lugar a los 3 años, cuando sufrió un trauma debido a una concatenación de circunstancias. Por ciertas razones (que no es preciso exponer aquí) su madre enfermó físicamente y también contrajo una grave depresión cuando nació su hermanita. En verdad, durante algunas semanas, por esa época esta niña debió experimentar el rechazo de su muy buena madre, ya que durante un tiempo ésta quedó tan perturbada que llegó a odiar a su nueva beba y a su primera hija. En este período la beba fue

cuidada dentro de la familia principalmente por el padre, pese a lo cual sufrió un eclipse materno.

Una pesadilla (que me fue relatada en una sola consulta terapéutica, cuando tenía 8 años) la retrotrajo a esa fecha, cuando tenía 3. La figura 1 muestra cómo se encaminó ella hacia la madre con el nuevo bebé, llevando "latas de alimento para bebés" y preparada a hacer frente a la nueva situación mediante varias identificaciones cruzadas -p. ej., siendo la mamá, siendo la beba, y ayudando ella misma a que la beba creciera-.

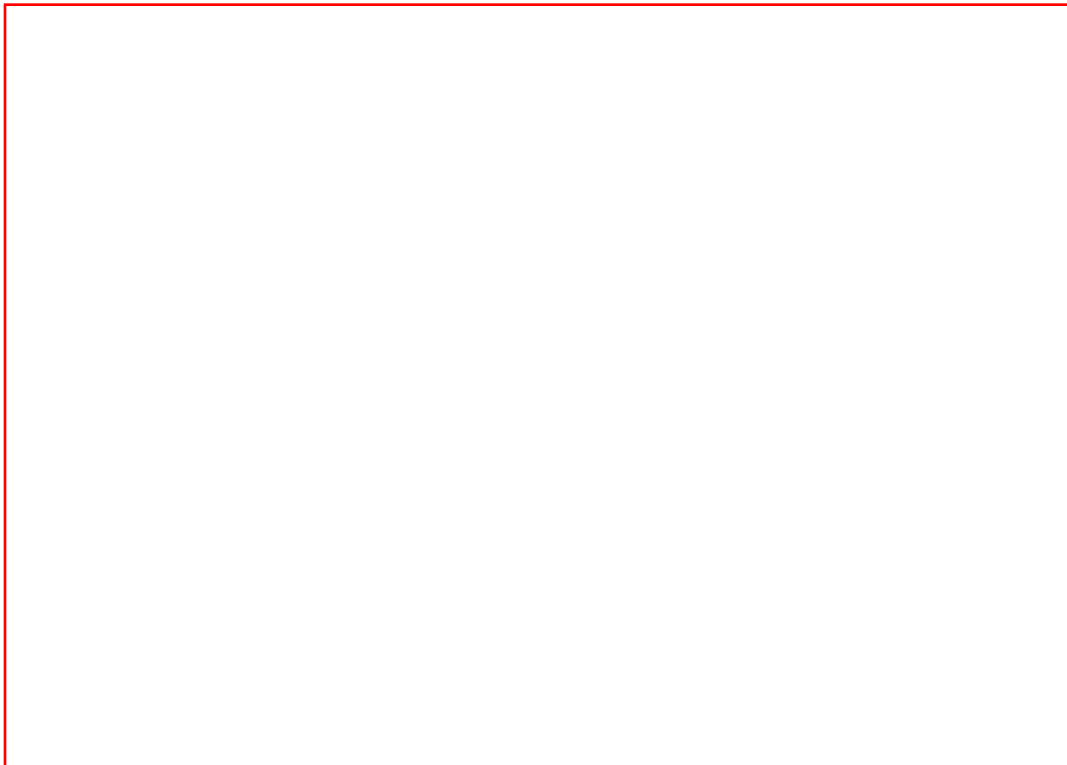


Figura 1



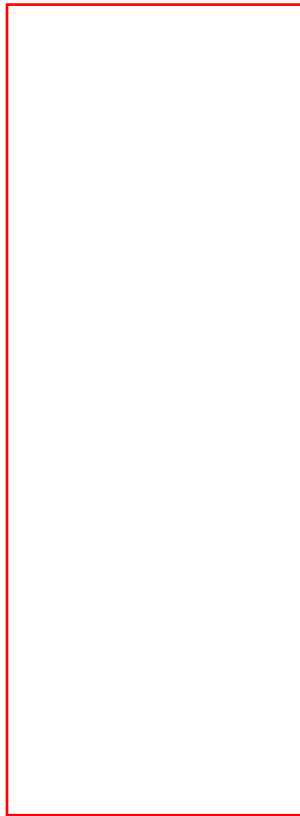
Detalle de la Figura 1 reproducido a tamaño natural

El rechazo que sufrió a raíz del trastorno puerperal de la madre invirtió esta situación, y la figura 2 la muestra en el momento de convertirse en una niña deprivada. Un síntoma de su estado fue su compulsión a robar; al principio robaba latas de alimento para bebés, por las cuales desarrolló una peculiar afición.

Así pues, el primer dibujo ilustra la pesadilla y el segundo su recuerdo de ser efectivamente "deprivada", o sea, de perder súbitamente el contacto con su madre. El tamaño del bebé disminuye, como consecuencia de que el alimento para bebés no alcanza su objetivo; y por detrás de la niña deprivada hay agua, agua venenosa que amenaza con reducir de tamaño (lo opuesto a crecer) a la beba, a la madre y a ella misma. El agua eran lágrimas amargas, lágrimas que no podían fluir de los ojos tristes, y también corresponde a la enuresis que durante un tiempo pasó a ser un síntoma manifiesto.



Figura 2



Detalle de la figura 2

La primera figura, la pesadilla, muestra la esperanza, y la segunda la desesperación debida al rechazo, para el cual la pequeña no estaba en absoluto preparada. A consecuencia de la enfermedad psicosomática y depresiva de la madre, esta familia falló en cuanto a proteger a la niña del trauma en el momento del nacimiento de la

beba, de modo tal que su capacidad para identificarse con la madre sufrió un quebranto.

En este caso la familia actuó bien con la beba, y también, a la larga, se ocupó de la niña, salvo por lo que respecta a una parte en la que necesitó mi ayuda especializada. Bastó con una entrevista, luego de la cual la familia siguió adelante en su función de cuidar de estas dos niñas y de un tercer hijo, cuando llegó.

Comentario general

La familia promedio está todo el tiempo evitando o resolviendo las perturbaciones que padece tal o cual hijo, por lo general sin recurrir a la ayuda profesional. Es sin duda un error que el psicoterapeuta usurpe el funcionamiento total de la familia, excepto que ésta se halle condenada al fracaso a raíz de algún defecto inherente. Si la familia funciona, el objetivo del terapeuta debe ser capacitar al niño traído al tratamiento para que haga uso de aquello que, en verdad, la familia puede hacer mejor y más económicamente que nadie, a saber, el amamantamiento psíquico general durante todo el período que se extiende hasta que tiene lugar la recuperación.

Breve descripción de otro caso

Descrito en detalle como el Caso 9, "Ashton", en Therapeutic Consultations in Child Psychiatry, ob. cit.

El siguiente caso ilustra la capacidad de un niño para formular su problema personal. El desempeño escolar de un niño de características esquizoides comenzó a degradarse, pese a su alto nivel de inteligencia. En la escuela lo toleraban, aunque su comportamiento se volvió cada vez más extraño. Fue derivado a mí por su médico clínico debido a que cada vez le costaba más volver a la escuela, y cuando tenía que hacerlo desarrollaba una enfermedad indefinida, con fiebre.

Sus padres lo acompañaron para que viniera a verme en una única consulta terapéutica, en cuyo transcurso me formuló--su problema básico bajo la forma de una "idea abstracta", abstraída de algo que había pintado (figura 3).



Figura 3

Le interpreté que esta figura constituía su manera de mostrarme una aceptación y rechazo simultáneos. El resultado fue como si se hubieran abierto unas compuertas para dejar paso a la corriente. A partir de esta consulta rica y provechosa (desde mi punto de vista), el chico comenzó a mejorar clínicamente y maduró en todos los aspectos.

La cuestión es que esta clase de trabajo, llevado a cabo en una sola entrevista, sólo es posible si la familia del niño funciona y, en este caso, en colaboración con la escuela. La familia (ayudada por la escuela) hizo casi toda la tarea antes y después de la entrevista psicoterapéutica; pero fue menester este esclarecimiento puntual que los padres no estaban en condiciones de brindar -y en verdad, el niño- tampoco les habría dado la oportunidad de hacerlo-. En un aspecto, su madre le había fallado en la infancia, y luego fue demasiado tarde para que hiciese lo que no había sabido hacer en el momento oportuno. Tanto ella como su marido podían hacer bien todo lo demás, y lo hacían.

He aquí un ejemplo efectivo de la confianza de un niño en su familia y en cada uno de sus padres, que le permitió hacer uso de mí y ahondar de inmediato en sus problemas personales, de estructura de la personalidad.

En la temprana infancia de este chico había habido traumas que los padres no pudieron evitar, y que de hecho casi lo convirtieron en un caso de esquizofrenia infantil. En lugar de ello, se volvió un esquizoide, una persona con una creciente necesidad de tratar de resolver un problema. Este y otros problemas semejantes habrían quedado irremediablemente irresueltos en él si se hubiera convertido en un caso de esquizofrenia infantil, o quizás en uno de esos extraños deficientes mentales que muestran retazos de brillo intelectual.

De lo anormal a lo normal

La consulta terapéutica es eficaz si hay una familia que funciona, pero la ayuda profesional es indispensable para permitirle al niño o niña usar a la familia que facilita sus procesos madurativos.

Esto se conecta, a todas luces, con el trabajo realizado por la familia en funcionamiento con aquellos de sus miembros que de tanto en tanto necesitan, y reciben, atención individual. También se conecta con esa parte del funcionamiento de la familia que tiene que ver con el principio de realidad y el proceso de desilusión; por ejemplo, los ajustes personales vinculados con la llegada de algún hermanito, etc., etc. Esto tiene su punto culminante en el complejo de Edipo, el ajuste individual al hecho de la triangulación de las relaciones interpersonales.

En lo tocante a las etapas anteriores de integración y otros procesos madurativos del individuo, la madre (en particular) desempeña el rol de ser la que desilusiona al bebé; y la base de su labor en este aspecto reside en la etapa inicial en la cual (mediante una adaptación especial) le da a cada bebé la ilusión de la experiencia de omnipotencia. El éxito de la función desilusionante de la madre y la familia ha de medirse por la capacidad del niño para la ambivalencia, pero el fundamento de la ambivalencia es esta experiencia de omnipotencia en relación con un objeto. El reflejo ambiental de la ambivalencia entraña la idea de trauma, lo cual nos lleva a considerar cuál es la naturaleza del trauma.

La naturaleza del trauma

La idea de trauma implica tomar en cuenta factores externos; en otras palabras, corresponde a la dependencia. El trauma es una falla relativa a la dependencia. Es aquello que quiebra la idealización de un objeto por el odio de un individuo, reactivo frente a la falla de ese objeto en lo que atañe a cumplir su función.

Por lo tanto, el significado de un trauma varía según la etapa de desarrollo emocional del niño. Así tenemos:

A. Al principio el trauma implica un derrumbe en el ámbito de confiabilidad del "ambiente previsible promedio", en la etapa de dependencia casi absoluta. Dicho derrumbe se manifiesta en una falla, o falla relativa, en la instauración de la estructura de la personalidad y de la organización yoica.

B. La desadaptación es la segunda parte de la función materna, siendo la primera la de dar al niño la oportunidad de una experiencia de omnipotencia. Normalmente, la adaptación de la madre resulta en una falla adaptativa gradual, y esto desemboca en la función familiar de introducir gradualmente el principio de realidad para el niño.

Así pues, un estudio del trauma exige al investigador estudiar la historia natural del ambiente con respecto al individuo en desarrollo. El ambiente es adaptativo y luego desadaptativo; el tránsito de la adaptación a la desadaptación se vincula íntimamente con la maduración de cada individuo, y, por ende, con el paulatino desarrollo en el individuo de los complejos mecanismos psíquicos que le posibilitan, a la larga, pasar de la dependencia a la independencia.

Hay, pues, un aspecto normal del trauma. La madre está siempre "traumatizando" dentro de un marco de adaptación, y así el bebé

pasa de la dependencia absoluta a la dependencia relativa. Pero si el resultado difiere del de un trauma, ello se debe a la habilidad de la madre para percibir la capacidad que tiene su hijo en cada momento de emplear nuevos mecanismos mentales. El sentido de lo "distinto de mí" en el bebé depende de que la madre opere en este campo del cuidado materno.

Los progenitores en su conjunto, y luego el funcionamiento de la unidad familiar, prosiguen este proceso de desilusión del niño.

Clínicamente, es frecuente comprobar que una madre no puede destetar a su hijo. Se lamenta de que el niño "no quiere dejar el pecho". Bien puede suceder que la madre se halle en una fase depresiva, en la cual el odio (tanto activo como pasivo) no esté al alcance de su conciencia o en condiciones de ser usado en las relaciones. De hecho, la madre no puede cumplir su papel en el proceso de desilusión, del cual el destete es una expresión. Dicho de otro modo, una madre sana o normal es capaz de suscitar la ambivalencia en la relación con el objeto, y de poder utilizarla apropiadamente.

La misma dificultad puede presentarse bajo la forma del rechazo de un niño a ir a la escuela, siendo la madre, por lo común, ignorante del papel que desempeña. El niño puede ser consciente de que lo que él no puede soportar es la incapacidad de la madre para hacer frente al hecho de perderlo.

C. En su acepción más popular, el término "trauma" implica el derrumbe de la fe: El bebé o niño ha construido una capacidad de "creer en algo", y ocurre que la provisión ambiental primero se amolda a esto y luego falla. De este modo, el ambiente lo persigue, al penetrar en sus defensas. El odio reactivo del bebé o niño quiebra el objeto idealizado, y es dable que esto sea experimentado como un delirio de ser perseguido por los objetos buenos. Si la reacción es de rabia o de odio apropiados, el término trauma no

corresponde. En otras palabras, cuando hay una rabia apropiada la falla ambiental no ha sobrepasado la capacidad del individuo de habérselas con su reacción.

D. Cuanto mayor sea la integración alcanzada por el niño, más gravemente puede ser herido por un trauma herido o sometido a un sufrimiento, por oposición a impedirle alcanzar la integración-. A la larga, en el complejo de Edipo; en las interrelaciones del tipo de las que se dan entre tres personas totales, el niño necesita durante un período experimentar la confiabilidad personal de sus padres, a fin de usar toda su dotación (mecanismos de proyección y de introyección), y -de modo que pueda establecerse en ese período la realidad psíquica personal o interna que convierte a la fantasía en una experiencia comparable a la efectiva relación con el objeto. Una exposición total de este tema debería incluir el concepto de los fenómenos transicionales. El resultado de este crecimiento del individuo es su capacidad para la ambivalencia.

E. En definitiva, el trauma es la destrucción de la pureza de la experiencia individual a raíz de la intrusión de un hecho real demasiado súbito e impredecible, y del odio que genera en el individuo, odio hacia el objeto bueno, que no se experimenta como odio sino, en forma delirante; como ser odiado.

Biblioteca D. Winnicott

De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo

(Conferencia pronunciada en la Atlanta Psychiatric Clinic, en octubre de 1963)

En este capítulo he optado por describir el crecimiento emocional en los términos del recorrido desde la dependencia hasta la independencia. Si hace treinta años se me hubiese pedido que realizara esta misma tarea, casi seguramente yo me habría referido a los cambios en virtud de los cuales la inmadurez deja paso a la madurez como progresión en la vida instintiva. Habría hablado de las fases oral, anal, fálica y genital. Tal vez las habría subdividido: oral primaria, preambivalente, oral secundaria, sádica oral, etcétera. Algunos autores han subdividido mucho la fase anal. Otros se han contentado con una idea de la fase genital basada en términos generales en el funcionamiento de los órganos de ingestión, absorción y eliminación. Todo esto está bien. Es ahora tan cierto como antes, y puso en marcha nuestro pensamiento y la estructura de la teoría que nos sirve de timón. No obstante, ahora, por así decirlo, lo llevamos en los huesos. Lo damos por sentado, y sólo prestamos atención a otros aspectos del crecimiento, cuando, como de mí ahora, se espera que digamos algo que no reitere exactamente el conocimiento común, o que tome en cuenta los últimos desarrollos de la teoría y de nuestra postura.

Aunque yo haya optado por considerar el crecimiento en los términos de una dependencia que se convierte gradualmente en independencia, espero que mis lectores concuerden en que esto de ningún modo invalida la eventual descripción del crecimiento en términos de zonas erógenas o de relación objetal.

La socialización

Hablamos de la madurez del ser humano no sólo en relación con el crecimiento personal, sino también respecto de la socialización. Digamos que en la salud, que es casi sinónimo de la madurez, el adulto puede identificarse con la sociedad sin un sacrificio demasiado grande de la espontaneidad personal, o bien, a la inversa, que el adulto puede atender a sus propias necesidades personales sin ser antisocial y, por cierto, sin dejar de asumir alguna responsabilidad por el mantenimiento o la modificación de la sociedad tal como se la encuentra. Heredamos ciertas condiciones sociales; se trata de un legado que tenemos que aceptar y, de ser necesario, modificar; esto es lo que finalmente entregamos a quienes vienen después de nosotros.

La independencia no es nunca absoluta. El individuo sano no queda aislado, sino que se relaciona con el ambiente de un modo tal que puede decirse que él y su medio son interdependientes.

El recorrido

No hay nada nuevo en la idea de un recorrido desde la dependencia hasta la independencia. Todo ser humano

debe hacer este viaje, y muchos llegan a algún lugar no alejado de su punto de destino, a una independencia con sentido social incorporado en ella. En tal caso la psiquiatría tiene ante sí un crecimiento sano, tema que a menudo queda en las manos del estudioso de la educación o el psicólogo.

El valor de este enfoque consiste en que nos permite estudiar y discutir al mismo tiempo los factores personales y ambientales. En este lenguaje, "salud" significa tanto salud del individuo como salud de la sociedad, y la madurez completa del individuo no es posible en un escenario social enfermo o inmaduro.

Las tres categorías

Al estructurar este breve enunciado de un tema muy complejo, encuentro necesarias tres categorías y no dos; no simplemente la dependencia y la independencia, pues me parece útil pensar por separado en:

la dependencia absoluta; la dependencia relativa; hacia la independencia.

La dependencia absoluta

En primer lugar llamaré la atención sobre las etapas muy tempranas del desarrollo emocional de todo infante. Al principio el infante depende totalmente de la provisión física que le hacen llegar la madre viva, el útero o el cuidado al infante alumbrado. Pero en términos psicológicos tenemos que decir que el infante es al mismo tiempo dependiente e independiente. Debemos examinar esta paradoja. Está todo lo heredado, incluso los procesos de la maduración y quizás algunas tendencias patológicas, y tiene una realidad propia, que nadie puede alterar; al mismo tiempo, el despliegue de los procesos de la maduración depende de la provisión ambiental. Podemos decir que el ambiente facilitador hace posible el progreso constante de los procesos de la maduración, pero el ambiente no hace al niño. En el mejor de los casos permite que el niño advierta su potencial.

La expresión "proceso de maduración" se refiere a la evolución del yo y del self, e incluye la historia total del ello, de los instintos y sus vicisitudes, y de las defensas yoicas relacionadas con el instinto.

En otras palabras, una madre y un padre no producen un bebé como un pintor un cuadro o un alfarero un jarrón. Ellos inician un proceso evolutivo del que resulta un huésped en el cuerpo de la madre primero, después en sus brazos, y finalmente en el hogar que proveen los progenitores; cómo será finalmente ese huésped está más allá del control de todos. Los padres dependen de las tendencias heredadas del infante. Podría preguntarse: "Pero, si no pueden hacer a su propio hijo, ¿qué es lo que pueden hacer?". Desde luego, pueden hacer mucho. Diré que pueden proveer lo necesario para un niño sano, en el sentido de que es maduro en los términos de lo que significa la madurez en cualquier momento para ese niño. Si tienen éxito en esa provisión, los procesos de la maduración del infante no quedan bloqueados, sino que encuentran sus necesidades satisfechas y pueden pasar a formar parte del niño.

Esta adaptación a los procesos de la maduración del infante es sumamente compleja, les plantea a los padres exigencias enormes y, al principio, es la propia madre la que constituye el ambiente facilitador. En ese momento ella misma necesita respaldo, y quienes mejor se lo brindan son el padre del niño (digamos su esposo), la madre, la familia y el ambiente social inmediato. Esto es absolutamente obvio, pero no por ello menos cierto, y es necesario decirlo.

Le he dado un nombre especial a este estado de la madre, porque creo que su importancia no se aprecia. Las madres se recuperan de este estado y lo olvidan. Yo lo denomino "preocupación materna primaria". No es necesariamente un buen nombre, pero se trata de que hacia el final del embarazo y durante algunas semanas después del parto, la madre está preocupada por el cuidado del bebé (o, mejor dicho, "entregada" a ese

cuidado): ese bebé al principio le parece una parte de ella misma; además, se identifica mucho con la criatura y conoce perfectamente bien lo que ésta siente. A tal fin la madre utiliza sus propias experiencias como bebé. De este modo se encuentra también en un estado dependiente y vulnerable. Para escribirlo empleo las palabras "dependencia absoluta" con referencia al estado del bebé.

De este modo la naturaleza hace lo necesario para satisfacer lo que el infante necesita, que es un alto grado de adaptación. Explicaré lo que entiendo por esta palabra. En los primeros días del psicoanálisis, por adaptación sólo podía entenderse una cosa: satisfacer las necesidades instintivas del infante. La lentitud con que algunos han comprendido que las necesidades del infante no se limitan a las tensiones instintivas, por importantes que sean, ha generado muchas concepciones erróneas. Está también todo el desarrollo del yo del infante, que tiene sus propias necesidades. En este punto hay que decir que la madre "no abandona a su infante", aunque puede y debe frustrarlo en cuanto a las necesidades instintivas. Sorprende lo bien que las madres satisfacen las necesidades del yo de sus infantes, incluso algunas madres que no les dan muy bien el pecho y rápidamente lo reemplazan por el biberón y un preparado.

Siempre hay algunas mujeres que no pueden comprometerse totalmente, como es necesario en esa etapa muy temprana, aunque ésta dura sólo unos meses hacia el final del embarazo y al principio de la vida del infante.

Describiré las necesidades del yo, que son multifacéticas. El mejor ejemplo es la simple cuestión del sostén. Nadie puede sostener a un bebé a menos que se identifique con él. Balint (1951, 1958) se ha referido al oxígeno del aire, del que el infante no sabe nada. Yo podría recordar la temperatura del agua del baño, que la madre prueba con el codo; el infante ignora que el agua podría haber estado demasiado caliente o demasiado fría, pero da por sentada la temperatura corporal. Hablo todavía de la dependencia absoluta. Se trata de una cuestión de intrusión o no intrusión en la existencia del infante, y deseo desarrollar este tema.

Todos los procesos de un infante vivo constituyen un seguir siendo, una especie de proyecto para el existencialismo. La madre capaz de entregarse durante un lapso limitado a su tarea natural, puede proteger el seguir siendo del infante. Toda intrusión o falla de la adaptación causa una reacción en el infante, y esa reacción quiebra el seguir siendo. Si la pauta de la vida del infante es reaccionar a las intrusiones, se produce una seria interferencia con la tendencia natural de la criatura a convertirse en una unidad integrada, capaz de seguir teniendo un self con pasado, presente y futuro. Con una ausencia relativa de reacciones a las intrusiones, las funciones corporales del infante proporcionan una buena base para construir un yo corporal. De este modo se estructura la quilla para la salud mental futura.

Vemos que la adaptación sensible a las necesidades del yo del infante sólo dura un pequeño lapso. Pronto la criatura empieza a obtener placer con el pateo, y a sacar algo positivo de la rabia por lo que podrían denominarse pequeñas fallas de la adaptación. Pero por esa época la madre reemprende su propia vida, que finalmente se vuelve relativamente independiente de las necesidades del infante. A menudo el crecimiento del niño corresponde con total exactitud a la reasunción por la madre de su propia independencia, y estaremos de acuerdo en que una madre que no puede ir fallando gradualmente en esta cuestión de la adaptación sensible falla en otro sentido: debido a su propia inmadurez o a sus propias angustias, falla porque no le da a su infante razones para tener rabia. Un infante que no tiene ninguna razón para la rabia, pero que desde luego lleva en sí la cantidad habitual de ingredientes de la agresividad, sean ellos los que fueren, enfrenta una dificultad especial, la dificultad de fusionar la agresión con el amor.

De modo que en la dependencia absoluta el infante no tiene ningún medio de percatarse de la provisión materna.

La dependencia relativa

Así como he denominado "dependencia absoluta" a la primera etapa, llamaré "dependencia relativa" a la etapa que sigue. De este modo puedo distinguir la dependencia que está más allá del alcance del infante, y la

dependencia de la que el infante puede darse cuenta. Primero, la madre hace mucho para satisfacer las necesidades del yo del infante pero nada de ello queda registrado en la mente del niño.

La etapa siguiente, la de la dependencia relativa, es un período de adaptación con una falla gradual de la adaptación. La gran mayoría de las madres están dotadas para proveer una desadaptación graduada, y esto engrana perfectamente con los desarrollos rápidos que despliega el infante. Por ejemplo, se inicia la comprensión intelectual, que se desarrolla como una amplia extensión de procesos simples tales como los reflejos condicionados. (Piénsese en un infante que espera la comida. Llega un momento en que el infante puede esperar algunos minutos porque los ruidos de la cocina indican que pronto le darán de comer. Esos ruidos no son simplemente estímulos que lo excitan, sino que se sirve de ellos para poder esperar.)

Naturalmente, la capacidad de los infantes para el empleo precoz de la comprensión intelectual es muy variable; a menudo demora su aparición la existencia de alguna confusión en el modo como se presenta la realidad. Esta es una idea en la que tenemos que hacer hincapié, pues todo el procedimiento del cuidado del infante tiene como principal característica una presentación regularizada del mundo. Esto es algo que no puede hacerse deliberada ni mecánicamente. Sólo lo logra el manejo continuo realizado por un ser humano, por una mujer que es siempre ella misma. No se trata en este caso de perfección. La perfección es propia de las máquinas. Lo que el infante necesita es exactamente lo que suele lograr: el cuidado y la atención de alguien que sigue siendo él mismo. Desde luego, esto se aplica también al padre.

Debemos detenernos especialmente en el punto de este "ser ella misma" porque hay que trazar una distinción entre la persona y el hombre o la mujer, madre o niñera, que actúa esa parte, tal vez perfectamente bien en algunos momentos, gracias a haber aprendido a cuidar infantes con algún libro o en algún curso. Pero esta "actuación" no es suficientemente buena. El infante sólo puede encontrar una presentación libre de confusiones de la realidad externa si lo cuida un ser humano consagrado a él y a la tarea de atenderlo. La madre irá saliendo de este estado de devoción fácil para ella, y pronto volverá a su oficina, a escribir novelas, o a una vida social junto al esposo, pero por el momento está hundida en esa devoción hasta el cuello.

La recompensa en la primera etapa (de dependencia absoluta) es que el proceso de desarrollo del infante no sufre ninguna distorsión. La recompensa en esta etapa de la dependencia relativa consiste en que el infante empieza de algún modo a percatarse de luz dependencia. Cuando la madre está ausente por un lapso más extenso que el de la capacidad del bebé para creer en la supervivencia de ella, aparece la angustia, que es el primer signo de que el infante conoce. Antes, si la madre estaba ausente, el infante simplemente no podía beneficiarse con la especial habilidad de ella para protegerlo de las intrusiones, por lo cual no quedaba bien establecido un desarrollo esencial de la estructura del yo.

Después de que el infante de algún modo siente necesidad de la madre, aparece la etapa en la que empieza a comprender que la madre es necesaria.

En la salud, poco a poco la necesidad de la madre real se vuelve violenta y terrible, de modo que las madres detestan dejar solos a sus hijos, y están dispuestas a sacrificar mucho para no provocar en ellos malestar y producir odio y desilusión durante esta fase de necesidad especial, que puede decirse que dura aproximadamente de seis meses a dos años.

Cuando el niño tiene dos años, se han iniciado nuevos desarrollos que le dan armas para tratar con la pérdida. Será necesario referirse a ellos. También hay que tomar en consideración factores ambientales importantes aunque variables. Por ejemplo, puede formarse un equipo madre-niñera, que es en sí un tema interesante de estudio. Puede haber tías, abuelos o amigos de los padres, personas adecuadas que por su presencia constante merecen ser consideradas sustitutos maternos. También el esposo de la madre puede ser una persona importante en la casa, que ayude a crear un hogar; ese padre puede ser un buen sustituto materno, o gravitar de un modo más masculino, brindándole a su esposa apoyo y una sensación de seguridad que ella puede transmitirle al infante.

No será necesario abordar detenidamente estos detalles más bien obvios, aunque sumamente significativos. Pero se verá que varían mucho; de este modo y en concordancia con ellos se inducen los procesos de crecimiento del infante.

Caso clínico

He tenido la oportunidad de observar a una familia con tres niños desde el momento de la muerte repentina de la madre. El padre actuó de un modo responsable, y una amiga de la madre que conocía bien a los chicos se hizo cargo de cuidarlos; al cabo de cierto lapso se convirtió en su madrastra.

Uno de esos niños era un bebé de cuatro meses cuando la madre falleció súbitamente. Su desarrollo continuó de manera satisfactoria, sin ningún signo clínico que indicara una reacción. En mi lenguaje, para este bebé la madre era "un objeto subjetivo" y la amiga había ocupado la posición de ella. Más tarde el niño pensaba en la madrastra como si fuera la madre real.

Pero cuando este hermano menor tuvo cuatro años, me lo trajeron porque estaba empezando a presentar diversas dificultades de la personalidad. En el juego de la entrevista terapéutica inventó algo que tenía que repetirse muchas veces. El se ocultaba, y yo introducía una muy leve modificación en, por ejemplo, la posición de un lápiz sobre mi escritorio. Entonces venía él, descubría la leve modificación, se encolerizaba y me "mataba". El niño habría seguido con este juego durante horas.

Aplicando lo que había aprendido, le dije a la madrastra que se preparara para hablarle sobre la muerte. Esa misma noche, por primera vez en la vida, él le dio a la mujer la oportunidad de tocar el tema, y esto llevó a que el niño necesitara conocer exactamente todos los hechos relacionados con la madre de cuyo interior él había salido, y con su muerte. Esa necesidad cobró impulso en los días siguientes; había que repetirle las cosas una y otra vez. Continuó su buena relación con la madrastra, a la que seguía llamando "mamá".

El mayor de los tres hermanos tenía seis años en el momento de la muerte de la madre. Simplemente la lloró como a una persona que era amada. El proceso de duelo le tomó más o menos dos años, y emergió de él con un acceso de robos. Aceptaba a la madrastra como madrastra, y recordaba a su madre real como a una persona tristemente perdida.

El hermano intermedio tenía tres años en el momento de la tragedia. Se encontraba en una fuerte relación positiva con el padre, y se convirtió en un caso psiquiátrico, necesitado de psicoterapia (unas siete sesiones a lo largo de un período de ocho años). El hermano mayor dijo de él: "No le hablamos del nuevo casamiento de papá porque él cree que matrimonio significa asesinato".

Este hermano intermedio se encontraba confuso y era incapaz de manejar con éxito la culpa que tenía necesidad de experimentar, porque la muerte de la madre se había producido cuando él se encontraba en una fase homosexual con un especial apego al padre. Dijo: "No me importa, era... (el hermano mayor) quien la quería". Desde el punto de vista clínico, se convirtió en hipomaníaco. Su inquietud extrema duró un largo período, y era claro que lo amenazaba una depresión. En su juego había un cierto grado de confusión, pero podía organizarlo lo suficiente como para transmitirme, en las sesiones de psicoterapia, cuáles eran las angustias específicas que le causaban desazón.

Aún quedan signos de trastorno psiquiátrico residual en este muchacho, que ahora tiene trece años, es decir diez años más que cuando se produjo la tragedia que para él fue traumática.

Un desarrollo importante en el infante es el que denominamos "identificación". Desde muy temprano el infante puede presentar una capacidad para identificarse con la madre. Existen reflejos primitivos de los que puede decirse que constituyen la base de estos desarrollos, por ejemplo la sonrisa con la que el bebé responde a otra sonrisa. Muy pronto la criatura se vuelve capaz de formas más complejas de identificación, que implican la

existencia de imaginación. Por ejemplo, el bebé puede desear llegar a la boca de la madre y alimentarla con su dedito mientras él mismo toma el pecho. He visto que esto sucede a los tres meses, pero las fechas no deberían preocuparnos. Un poco antes o un poco después, ocurre con todos los infantes (salvo algunos enfermos), y sabemos que después del desarrollo de la capacidad para "ponerse en el lugar de la madre" se produce en el niño un gran alivio de la dependencia. De esto proviene el desarrollo completo de la comprensión de que la madre tiene una existencia personal y separada, y finalmente el niño llega a poder creer en la unión de los progenitores, que de hecho condujo a su propia concepción. Esto tiene lugar mucho más adelante y nunca se logra en los niveles más profundos.

El efecto de estos nuevos mecanismos mentales sobre el tema de la dependencia consiste en que el infante puede aceptar acontecimientos que están más allá de su control, y como es capaz de identificarse con la madre o con ambos padres, desvía hacia una vía muerta parte del odio enorme que experimenta respecto de lo que desafía su omnipotencia.

Empieza a comprender y quizás a utilizar el lenguaje. Este importantísimo desarrollo del animal humano les permite a los progenitores darle la oportunidad de cooperar, a través de la comprensión intelectual, aunque en la profundidad el infante sienta aflicción, odio, desilusión, miedo e impotencia. La madre puede decir: "Voy a salir para buscar un poco de pan". Esto dará resultado, a menos, desde luego, que permanezca ausente más del lapso durante el cual el infante tiene capacidad para mantener, en sus sentimientos, la idea de que ella está viva.

Deseo referirme a una forma de desarrollo que afecta especialmente la capacidad del infante para las identificaciones complejas. Tiene que ver con la etapa en que sus tendencias integradoras generan un estado en el que es una unidad, una persona total, con un interior y un exterior, y una persona que vive en el cuerpo, más o menos limitada por la piel. Una vez que lo exterior significa "no-yo", el interior significa yo, y se cuenta con un lugar para almacenar cosas. En la fantasía del niño, la realidad psíquica personal está ubicada dentro. Si está situada fuera, hay buenas razones para ello.

En este punto, el crecimiento del infante toma la forma de un intercambio continuo entre la realidad interna y la realidad externa, que se enriquecen recíprocamente.

El niño ya no es sólo un creador potencial del mundo, sino que también se vuelve capaz de poblarlo con muestras de su propia vida interior. Gradualmente llega a "abarcarse" casi todos los hechos externos, y la percepción es casi sinónima de creación. De nuevo tenemos un medio por el cual el niño logra el control de los hechos externos y del funcionamiento interior de su propio self.

Hacia la independencia

Una vez que estas cosas han quedado establecidas, como ocurre en la salud, el niño puede gradualmente enfrentar el mundo y sus complejidades, pues en él ve cada vez más lo que ya está presente en su propio self. Se identifica con la sociedad en círculos crecientes de la vida social, pues la sociedad local es una muestra del mundo personal del self tanto como una muestra de los fenómenos verdaderamente externos.

De este modo se desarrolla una verdadera independencia; el niño llega a una existencia personal satisfactoria mientras participa en los asuntos de la sociedad. Naturalmente, existen grandes posibilidades de que se produzcan retrocesos en este desarrollo de la socialización hasta las etapas finales posteriores a la pubertad y la adolescencia. Incluso un individuo sano puede tropezar con una tensión social que exceda lo que él soporta, antes de su ampliación personal de las bases de la tolerancia.

En la práctica vemos a nuestros adolescentes pasar de un agrupamiento a otro, ampliando continuamente el círculo e incluyendo los fenómenos nuevos y cada vez más extraños que la sociedad genera. Los padres son muy necesarios en el manejo del hijo adolescente que explora un círculo social tras otro, porque ellos ven

mejor que los jóvenes el momento en que ese pasaje del círculo social limitado al círculo social ilimitado es demasiado rápido, quizá debido a elementos sociales peligrosos presentes en el vecindario inmediato, o a los desafíos propios de la pubertad y de un rápido desarrollo de la capacidad sexual. También se los necesita especialmente a causa de las tensiones y pautas instintivas que reaparecen después de haber sido abandonadas en la edad del deambulador.

"Hacia la independencia" describe las luchas del niño deambulador y del niño púber. En el período de la latencia, por lo general los niños están satisfechos con la dependencia que tienen la suerte de poder experimentar. La latencia es el período en el que la escuela desempeña el papel de sustituto del hogar, lo cual no siempre ocurre, pero aquí no tenemos espacio para desarrollar más este tema.

Debe esperarse que los adultos continúen el proceso de crecer y madurar, puesto que pocas veces llegan a una madurez completa. No obstante, en cuanto han hallado un nicho en la sociedad gracias al trabajo, y tal vez se han casado o llegado a una solución de transacción entre copiar a los progenitores y la identidad personal desafiante, una vez, entonces, que se han producido estos desarrollos, puede decirse que se inició la vida adulta, y los individuos van emergiendo uno a uno del ámbito abarcado por esta breve descripción del crecimiento en términos de "dependencia hacia la independencia".

Biblioteca D. Winnicott

La clasificación: ¿hay una contribución psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica?

*Trabajo leído en un encuentro científico de la British Psycho-Analytical Society, el 18 de marzo de 1959.
(1959-1964)*

Este capítulo intenta ser un aporte preliminar que llame la atención sobre la importancia del tema, con la esperanza de que conduzca a una discusión en la que tomen parte analistas con tipos diversos de experiencia.

Antes de realizar mi propia contribución específica, en la cual puntualizo por qué creo que el psicoanálisis tiene algo que aportar a la clasificación, debo intentar un bosquejo histórico. Este bosquejo será inadecuado y quizás impreciso, pero si omito esta tarea no tendré trasfondo para mi opinión respecto del efecto profundo que los recientes desarrollos psicoanalíticos han tenido sobre nuestra actitud acerca de la clasificación psiquiátrica. Los desarrollos recientes a los que me refiero son el concepto de falso self, la vinculación de la psicopatología con la privación y la comprensión de que la psicosis se origina en una etapa en que el ser humano depende verdaderamente de la provisión ambiental. Elijo estas tres ideas porque me han interesado personalmente.

Bosquejo histórico

En los primeros días del psicoanálisis, a Freud le interesaron tres aspectos de la enfermedad psiquiátrica. Uno era la conducta, la relación del paciente con la realidad. El segundo era la formación sintomática, que Freud caracterizó como una comunicación, concepto éste que formaba parte de su nueva comprensión del inconsciente. El tercero era la etiología, que Freud transformó al introducir la idea del proceso evolutivo. Freud estudió los desarrollos de la vida instintiva y esto lo comprometió con la teoría de la sexualidad infantil, que finalmente condujo a la teoría de la vida instintiva pregenital del infante humano y al concepto de los puntos de fijación. La etiología del trastorno psiquiátrico exigía entonces que el clínico se interesara en la anamnesis. De este modo, los psicoanalistas se convirtieron en los pioneros de la anamnesis psiquiátrica, y fueron ellos quienes reconocieron que su parte más importante deriva del material al que se llega en el curso de la psicoterapia.

Según una clasificación basada en esas áreas de interés que Freud abarcó en los primeros años de su trabajo, los pacientes eran psicóticos o histéricos. Diré al pasar que Freud siempre, interesó en los factores constitucionales.

A comienzos de la segunda década del siglo, Freud empezó a desarrollar su concepción estructural de la personalidad. El yo, el ello y la censura fueron conceptos que condujeron a un estudio más claro del conflicto intrapsíquico, y el equilibrio intrapsíquico se consideró una prueba de defensa exitosa. Se volvieron significativos tanto la calidad como la cantidad de los procesos del yo. Finalmente se formuló el concepto de superyó, considerado al principio un resultado de introyecciones e identificaciones masivas que databan del período de los dos a los cinco años y del momento de mayor despliegue del complejo de Edipo. La historia del

desarrollo instintivo pregenital condujo a una elaboración de la idea de la regresión a puntos de fijación. Los puntos de fijación eran puntos de origen de tipos de enfermedad. Indicaban que la angustia (siendo intolerable) había involucrado al individuo en la organización de defensas de grado o tipo patológico, con el resultado de un entorpecimiento del progreso del desarrollo instintivo. La clasificación se relacionó con esos puntos de fijación, así como con los mecanismos de defensa del yo, que iban a ser descriptos exhaustivamente en términos psicoanalíticos por Anna Freud (1936). En el centro de todo esto están la angustia de castración y el complejo de Edipo. Los trastornos son las psiconeurosis.

Ya Freud había introducido la idea de la dependencia (amor objetal anaclítico) (Freud, 1914) y la cuestión de la debilidad y la fuerza del yo se volvió significativa en la metapsicología psicoanalítica. De este modo se encontró un lenguaje para la descripción de los casos fronterizos y los trastornos del carácter. En todo momento se consideró que los elementos narcisistas del paciente constituían indicaciones de un trastorno del yo que hacía improbable la eficacia del psicoanálisis, a causa del debilitamiento de la capacidad del paciente para el desarrollo de una neurosis de transferencia (Freud, 1937).

Gradualmente y con el curso del tiempo, el estudio de la psicosis empezó a tener más sentido. Ferenczi (1931) realizó un aporte significativo al considerar el análisis frustrado de un paciente con trastorno del carácter no simplemente como una falla de la selección, sino como una deficiencia de la técnica analítica. La idea implícita era que el psicoanálisis podía aprender a adaptar su técnica al trastorno del carácter o al caso fronterizo sin convertirse en manejo y, por cierto, sin perder el rótulo de psicoanálisis. Finalmente, Melanie Klein (1932, 1948) realizó su aporte específico demostrando que en el análisis de niños debían encontrarse trastornos psicóticos, y que éstos podían abordarse con una técnica adecuada, de modo que para ella el fracaso del tratamiento de las manifestaciones psicóticas en la infancia significaba, lo mismo que para Ferenczi, una falla de la técnica y no de la selección.

Entonces empezó a ampliarse el concepto de encuadre del análisis. Ya Aichhorn (1925) había demostrado la necesidad de realizar adaptaciones técnicas especiales cuando el paciente era un caso antisocial. Al principio el trabajo de Aichhorn pudo haber provocado una cierta alarma, porque él actuaba de un modo que constituiría un "mal análisis" en el tratamiento de un caso de histeria o de neurosis obsesiva. Ahora puede verse que Aichhorn fue un pionero y que inició un auténtico movimiento hacia la adaptación de la técnica psicoanalítica para satisfacer las necesidades del psicópata o del niño deprivado con tendencia antisocial.

Todos estos desarrollos tendían a atribuir una importancia creciente a la historia temprana de cada caso. En este punto pareció surgir una dicotomía en los círculos psicoanalíticos. Diría que Melanie Klein representa el intento más vigoroso de estudiar los procesos más tempranos del infante humano en desarrollo con independencia del estudio del cuidado del niño. Ella siempre ha admitido que el cuidado del niño es importante, pero no lo estudió especialmente. Por otra parte, hubo quienes se interesaron en las técnicas de cuidado del niño y el infante. Estos últimos siempre corrieron el riesgo de ser considerados traidores a la causa de los procesos internos. La obra de la señorita Freud y de la señora Burlingham en la Hampstead War Nursery (Burlingham y Freud, 1944) condujo a un desarrollo del estudio de las condiciones externas y de su efecto. Está claro que esta dicotomía entre quienes casi limitan sus investigaciones al estudio de los procesos internos y quienes se interesan en el cuidado infantil es en realidad una dicotomía temporaria de las discusiones psicoanalíticas que finalmente desaparecerá de modo natural (cf. Hartmann, 1939; James, 1962; Kris, 1950).

Ahora vemos el yo del infante como algo que al principio depende del auxiliar del yo, como algo que obtiene estructura y fuerza de un sistema altamente complejo y sutil de adaptación a las necesidades, siendo esta adaptación proporcionada por la madre o figura materna. Percibimos asimismo el interesante proceso de la absorción en el niño individual de los elementos del cuidado, elementos que pueden denominarse "auxiliares del yo". La relación entre esta absorción del ambiente y los procesos introyectivos con los que ya estamos familiarizados es de sumo interés. A todo esto lo acompaña un estudio de los mecanismos en virtud de los cuales el infante emerge de un estado de fusión con la madre, proceso que exige en esta última una capacidad para odiar, no menos que para amar. En la teoría del desarrollo emocional del niño, el establecimiento gradual del individuo como persona separada pasa a ser una cuestión de importancia esencial, y éstos son los temas de

la investigación actual. La clasificación será inevitablemente afectada por esas formulaciones teóricas.

Como resultado de estos nuevos desarrollos, en las condiciones clínicas vemos el narcisismo bajo una nueva luz. Es como si, al considerar la enfermedad narcisista, el clínico pudiera quedar cautivado por el ambiente absorbido o internalizado y confundirlo (a menos que esté bien preparado) con el individuo real, que de hecho está oculto y es secretamente amado y cuidado por el self dentro del self. Lo que está oculto es el verdadero individuo.

Estos desarrollos conducen a una reconsideración de otros conceptos. El concepto del instinto de muerte parece simplemente desaparecer por innecesario. La agresión se ve más como prueba de vida. En condiciones favorables, se produce la fusión de los impulsos eróticos y de la motilidad, y entonces se vuelve aplicable la expresión "sadismo oral", seguida por todos los desarrollos de este tema. A esto lo acompaña el deseo de la madre de ser comida imaginariamente. La falla de la fusión o su pérdida produce en el individuo un elemento potencial de pura destructividad (es decir, sin sentimiento de culpa), pero incluso esta destructividad sigue siendo una cuerda salvadora, en el sentido de que constituye la base de relaciones objetales que el paciente siente como reales.

La fusión de las dos raíces de los impulsos instintivos (la agresiva y la erótica) es propia de una etapa del desarrollo del infante en la que existe una dependencia muy grande. No hay ninguna posibilidad de que un infante, cuyo ambiente esté insuficientemente adaptado a sus necesidades al principio de su vida, llegue a un estado de fusión de la agresividad (que hace que las relaciones objetales se sientan reales, y a los objetos los hace externos al self) y los deseos eróticos (que aportan capacidad para la satisfacción libidinal).

Además, en la metapsicología psicoanalítica el concepto de regresión ha cambiado de significado. Durante muchos años este término implicaba un retorno a fases anteriores de la vida instintiva, y había regresión a un punto de fijación. Esto es propio de la concepción de los elementos instintivos primitivos del individuo en la cual el cuidado del niño se da por supuesto. En el estudio del infante real ya no es posible no tomar en cuenta el ambiente, de modo que al hablar de un infante real debemos referirnos a la dependencia y a la naturaleza del ambiente. Por lo tanto, el término regresión tiene ahora una aplicación clínica en la regresión a la dependencia. Se trata de la tendencia al restablecimiento de la dependencia, y en consecuencia el comportamiento del ambiente pasa a ser algo que no puede ignorarse cuando se usa la palabra regresión. Esta palabra sigue conteniendo la idea de regresión al proceso primario. Ahora la tendencia a la regresión es vista como parte de la capacidad del individuo para producir su autocuración. Representa una indicación del paciente al analista acerca de cómo debe comportarse este último, más bien que acerca de cómo debe interpretar al paciente. Con este tema está asociado el hecho clínico de la autocuración por medio de un proceso de regresión que se encuentra con mucha frecuencia fuera del tratamiento psicoanalítico.

La psicosis ya no ha de atribuirse a una reacción a la angustia asociada con él complejo de Edipo, ni a una regresión a un punto de fijación, ni se la vincula específicamente con una posición del proceso del desarrollo instintivo individual. En lugar de ello puede postularse que la tendencia regresiva de un caso psicótico es parte de la comunicación del individuo enfermo, comunicación que el analista puede comprender del mismo modo que entiende como comunicación el síntoma histérico. La regresión representa la esperanza del individuo psicótico de que puedan revivirse ciertos aspectos del ambiente que originariamente fallaron, pero revivirlos de un modo tal que en lugar de fallar en su función de desarrollar y madurar la tendencia heredada, esa vez tengan éxito.

En el curso de la vasta expansión de la teoría que he bosquejado se produjo un desarrollo que le permitió al clínico empezar a relacionar el trastorno del estado de ánimo con el esquema general de la metapsicología psicoanalítica. Las primeras formulaciones habían hecho posible definir la salud, en términos negativos, como ausencia de defensa rígida o como ausencia de fijaciones, y en términos positivos como una cuestión de fuerza del yo. Ahora aparecía algo que por primera vez le permitía a la metapsicología psicoanalítica hablar del valor en la personalidad. Esto sucedió en virtud del desarrollo por Freud de una idea de Abraham en "Duelo y melancolía", y de la elaboración de este tema por Klein. El trastorno afectivo empezó a ocupar su lugar, y se

allanó el camino para un enunciado de la relación entre la depresión y la preocupación por el otro. En este punto Melanie Klein realizó su aporte más significativo, enriqueciendo nuestras ideas del superyó, e introduciendo el concepto de elementos superyoicos primitivos derivados de la vida instintiva del infante. Tales elementos superyoicos se originan antes de la fase del pleno desarrollo del complejo de Edipo, o de las ambivalencias asociadas con las interrelaciones entre tres personalidades "totales".

No es éste el lugar adecuado para insistir en las importantes elaboraciones metapsicológicas que se desprendieron de este trabajo de Melanie Klein, que relaciona las fuerzas conflictivas que operan dentro del self con la vida instintiva, por una parte, y por la otra las pautas de defensa que se organizan dentro del self con el estado de ánimo. A continuación hay una vasta ampliación de la comprensión de las representaciones de la realidad psíquica interior de un individuo en su vida mental.

La obra de Melanie Klein ha modificado la clasificación psiquiátrica al separar dos tipos de depresión. Un tipo representa el logro de un desarrollo emocional casi sinónimo de la adquisición de la capacidad para ser responsable, o para experimentar sentimiento de culpa, y el otro (con despersonalización y otros rasgos que podrían denominarse "esquizoides"), representa una falla iniciada en una etapa temprana, antes del establecimiento de lo que Melanie Klein llama "la posición depresiva" en el desarrollo emocional. Este trabajo nos orienta naturalmente hacia la hipomanía como expresión clínica de la defensa maníaca, negación de la depresión que es un hecho, y también hacia la oscilación maníaco-depresiva, que implica una disociación en el paciente entre el control de la agresión no fusionada y de los elementos omnipotentes introyectados, y la posesión por esos elementos.

Sobre la base de este enunciado es posible echar una mirada al amplio tema de la clasificación hoy en día.

La psiconeurosis y la psicosis

Es probable que exista acuerdo general entre los analistas en cuanto a que vale la pena utilizar las dos palabras: psiconeurosis y psicosis (1). Esta es una clasificación simple de todos los trastornos mentales.

Desde luego, me refiero a los trastornos del desarrollo emocional, y no a enfermedades tales como el defecto mental primario, los estados posencefalíticos, la arteriosclerosis cerebral, la parálisis general, etcétera, etcétera. Donde hay enfermedad o trastorno del cerebro en sí aparece naturalmente un desorden secundario de la personalidad, pero no hay razones para que en esta comunicación preliminar incluyamos esas complicaciones. Son los psicoanalistas quienes han presentado y desarrollado la teoría de la génesis psíquica de las psiconeurosis y las psicosis; tal vez habría que decir que han retenido algunas de las concepciones del trastorno mental prevalecientes antes de las ideas más mecanicistas que llegaron a su punto culminante hace medio siglo y que todavía dominan en general en la psiquiatría no analítica.

Para el analista, el término "psiconeurosis" implica que cuando el paciente era infante y niño llegó a cierta etapa de desarrollo emocional, y que, habiendo alcanzado la primacía genital y la etapa del complejo de Edipo, se organizaron ciertas defensas contra la angustia de castración. Esas defensas constituyen la enfermedad psiconeurótica, y el grado de enfermedad se refleja en el grado de rigidez de la defensa. Esta es desde luego una simplificación grosera, pero los psicoanalistas han descubierto que la angustia de castración es esencial en la enfermedad psiconeurótica, aunque se reconoce que la pauta de dicha enfermedad varía en función de las experiencias pregenitales del individuo. Cuando se encuentra como rasgo importante la angustia de aniquilación, y no la angustia de castración, en general el psicoanalista considera que el diagnóstico no es psiconeurosis sino psicosis. En alguna medida se trata de que la amenaza apunte al objeto parcial o al objeto total.

Los diversos tipos de enfermedad psiconeurótica pueden agruparse del mejor modo en torno a los tipos de defensa, entre los cuales la represión es el central. No voy a enumerarlos. Tal como nosotros lo enseñamos, el

psicoanálisis se basa primordialmente en el tratamiento de la psiconeurosis, y tratamos de elegir para presentar ante nuestros alumnos casos adecuados a este tipo de enseñanza, aunque reconocemos que, incluso con la mejor selección posible, algunos de estos pacientes tendrán perturbaciones más profundas (es decir que en la calidad de la angustia o como trastorno del estado de ánimo aparece sobre todo la depresión).

La psicología de la psiconeurosis conduce inmediatamente al estudioso al inconsciente reprimido y a la vida instintiva del individuo. Esta vida instintiva tiene que ser considerada tanto en los términos de las funciones corporales como de la elaboración imaginaria de dichas funciones. (Por "instintivo" entendemos lo que Freud denominaba "sexual", es decir, la gama total de las excitaciones locales y generales que caracterizan la vida animal; en la experiencia de ellas hay un período de preparación, un acto con clímax y una secuela.)

Continuar con este tema nos llevaría a repetir una gran parte de la teoría freudiana clásica. El empleo del término psiconeurosis implica que la personalidad del individuo está intacta, o que, en términos de desarrollo, fue construida y está siendo mantenida, y que no ha sufrido mengua alguna la capacidad para relacionarse con los objetos. (También implica que el carácter del individuo no está marcadamente distorsionado por el resentimiento o por tendencias psicopáticas más organizadas.)

Prescindiendo por el momento del trastorno del estado de ánimo, me referiré a la psicosis (2) para llegar a los puntos de contraste.

El término "psicosis" implica que, como infante, el individuo no llegó al grado de salud personal que le da sentido al concepto de complejo de Edipo, o bien que la organización de la personalidad tenía debilidades que se revelaron cuando llegó a su límite máximo la tensión del complejo de Edipo. Se verá que entre este segundo tipo de psicosis y la psiconeurosis existe una línea demarcatoria muy tenue. En el extremo del primer tipo de psicosis, la semejanza con la psiconeurosis es muy pequeña, puesto que nunca se ha alcanzado una fase significativa del Edipo y la angustia de castración nunca representó una amenaza importante para una personalidad intacta.

En algunos casos de psicosis clínica lo que vemos representa un colapso de las defensas; quizá se emplacen otras nuevas de un tipo aún más primitivo, pero el cuadro clínico está dominado por el derrumbe de las defensas, en todo caso temporario; esto es lo que comúnmente se entiende por colapso mental: las defensas se han vuelto insatisfactorias y el paciente tiene que ser cuidado mientras se organizan otras nuevas (3). En la organización de las defensas el individuo es afectado por factores ambientales de todo tipo y también las tendencias hereditarias pueden a veces tener alguna importancia específica. Detrás de todo colapso mental hay teóricamente un estado de caos, pero el colapso completo debe de ser muy poco frecuente en la clínica, aunque no imposible; lo indicaría un cambio irreversible desde el crecimiento personal hacia la fragmentación.

Así como el estudio de las psiconeurosis conduce al estudioso al complejo de Edipo y a las situaciones triangulares que culminan en el niño en la edad del deambulador y de nuevo en la adolescencia, el estudio de la psicosis lleva al investigador a las etapas más tempranas de la vida del infante, que suponen la relación infante-madre, puesto que ningún infante puede desarrollarse fuera de esa relación. (Esto involucra la idea de una dependencia anterior al funcionamiento de los mecanismos de proyección e introyección.).

Comentario general

Probablemente la contribución más importante del psicoanálisis a la psiquiatría y a la clasificación psiquiátrica ha sido la destrucción de la antigua idea de las entidades patológicas. En cuanto a esto, el psicoanalista está exactamente en el polo opuesto del tipo de psiquiatra que cree que existe una enfermedad, la esquizofrenia, y otra enfermedad, la psicosis maníaco-depresiva, y así sucesivamente (cf. Menninger y otros, 1963).

El psicoanalista, como ya he dicho, puede ser considerado un especialista en tomar la historia. Es cierto que esta toma de la historia es un proceso con muchos recovecos. La descripción de un caso psicoanalítico consiste

en una serie de historias, en una presentación de diferentes versiones, ordenadas en capas que representan etapas sucesivas de revelación. El analista tiene una visión del trastorno mental muy diferente de la del psiquiatra que realiza el examen cuidadoso del paciente en cierto momento de la historia, como por ejemplo cuando ha habido un derrumbe o se ha producido la hospitalización.

Un determinado desorden puede rastrearse en el paciente desde la infancia a través de la adolescencia y la vida adulta temprana y tardía, viendo de qué modo se ha producido la transmutación a lo largo de la línea que vincula un tipo de trastorno con otro. De modo que al analista no le sirve ninguna idea adquirida en su educación psiquiátrica formal en cuanto a la existencia de enfermedades psiquiátricas definidas. De hecho, en el curso de su trabajo, le resulta evidente que el diagnóstico psiquiátrico representa un esfuerzo tremendo por lograr lo imposible; para él, el diagnóstico no sólo va aclarándose a medida que avanza el análisis, sino que también se modifica. En una histérica puede revelarse una esquizofrenia subyacente; un esquizoide puede resultar ser el miembro sano de un grupo familiar enfermo, y un obsesivo quizá sea un depresivo.

Los psicoanalistas experimentados concordarán en que hay una gradación que partiendo de la normalidad no sólo llega a la psiconeurosis sino también hasta la psicosis; la estrecha vinculación entre normalidad y depresión ya ha sido subrayada. Quizá sea cierto que entre la normalidad y la psicosis exista un vínculo más estrecho que entre la normalidad y la psiconeurosis; es decir, en ciertos aspectos. Por ejemplo, el artista tiene capacidad y coraje para tomar contacto con procesos primitivos que el psiconeurótico no alcanza, y que las personas sanas tal vez pasen por alto, para su propio empobrecimiento.

Sugerencias positivas

Puedo ahora abordar las sugerencias positivas que deseo aportar a la discusión de esta etapa preliminar. Quede bien entendido que reconozco el valor inmenso de las clasificaciones psiquiátricas clásicas.

Lo que me interesa es el efecto sobre la clasificación de algunas de las ideas más nuevas (¿o acaso son ideas viejas con nuevos énfasis, o envueltas en un nuevo lenguaje?). Escogeré temas que he estudiado personalmente y que he tratado de dilucidar en diversos artículos. Estas mismas ideas han sido introducidas independientemente en la literatura por otros analistas, pero confundiría la cuestión si tratara de citar o comparar los diversos términos utilizados por estos otros autores con los que he usado yo mismo. Presto atención especial a:

- (i) La idea del self verdadero y el self falso.
- (ii) La idea de la delincuencia y la psicopatía como derivaciones de la privación emocional percibida real.
- (iii) La concepción de la psicosis como relacionada con la privación emocional antes de que el individuo pueda percibirla como privación.

(i) EL self falso

El concepto del self falso (como yo lo llamo) no es difícil. El self falso se erige sobre una base de sumisión. Puede tener una función defensiva, que es la protección del self verdadero.

Un principio que gobierna la vida humana puede formularse con las siguientes palabras: sólo el self verdadero puede sentirse como real, pero el self verdadero nunca debe ser afectado por la realidad externa, nunca debe obedecer. Cuando el self falso es explotado y tratado como real, surge en el individuo una sensación creciente de futilidad y desesperación. Naturalmente, en la vida individual se producen todos los grados de este estado de cosas, de modo que por lo común el self verdadero está protegido pero tiene alguna vida, y el self falso es la actitud social. En la anormalidad extrema, es muy fácil que el self falso sea tomado por el real, de modo que el real sufre una amenaza de aniquilación; el suicidio puede ser entonces una reafirmación del self verdadero.

Solamente puede analizarse el self verdadero. El psicoanálisis del self falso, un análisis dirigido a lo que no equivale más que a un ambiente internalizado, sólo puede conducir a

(iii) La cuestión de la psicosis y la clasificación

Si es cierto que los trastornos que caen bajo el amplio encabezamiento de "psicosis" (y que incluyen los diversos tipos de esquizofrenia) son producidos, por la deficiencia ambiental en una etapa de dependencia máxima o doble, entonces hay que adoptar la clasificación sin dejar de tenerlo en cuenta. Una idea de este tipo sin duda habría sorprendido a los psicoanalistas de hace treinta años, la mayoría de los cuales, al considerar la psicosis, habría comenzado con el supuesto de que en esa enfermedad son etiológicamente significativos mecanismos muy primitivos. Yo digo que hoy en día estamos acercándonos a la concepción de que en la psicosis entran en juego y se organizan defensas muy primitivas, a causa de las anormalidades del ambiente. Desde luego, podemos ver en los psicóticos el funcionamiento de los mismos mecanismos primitivos que operan también en nuestros pacientes "normales" y sin duda en todas las personas. No podemos diagnosticar una enfermedad psicótica por haber hallado mecanismos mentales primitivos. Por supuesto, en la enfermedad psicótica encontramos defensas primitivas, defensas que no se habrían organizado si en las etapas más tempranas de la dependencia casi absoluta la provisión ambiental suficientemente buena hubiera existido realmente. Puede hacerse justicia a todos los factores diciendo que los procesos madurativos del individuo (que incluyen lo heredado) requieren un ambiente facilitador, especialmente en las etapas muy tempranas. La falla del ambiente facilitador genera defectos en el desarrollo de la personalidad y en el establecimiento del self individual, y el resultado se denomina esquizofrenia. El colapso esquizofrénico es lo inverso de los procesos madurativos de la infancia más temprana.

Lo que propongo es que en un estudio de la psicosis debe intentarse clasificar el ambiente y los tipos de anormalidad ambiental; también el punto del desarrollo del individuo en el que gravitaron esas anormalidades. Digo también que clasificar a los individuos enfermos sobre la base de los cuadros clínicos que presentan no conduce a ningún resultado útil.

Repito: las deficiencias ambientales que producen las psicosis son propias de la etapa anterior a aquella en la que el individuo en desarrollo ya tiene conciencia de la provisión ambiental o de su falla (cf. la tendencia antisocial). Se verá que al tratar de datar la aparición de la psicosis me remito al grado de dependencia del individuo, y no a su vida instintiva pregenital, ni a las etapas de primacía de una u otra zona erógena.

Aquí he desarrollado esta idea basándome en situaciones extremas. En nuestro trabajo clínico encontramos principalmente pacientes que en alguna medida o en ciertas condiciones son sanos, pero pueden estar enfermos, de modo que es lícito decir que nos traen su enfermedad para que la tratemos como una madre podría traer a consulta a un hijo enfermo.

El conflicto intrínseco

Consideremos ahora los factores internos, los que nos interesan como analistas. Salvo en el estudio de las personas sanas, es posible que sólo en la psiconeurosis y en la depresión reactiva podamos acercarnos a la enfermedad verdaderamente interna, la enfermedad correspondiente a un conflicto intolerable e intrínseco de la vida y del vivir como personas totales. Podría definirse una salud psiquiátrica relativa diciendo que en la persona sana pueden rastrearse auténticamente las dificultades que el individuo enfrenta hasta la lucha intrínseca de la vida individual, hasta el intento (inconsciente) del yo por manejar al ello, y usar el impulso del ello de la manera más plena posible en relación con la realidad. Para mí es importante dejar esto claro, porque algunos pueden entender que cuando propongo un método de clasificación, que incluye la clasificación del ambiente, estoy dejando a un lado todos los logros del psicoanálisis en el estudio del individuo.

Sin la intención de reseñar la literatura sobre el tema, quiero referirme a los escritos de dos de mis maestros:

Rickman y Glover. Las conferencias de Rickman de 1928 ejercieron una gran influencia sobre mi pensamiento, pero no sé que él haya examinado la importancia de la dependencia.

En el libro de Edward Glover titulado *On the Early Development of Mind* (1956) hay muchas referencias a la clasificación, pero creo que son sólo dos las alusiones al ambiente del tipo que yo estoy convirtiendo en un tema principal. En la página 174 encuentro lo siguiente: "Un instinto que requiere un verdadero objeto externo, como por ejemplo el pezón de la madre, es ingobernable, salvo con la colusión del objeto real". Esta cita pertenece a una conferencia de 1932 titulada "A Psycho-Analytic Approach to the Classification of Mental Disorders". La otra referencia aparece en el *British Medical Bulletin*, en un artículo titulado "The Position of Psycho-Analysis in Great Britain" (Glover, 1949).

Después de pintar un cuadro más bien sombrío del estado de cosas en la sociedad británica, Glover formula el comentario siguiente: "Pero dicho todo esto, la actual es una fase interesante de la historia del psicoanálisis. Por absurdas que hayan sido algunas de las hipótesis propuestas recientemente, no hay duda de que el hecho de que se centre el interés en los problemas del desarrollo temprano del yo y en la organización de la mente durante la fase de la 'identificación primaria' (es decir, la etapa anterior a la diferenciación precisa del 'self y el 'no-self'), en el largo plazo producirá resultados valiosos, tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico".

Quiero también referirme a Ackerman (1953), quien sin embargo no parece interesarse en el rasgo especial de la dependencia a una edad muy temprana.

La clasificación según la distorsión ambiental

Creo que podría ser valioso clasificar según el grado y calidad de la distorsión o deficiencia ambiental reconocible como etiológicamente significativa. Es necesario examinar este punto de vista, aunque más no fuera para rechazarlo.

En todo individuo que inicia el proceso del desarrollo emocional encontramos, en un extremo, la herencia y, en el otro extremo, el ambiente que respalda o falla y traumatiza; en el medio está el individuo viviendo, defendiéndose y creciendo. En psicoanálisis nos ocupamos del individuo que vive, se defiende y crece. Pero en la clasificación explicamos la fenomenología total y el mejor modo de hacerlo consiste en clasificar, primero, los estados ambientales y, después, las defensas del individuo; finalmente tratamos de considerar la herencia. La herencia, en su aspecto esencial, es la tendencia individual intrínseca a crecer, a integrarse, a relacionarse con los objetos, a madurar.

La clasificación en función del ambiente requeriría un conocimiento más preciso que el que tenemos actualmente, por lo que yo sé, de las etapas de la dependencia. Por el momento considero valioso utilizar los conceptos, que he formulado en otros escritos, de la independencia que surge de la dependencia, la cual a su vez surge de una dependencia doble. Por dependencia doble entiendo la dependencia que en el momento en que se da no puede ser apreciada por el individuo ni siquiera inconscientemente, y que por lo tanto en el análisis no puede comunicársele al analista. Como he dicho en otra parte (capítulo 9), el analista tiene que darle un nuevo aspecto al material del paciente, recurriendo para hacerlo a su propia imaginación.

Resumen

A mi modo de ver, al principio encontramos una concentración de fenómenos ambientales en la que cristaliza una persona, una madre, y es en la madre donde el infante empieza a aparecer como una unidad anatómica y fisiológica; después, gradualmente, o más o menos en el momento del nacimiento, se convierte en una persona de sexo masculino o femenino. Este infante, miembro de "la pareja de crianza" se desarrolla por impulso propio en la medida en que el ambiente no falle en sus diversas funciones esenciales, funciones que cambian

de énfasis y despliegan su calidad a medida que se produce el crecimiento del individuo. En las condiciones más favorables, cuando la continuidad es preservada externamente y el ambiente facilitador permite que actúe el proceso de la maduración, realmente comienza un nuevo individuo y finalmente llega a sentirse real y a experimentar la vida apropiada a su edad emocional. Este individuo puede describirse y tipificarse, las defensas pueden clasificarse y el valor o falta de valor en la personalidad pueden señalarse. Tal vez encontremos defensas depresivas o psiconeuróticas, o bien normalidad. Si es de nuestro agrado, podemos tratar de agrupar a los individuos en tipos, y según el modo como los elementos hereditarios se reúnen en los individuos en relación con ambientes específicos; en la madurez, podemos continuar tomando nota de la capacidad del individuo para participar en la creación y el mantenimiento del ambiente local.

Todo esto supone un principio suficientemente bueno, con el self verdadero en operación, protegido por un self falso que no es más que una actitud social.

La alternativa es la enfermedad psicótica, con organización de defensas primitivas. En este caso la enfermedad es etiológicamente secundaria respecto de la falla ambiental, aunque clínicamente se presenta como una distorsión más o menos permanente de la estructura de la personalidad. Entre estos dos extremos cae la tendencia antisocial, en la cual el ambiente falla en una etapa ulterior, de dependencia relativa, etapa en la cual el niño individual está ya equipado para percibir el hecho de una privación real.

En nuestro trabajo terapéutico podemos optar por estudiar y aislar la distorsión que se produce en la estructura de la personalidad. Pero nuestra necesidad inmediata es una clasificación y reevaluación del factor ambiental, en la medida en que afecta de un modo positivo o negativo el desarrollo madurativo en la integración del self.

Una nota sobre el derrumbe mental

(Posdata de 1964)

Algunos pacientes temen al derrumbe mental. Es importante que el analista tenga presente el axioma siguiente:

Axioma

El derrumbe temido ya se produjo. Lo que se conoce como la enfermedad del paciente es un sistema de defensas organizadas en relación con ese derrumbe pasado.

Derrumbe significa fracaso de las defensas, y el derrumbe original terminó cuando se organizaron las nuevas defensas que constituyen la pauta de la enfermedad del paciente. El paciente sólo llega a recordar el derrumbe en las circunstancias especiales de un encuadre terapéutico, y gracias al crecimiento del yo.

El miedo del paciente al derrumbe tiene sus raíces en la necesidad que experimenta de recordar el derrumbe original. El recuerdo sólo puede alcanzarse a través de una reexperimentación. De allí el uso positivo que puede hacerse de un derrumbe, si se reconoce y aprovecha en la práctica su lugar en la tendencia del paciente a la autocuración.

El derrumbe original se produjo en una etapa de dependencia del individuo respecto del yo auxiliar materno o parental. Por esta razón en la terapia se trabaja a menudo con una versión ulterior del derrumbe -digamos, un derrumbe en el período de latencia, o incluso en la adolescencia temprana-. Esta versión ulterior se produjo cuando el paciente ya había desarrollado autonomía yoica y capacidad para ser una-persona-que-tiene-una-enfermedad. Pero detrás de ese derrumbe siempre hay un fracaso de las defensas correspondientes a la infancia o a la niñez muy temprana.

A menudo el factor ambiental no es un trauma único, sino toda una pauta de influencias distorsionadoras: en realidad, lo opuesto del ambiente facilitador que permite la maduración. NOTAS:

P S I K O L I B R O

(1) En este contexto, excluyo deliberadamente las "neurosis actuales".

(2) Comprendo que la palabra "psicosis" presenta dificultades de todo tipo. En cierto sentido estoy asignándole un significado, cuando son muchos los que querrían que este término fuera definitivamente abandonado. No obstante, sugiero que todavía le queda un uso: designar el trastorno emocional no incluido en las palabras "psiconeurosis" o "depresión neurótica". Sé muy bien que en psiquiatría el término psicosis se utiliza para describir diversos síntomas que tienen base física. Esta es una fuente más de confusión. No obstante, no veo que ganemos nada inventando una nueva palabra.

(3) Véase otra referencia al tema del colapso mental al final de este capítulo.

Biblioteca D. Winnicott

Consejos a los padres

(1957)

El título de este capítulo tal vez resulte algo equívoco. Durante toda mi vida profesional he evitado sistemáticamente dar consejos y, si logro cumplir mi propósito aquí, quienes lean esta sección se sentirán también menos inclinados a brindarlos.

Con todo, no quiero llevar esta actitud a extremos absurdos. Sí se le pregunta a un médico: "¿Qué debo hacer con mi hijo, a quien le han diagnosticado fiebre reumática?", debe aconsejar a los padres que acuesten al niño y lo hagan guardar cama hasta que el médico considere que ya no existe peligro de una lesión cardíaca. O bien, si una enfermera encuentra piojos en la cabeza de una criatura, da instrucciones tendientes a una desinfestación satisfactoria. En otras palabras, en el caso de enfermedades físicas los médicos y las enfermeras conocen a veces la respuesta apropiada merced a su preparación específica, y sería censurable que no la aplicaran.

Pero muchos niños que no están físicamente enfermos requieren a veces nuestra atención; por ejemplo, en la sala de maternidad nuestra tarea no es curativa, pues tanto la madre como el niño suelen estar sanos. Es mucho más difícil tratar la salud que la enfermedad. Resulta interesante observar que médicos y enfermeras se sienten a veces desconcertados cuando enfrentan problemas que no están relacionados con la enfermedad o la deformidad física; en el campo de la salud, carecen de una preparación comparable a la que tienen en lo relativo a la mala salud o a la enfermedad.

Mis observaciones sobre la cuestión de los consejos corresponden a tres categorías:

1. La diferencia entre el tratamiento de una enfermedad y el asesoramiento sobre la vida.
2. La necesidad de convertirse en depositarios del problema, en lugar de ofrecer una solución.
3. La entrevista profesional.

Tratamiento de la enfermedad y asesoramiento sobre la vida

Puesto que en la actualidad los médicos y las enfermeras se interesan cada vez más en la psicología, o en el aspecto emocional o afectivo de la vida; lo primero que deben aprender es que no son expertos en psicología. En otras palabras, deben adoptar una técnica muy distinta con los padres en cuanto llegan a la línea divisoria entre ambos territorios, el de la enfermedad física y el de los procesos vitales. Permítaseme dar un ejemplo algo burdo:

Un pediatra examina a un niño debido a algún problema en las glándulas del cuello. Hace su diagnóstico y se lo informa a la madre, indicándole además, en líneas generales, cuál es el tratamiento que él considera

adecuado. La madre y el niño sienten simpatía por este pediatra porque es amable comprensivo, y porque tuvo una buena actitud con el niño durante el examen físico. El médico, que está al día en este sentido, le da a la madre la oportunidad de hablar un poco sobre sí misma y su hogar. La madre señala que el niño no se siente realmente contento en la escuela y se deja intimidar por los compañeros; se pregunta si no convendría llevarlo a otro establecimiento. Todo va bien hasta este momento, pero entonces el médico, acostumbrado a dar consejos en su propio campo, le dice a la madre: "Sí, creo que convendría cambiarlo de escuela".

En ese momento el médico ha traspasado los límites de su dominio específico, pero sin abandonar por ello su actitud de profesional capacitado. La madre no lo sabe, pero el médico le aconsejó un cambio de escuela únicamente porque él mismo acababa de llevar esa sugerencia a la práctica en el caso de uno de sus hijos a quien los compañeros acobardaban, de modo que esa idea estaba muy presente en su mente. Una experiencia personal distinta lo hubiera llevado a aconsejar a la madre que lo dejara en el mismo establecimiento. En realidad, el médico no estaba capacitado para brindar asesoramiento. Al escuchar el relato de la madre, estaba cumpliendo una función eficaz, aunque sin saberlo, y luego se comportó en forma irresponsable al darle una sugerencia, cosa por otra parte totalmente innecesaria ya que nadie se la había pedido.

Esto se da con mucha frecuencia en la labor de médicos y enfermeras, y la única forma de impedirlo es que los médicos y las enfermeras comprendan con toda claridad que no están obligados a resolver los problemas relativos a la vida de sus pacientes, hombres y mujeres que a menudo son más maduros que el médico o la enfermera que los aconseja.

El siguiente ejemplo ilustra la posibilidad de seguir otro método:

Un joven matrimonio consultó a un médico acerca del problema que les planteaba el menor de sus hijos de ocho meses de edad, porque "no había manera de destetarlo". No existía enfermedad alguna. Durante la conversación, que duró una hora, salió a relucir que fue la abuela materna del bebé la que les sugirió que visitaran al médico. En realidad, la abuela había tenido serias dificultades para destetar a su propia hija. En el trasfondo existía una situación depresiva, tanto en la abuela como en la madre. Cuando todo esto se hizo evidente, la madre se sorprendió al comprobar que estaba llorando.

La resolución de este problema se debió al reconocimiento por parte de la madre de que el problema radicaba en su relación con su propia progenitora, después de lo cual pudo salir adelante con los problemas prácticos del destete, que exigían que se mostrara algo cruel con su bebé además de amarlo. Los consejos no habrían servido de mucho, porque se trataba de un problema de readaptación emocional.

En contraste, el siguiente episodio se refiere a una niña de diez años con la que mantuve una entrevista:

La dificultad consistía en que la niña, hija única, se había convertido en un permanente problema para los padres, a pesar de quererlos mutuo. Al tomar una historia clínica completa se comprobó que las dificultades habían comenzado en la época del destete, cuando la niña tenía ocho meses. Lo había sobrellevado muy bien, pero nunca más pudo disfrutar de la comida después de haber perdido el pecho materno. A los tres años la llevaron a un médico, quien lamentablemente no advirtió que lo que la niña necesitaba era ayuda personal. Ya se mostraba muy inquieta, incapaz de perseverar en el juego y permanentemente fastidiosa. Las palabras del médico fueron: "Anítese, señora, pronto cumplirá cuatro años".

En otro caso, los padres consultaron a un pediatra al enfrentar ciertas dificultades relativas al destete:

El médico examinó al niño y no encontró nada anormal, cosa que comunicó a los padres. Pero no se detuvo allí: aconsejó a la madre que consumara el destete inmediatamente, cosa que ella hizo.

El consejo no era en sí mismo bueno ni malo, pero estaba fuera de lugar; no había sino negar o pasar por alto el conflicto inconsciente de la madre con respecto al destete de su hijo, el único que posiblemente tendría pues ya

contaba treinta y ocho años. Naturalmente, la madre no tuvo otra salida que seguir el consejo del especialista, pero éste jamás debió habérselo dado. Debería haberse limitado a cumplir su tarea específica y dejar la cuestión relativa a comprender la dificultad del destete en manos de alguien que estuviera en condiciones de manejar en forma más eficaz este problema, mucho más amplio, relacionado con la vida y las relaciones humanas.

Por desgracia, estos casos son muy frecuentes en la práctica médica cotidiana. Proporcionaré otro ejemplo, con mayores detalles:

Recibí el llamado telefónico de una mujer, quien me dijo que si bien había recurrido ya a un hospital de niños, quería encarar el problema relativo a su hija de otra manera. Le concedí una entrevista y acudió con la niña, que tenía casi siete meses de edad. La joven madre tomó asiento frente a mí teniendo al bebé en la falda, lo cual me permitió establecer las condiciones necesarias para observar a una criatura de esa edad. Me refiero a que pude hablar con la madre y, al mismo tiempo, observar al bebé sin la ayuda o la intervención de aquélla. Pronto se hizo evidente que era una mujer normal y que tenía una actitud espontánea y natural para con su hija; no se dedicó a sacudirla sobre sus rodillas, ni nada que resultara artificial.

El parto de la niña había sido normal, aunque "nació adormecida", y resultaba muy difícil conseguir que succionara; en realidad, no quería despertarse. La madre describió un intento efectuado en la sala de maternidad para obligar a la niña a comer. Ella quería darle el pecho y sentía que estaba en condiciones de hacerlo. Ella extraía la leche de su pecho, la cual le era administrada a la niña en un biberón; esto duró una semana. La monja estaba empeñada en que la niña succionara, para lo cual incansablemente recurría a métodos tales como introducir y sacar en forma rítmica la tetina del biberón en la boca del bebé, hacerle cosquillas en los pies y sacudirlo hacia arriba y hacia abajo. Ninguno de estos procedimientos tuvo el menor éxito de modo que, si bien mucho más tarde, la madre descubrió que toda vez que ella hacía algo activo con respecto a la alimentación de la niña, ésta se quedaba dormida. Al cabo de la primera semana se hizo un intento de darle el pecho, pero no se le permitió a la madre utilizar su comprensión intuitiva de las necesidades de la niña. Todo esto le resultó sumamente penoso, pues sentía que nadie deseaba realmente que las cosas salieran bien. Debía permanecer sentada, sin intervenir para nada, mientras la monja hacía todo lo posible para obligar a la niña a comer. La monja, por lo común bondadosa y hábil, tomaba la cabeza de la niña entre las manos y la empujaba contra el pecho. Luego de algunos intentos de este tipo, que no hicieron otra cosa que producir un sueño más profundo, se renunció a la idea de amamantar a la niña; y como consecuencia de este intento tortuoso, se observó una notable desmejoría en el bebé.

En forma algo repentina, a las dos semanas y media, se produjo una mejoría. Al cabo de un mes, la niña pesaba algo más de tres kilos (un poco menos que cuando nació) y la madre regresó con ella a su hogar, con indicación expresa de que debía alimentarla con una cuchara.

La madre había descubierto por su cuenta que podía alimentar a la niña sin ninguna dificultad, aunque para ese entonces ya no tenía más leche. Al principio le daba de comer durante una hora y media, pero luego decidió estar preparada para darle de comer en dosis muy pequeñas pero a intervalos mucho más cortos. Por esa época un hospital de niños se había interesado en esta criatura debido a ciertas anormalidades físicas y el departamento de pacientes externos del hospital se encargó de brindarle asesoramiento a la madre. Los consejos ofrecidos parecían estar basados en la idea de que la madre probablemente estaba harta de todo el asunto, cuando en realidad ella disfrutaba alimentando a la niña y no le importaba cuán difícil pudiera resultar esa tarea. Se vio obligada a desafiar a los médicos que la aconsejaban. (A esta altura, hizo este comentario: "La próxima vez decididamente no tendré a mi hijo en un hospital".) En el hospital se llevaron a cabo innumerables investigaciones a pesar de las protestas de la madre, pero ésta sentía, como es natural, que debía dejar el aspecto físico en manos de los médicos. El antebrazo izquierdo era algo más corto y la niña tenía también un paladar hendido que sólo afectaba a los tejidos blandos.

Debido a estas anormalidades físicas, la madre creyó necesario seguir asistiendo al hospital, pero ello

significaba tener que soportar los consejos relativos a la alimentación de la niña, consejos que por lo general se basaban en una errónea apreciación de su propia actitud. Le indicaron que le administrara alimentos sólidos a los tres meses para evitarse el trabajo que significaba estar una hora y media dedicada a alimentar a la niña o bien siempre dispuesta a hacerlo a intervalos muy breves. Este intento no tuvo éxito, y la madre dejó entonces de hacerlo. A los siete meses, la niña misma comenzó a desear alimentos sólidos, como resultado de que le permitieran sentarse junto a los padres mientras éstos comían. Cada tanto le permitían probar un bocado y esto gradualmente le sugirió la idea de que existía otro tipo de comida. Durante ese tiempo, la habían alimentado con leche y budín de chocolate, y pesaba un poco más de siete kilos.

¿Por qué vino a verme la madre? Porque necesitaba que le respaldaran sus propias ideas con respecto a la niña. En primer lugar, ésta estaba bien desarrollada para su edad, es decir, no manifestaba ningún retraso, mientras que en el hospital se le había sugerido en más de una ocasión que la niña podía ser retardada. Segundo, estaba dispuesta a aceptar la deformidad del antebrazo pero no a pasar por innumerables investigaciones, y sobre todo, se negaba a que le entablillaran el brazo. Es evidente que la madre era mucho más sensible a las necesidades de la niña que los médicos y las enfermeras. Por ejemplo, se había alarmado cuando en el hospital le pidieron que internara a la niña durante una noche, nada más que para hacerle un análisis de sangre. Negó su autorización y el hospital efectuó las pruebas en el consultorio externo sin las complicación de internar a la niña en una sala.

Por lo tanto, en el caso de esta madre el problema consistía en que reconocía claramente su dependencia con respecto al hospital en cuanto a los problemas físicos, y trataba de hacer frente al hecho de que los especialistas, orientados hacia los aspectos físicos, no habían caído en la cuenta de que el bebé también era un ser humano. En cierto momento, cuando se opuso al proyecto de entablillarle el brazo a la criatura durante sus primeras semanas de vida, los médicos le aseguraron categóricamente que su bebé era demasiado pequeña como para que estas cosas le afectaran, aunque la madre estaba absolutamente convencida de que ello entrañaba una influencia negativa para el bebé; de hecho, podía comprender que la niña sería zurda y que el entablillado le inmovilizaría la mano izquierda en una etapa de vital importancia, en la cual la posibilidad de tender la mano y agarrar cosas con ella contribuyen a crear el mundo.

He aquí una descripción del bebé en el momento de la consulta, cuando tenía casi siete meses:

Cuando entré en la habitación, la niña me miró fijamente. En cuanto sintió que yo estaba en comunicación con ella, se sonrió y daba toda la impresión de saber que se estaba comunicando con una persona. Tomé un lápiz sin punta y lo sostuve frente a ella. Siempre mirándome, sonriéndome y observándome, tomó el lápiz con la mano derecha y, sin ninguna vacilación, se lo llevó a la boca, lo cual pareció producirle gran placer. Poco después utilizó la mano izquierda para ayudarse y luego sostuvo el lápiz con esa mano en lugar de hacerlo con la derecha mientras lo succionaba. Comenzó a babearse. Esta situación continuó con algunas variantes hasta que, al cabo de cinco minutos, y tal como es común que ocurra, inadvertidamente se le cayó el lápiz de la mano. Se lo devolví y el juego se reinició. Al cabo de unos pocos minutos el lápiz volvió a caerse, pero esta vez no en forma tan accidental. Ahora no sólo le interesaba llevárselo a la boca y en un determinado momento se lo colocó entre las piernas. La niña estaba vestida, pues yo no había considerado necesario quitarle la ropa. La tercera vez dejó caer el lápiz deliberadamente y lo observó mientras rodaba. La cuarta vez lo apoyó cerca del pecho de la madre y lo dejó caer entre ésta y el brazo del sillón. Ya estábamos casi al final de la entrevista que duró media hora. Cuando el juego con el lápiz se terminó. La niña evidentemente ya estaba cansada de la situación y comenzó a lloriquear, y entonces se produjo una situación inevitablemente molesta durante los minutos finales, pues la niña sentía que ya era hora de irse, y en cambio la madre aún no estaba dispuesta a hacerlo. Pero no hubo mayor problema y ambas salieron de la habitación muy satisfechas la una con la otra.

Mientras todo esto sucedía, yo hablaba con la madre y sólo en una ocasión tuve que pedirle que no le tradujera a la niña lo que decíamos, cosa que solía hacer valiéndose del recurso de mover a la criatura; por ejemplo, cuando la interrogué acerca del antebrazo izquierdo, el gesto natural de la madre fue levantarle la manga para mostrármelo.

La consulta no acarreo mayores resultados, salvo en la medida en que la madre obtuvo el apoyo que necesitaba, esto es, con respecto a su muy certera comprensión de la niña, que le resultaba imperioso defender debido a la incapacidad de los médicos para aceptar los límites de su especialidad.

Una crítica más general es la que expresó una nurse al escribir:

He trabajado durante largos períodos en una famosa maternidad privada. He visto bebés hacinados como ganado, con las cunitas pegadas unas a otras, encerrados toda la noche en una habitación sin ventilación, sin que nadie prestara atención a sus llantos. He visto madres que sólo ven a sus hijos a la hora de las comidas, cuando se los traen todos envueltos, y con baberos alrededor del cuello, y los brazos sujetos, y cómo la enfermera obliga al niño a tomar el pezón, y trata de hacerlo comer, a veces durante una hora, hasta que la madre queda agotada y sumida en llanto. Muchas madres jamás habían visto los pies de su bebés. Las cosas no diferían demasiado cuando las madres internadas tenían enfermeras "especiales". He tenido ocasión de presenciar muchos actos de crueldad de la enfermera para con un bebé. En la mayoría de los casos, las instrucciones del médico no se tienen en cuenta para nada.

El hecho es que, en el campo de la salud, tratamos continuamente de seguir el ritmo de los procesos naturales, pues todo apresuramiento o toda demora significa una interferencia. Además, si podemos adaptarnos a estos procesos naturales, podemos dejar la mayor parte de los mecanismos complejos en manos de la naturaleza, mientras nosotros nos limitamos a observar y a aprender.

Los depositarios del problema

En los ejemplos presentados se insinúa ya este tema, que creo podría formularse de la siguiente manera: Quienes han recibido formación médica cuentan ya con sus propias aptitudes específicas, pero la pregunta es: ¿les está permitido o no traspasar los límites de esa práctica específica e internarse en el campo de la psicología, es decir, de la vida y el vivir? Ésta es mi respuesta: sí, siempre y cuando les sea posible convertirse en depositarios de los problemas familiares, personales o sociales que se les confían, y permitir así que la solución surja espontáneamente. Esto significa sufrir, significa soportar la preocupación e incluso la angustia de un caso, del conflicto en un individuo, de inhibiciones y frustraciones, de discordias familiares, de penurias económicas. Y no es necesario ser psicólogo para proporcionar ayuda: basta con que devolvamos lo que, temporariamente, recibimos y conservamos en custodia, y entonces habremos ofrecido la mejor ayuda posible. En cambio, si una persona, por motivos temperamentales, necesita actuar, aconsejar, entrometerse, provocar los cambios que considera beneficiosos, entonces la respuesta es: no, esta persona no debe salirse del dominio de su especialidad, la cual tiene que ver con la enfermedad física.

Tengo una amiga que se dedica al asesoramiento en problemas de tipo matrimonial. No recibió ninguna formación especial, salvo como maestra, pero tiene un temperamento que le permite aceptar, durante la entrevista, el problema tal como se le plantea. No necesita comprobar si los hechos son correctos o si existe alguna parcialidad en la manera de presentar el problema; simplemente acepta lo que viniere, y vive como propios los problemas ajenos. Y entonces el interesado se aleja sintiéndose diferente, y a menudo hasta se siente capaz de resolver un problema que parecía insoluble. La labor de esta mujer es más eficaz que la de muchos otros que han recibido un adiestramiento especial; casi nunca da consejos, porque no sabría qué aconsejar, y porque no es una persona que tienda a hacerlo.

En otras palabras, quienes traspasan los límites de su capacidad pueden cumplir una función valiosa siempre y cuando se abstengan de dar consejos.

La entrevista profesional

Por último, si se entra en la práctica de la psicología, es necesario hacerlo dentro de cierto marco: la entrevista

debe realizarse en un marco adecuado, y tener un límite de tiempo fijado de antemano. Dentro de este marco somos confiables, mucho más que en nuestra vida diaria. Ser confiable en todos los aspectos es la principal cualidad que necesitamos. Ello significa no sólo respetar a la persona que acude a nosotros y su derecho de disponer de, parte de nuestro tiempo y nuestra preocupación. Todos nosotros tenemos nuestra propia escala de valores, y eso nos permite no tratar de modificar el sentido del bien y del mal de la persona que nos consulta. El hecho de hacer un juicio moral y expresarlo destruye la relación profesional en forma total e irrevocable. El límite en cuanto a la duración de la entrevista profesional se establece en nuestro propio beneficio, pues la perspectiva de que la entrevista ha de terminar neutraliza por anticipado nuestro resentimiento, el cual, de otra manera, se deslizaría subrepticamente y malograría la eficacia de lo que constituye nuestra auténtica tarea.

Quienes practican así la psicología, aceptando límites y padeciendo durante períodos limitados de tiempo las agonías de cada caso, no necesitan saber mucho. Pero aprenderán, pues quienes acuden a consultarlos serán quienes les proporcionarán esa enseñanza. Creo que cuanto más aprendan en esta forma, tanto más se enriquecerán, y tanto menos dispuestos estarán a dar consejos.

Biblioteca D. Winnicott

Consultas en el departamento infantil (1942)

Leído ante la Sociedad Psicoanalítica Británica, el 3 de junio de 1942.

Lo que sigue es un informe presentado a la Sociedad acerca de los casos que pasaron por el Departamento Infantil del Instituto de psicoanálisis de Londres al cabo de un año. Lo que voy a decir, por consiguiente, no es directamente analítico, si bien creo que puede resultar de interés para los analistas.

Uno de los motivos por los que se fundó el Departamento Infantil fue proveer una clínica para los niños que son traídos a consulta en el Instituto. Resultó fácil prever las dificultades y desengaños que forzosamente comporta esta faceta del Departamento Infantil, y que se hallan claramente demostrados en mi descripción de la labor de este año. Estos casos concuerdan con los miles de ellos que llegan a mí en mi puesto de médico en un hospital infantil.

Durante un año me preocupé por cada uno de los casos y premeditadamente cedí tiempo propio para ello con el objeto de poder presentar este informe a la Sociedad.

Comprenderán ustedes que los casos sobre los que voy a informar son los que nos fueron remitidos al Departamento Infantil en el transcurso de un año, excluyendo la información de los que fueron derivados a los estudiantes para que los analizaran; estos últimos procedían de otras fuentes.

Algunos casos nunca llegaron a la consulta. Por ejemplo, nos llamó un médico para decirnos que su hijita de tres años y medio últimamente tartamudeaba mucho. Se trataba de una hija única. Al parecer la pequeña demostraba gran apego a una de sus tías, la que la había cuidado mientras sus padres se hallaban de viaje. El dolor causado por la partida de la tía no empezó a manifestarse hasta el momento en que una amiguita de la pequeña abandonó el vecindario también. Fue entonces cuando la pequeña entró en un estado de depresión y empezó su tartamudez. Mis preguntas obtuvieron la respuesta de que el desarrollo emocional de la pequeña había sido normal hasta estos acontecimientos; asimismo, el hogar de la pequeña, parecía ser razonablemente estable y cariñoso. Dado que la niña vivía demasiado lejos para traerla a analizar sin correr el riesgo de que se cansase físicamente, a la pregunta que me hizo su padre sobre la necesidad de un análisis contesté que, en mi opinión, resultaba normal que una niña de su edad mostrase síntomas violentos y que, en vista de que el desarrollo de su hija era satisfactorio en los demás aspectos, lo mejor sería hacer caso omiso del síntoma y no recurrir al psicoanálisis de momento. Al cabo de una semana el médico volvió a telefonarme, esta vez para decirme que el síntoma de la niña había desaparecido.

Probablemente habrá acuerdo acerca de que es erróneo ensalzar el valor que tendría el análisis, de ser aplicado, en un caso en que no es aplicable. Los padres que acuden a la consulta e sienten culpables del síntoma o enfermedad de sus pequeños y la forma en que se comporte el médico será el factor determinante de que tranquilamente vuelvan a hacerse cargo de la responsabilidad que está a su alcance o de que, por el contrario,

presos de angustia, pasen dicha responsabilidad al médico o a la clínica. Evidentemente, es mejor que los padres retengan esa responsabilidad en la medida en que ello les sea posible, especialmente si no se puede dar al análisis la oportunidad de aliviar la enfermedad real del sujeto.

Primer caso.

Ellen, de diez años, vive en Londres. Es hija única. Me resultó imposible recopilar un buen historial en menos de una hora, por lo que no pude evitar pasar cuatro horas separadas tratando el caso. He aquí algunos detalles:

Resulta que esta niña fue normal física, emocional e intelectualmente hasta el año de edad. Entonces, la madre abandonó a su marido llevándose a la pequeña; después de esto el padre solamente podía ver a la pequeña a intervalos. Cuando la pequeña tenía seis años y tres meses, un día, sin anunciarse, llegó el padre y se la llevó en su coche cuando la pequeña se hallaba camino de la escuela. La niña no se quejó y se alegró de que la llevaran otra vez a Londres. Después el padre empezó a dar pasos para obtener el divorcio. Cuando la niña tenía nueve años, el padre volvió a casarse; en esta ocasión había hecho una excelente elección. Por primera vez, el trasfondo hogareño de la pequeña era bueno desde el año de edad. Se me quejaron de que la niña era artificial. Era simpática, buena e inteligente. Lo malo era que «resultaba imposible sincerarse con ella», según dijo el padre. Además, era infantil para la edad que tenía y dijeron que, a juzgar por su estado de ánimo al levantarse, nunca se podía predecir lo que iba o no a suceder durante el resto del día. Los informes de la escuela mostraban altibajos y el motivo de la consulta era un incidente de robo que sobresalía de entre los insignificantes hurtos que suceden entre colegiales, tal vez por la ausencia de cualquier sentimiento de vergüenza. Resultaba fatal organizar algo en agasajo de la pequeña: fuese lo que fuese el agasajo, lo organizase quien lo organizase, el resultado era el fracaso, ya que la pequeña se volvía deprimida o irritable. Según sus padres, cuando se la cogía desprevenida, lo más usual era ver que se hallaba afligida. También eran poco fiables los estados de ánimo de su verdadera madre.

Superficialmente, la pequeña era muy feliz con su padre y especialmente con su excelente madrastra, a la que estaba muy apegada. y pese a todo, fácilmente se echaba de ver que se dolía de la pérdida de su verdadera madre, que lo había sido todo menos una madre satisfactoria para la niña.

No fue posible realizar un análisis. Uno de los motivos fue que ninguno de los analistas capaces de llevarlo a cabo tenía vacantes en su clínica. Me temo que éste es un problema conocido también para todos ustedes. Asimismo, me vi influido por el valor que representaba el hecho de que la pequeña siguiera acudiendo a la escuela, donde robaba las chocolatinas, donde tenía algunas relaciones bastante buenas, al menos con el personal docente, y donde seguía siendo posible que siguiera progresando. En la escuela todavía la recibían bien, aunque la consideraban una niña problemática. Escribí a la escuela pidiéndoles que abandonasen todo intento de “curarla”, le hacerla normal; bastaría con que se evitasen incidentes de mayor cuantía.

En lo que respecta a la posibilidad de analizar a un niño de esta clase nos enfrentamos con un problema muy especial. He sabido y sé del análisis de niños sumamente suspicaces, pero nada puede evitar el tremendo peligro de que el niño se niegue a venir al tratamiento al principio.

Debo estar preparado para volver a ver a esta pequeña a medida que se vayan produciendo nuevas crisis.

Segundo caso.

Este caso se vio marcado por parecidas suspicacias. Norah, de trece años, vivía en Londres y me fue traída por su hermana, una chica muy inteligente, debido a que se negaba a ir la escuela. Era la más pequeña entre varios hermanos y hermanas.

Invité a Norah a que me hiciese algunas visitas. La niña venía y hacía algunos dibujos. Después de dos visitas me escribió la carta más bonita que pueda imaginarse; en ella manifestaba que no deseaba seguir visitándome. En este caso yo me había resistido a hacer interpretaciones, porque era consciente de que si lograba ver detrás de las suspicacias me vería forzado a proseguir el análisis, y no me hallaba en situación de hacerlo.

Conociendo la aflicción de la niña, la mandé al Paddington Green Children's Hospital, y puse sobre su pista a la asistente social encargada de asuntos psiquiátricos. La asistente fue bien recibida en el curso de diversas visitas regulares logró establecer mejor contacto que yo. A la larga, la asistente, ya convertida en valiosa amiga de la niña, se encontró ante otra versión de la infranqueable barrera que tan pronto se había alzado ante mí. Para que en este caso se hubiese podido llevar a efecto un análisis, el analista sin duda hubiese tenido que visitar a la niña diariamente, realizando la primera parte del análisis en casa del sujeto y en el curso de paseos y visitas a los museos. Naturalmente, esto no entra en las actividades de la clínica, si bien muchos de nosotros podemos aprovechar experiencias de este tipo, si mentalmente repasamos las cosas inesperadas que nos han sucedido en nuestra práctica privada.

La niña sacó grandes ventajas de las visitas de la asistente, pero no regresó a la escuela. Actualmente ha llegado a la edad de finalizar la escuela. Se las ha arreglado para pasar unas vacaciones lejos de casa y parece probable que empiece a trabajar.

Fue posible descubrir gran cantidad de sentimientos, fantasías ocultas gracias a los comentarios que se hicieron sobre cuadros muy conocidos y gracias al estudio de los esfuerzos artísticos hechos por la propia niña; pero este rico mundo de sus fantasías era en realidad un mundo secreto e interior de la paciente, a la que le parecía peligroso siquiera permitir que la asistente (persona entrenada para no forzar la amistad) hiciese algo más que estar al tanto de su existencia.

Según mi experiencia, muchos de estos adolescentes que parecen casos imposibles en el momento de la consulta, acuden en busca de ayuda, incluso de análisis, cuando se independizan, a los dieciocho o veinte años, por ejemplo; y, aparte de esto, los niños que tratan de controlar los agudos problemas del inicio de la pubertad son capaces de aprovechar el apoyo procedente de fuera de la familia, especialmente si ésta se halla en un equilibrio inestable.

Tercer caso.

Maisie, de tres años. Éste fue un caso agudo. En Maisie se había desarrollado una extrema agitación así como la costumbre de balancearse de manera compulsiva y seriamente preocupante y una angustia neurótica relacionada con el hecho de que su madre estuviese llegando al final de su segundo embarazo.

El nuevo bebé se retrasaba. Mi contacto con la pequeña se extendió hasta el parto. El nacimiento del bebé representó un gran alivio de la tensión. Lo lógico hubiese sido disponer el análisis de la pequeña al finalizar dicho período, pero resultó imposible encontrar a alguien que se hiciera cargo de la pesada tarea de acompañar diariamente a la niña. Por cierto que la niña sufría severamente la carencia de alguien que la sacase, aunque fuese a pasear.

La única ayuda que podía prestarle yo consistía en visitarla en su propia casa. Me fue facilitada la posibilidad de ver a la niña a solas y no utilicé ningún juguete. Me encontré con que la niña era maníaca hasta el extremo de ser casi inaccesible al principio, pero oía y tomaba nota de mis interpretaciones y a la larga llegó a valorar mis visitas.

Sus juegos se relacionaban claramente con el dominio de las fantasías de parto y, más tarde, de diversas fantasías conectadas con la reacción entre sus padres. En cinco visitas realizadas en el transcurso de una quincena reuní una tremenda cantidad de material para las interpretaciones, las cuales, en el pleno sentido de la

palabra, di haciendo uso de la transferencia desde el principio.

Es difícil calibrar los resultados. Naturalmente, no se buscaba ningún cambio en la personalidad permanente de la niña, pero tuve la satisfacción de ver que el caos que reinaba en el mundo de fantasías de la pequeña se organizaba, mientras que su comportamiento maniaco se transformaba en juegos, con una secuencia en todo ello, como sucede en un análisis satisfactorio. Las fantasías se expresaban claramente y se relacionaban con muchos aspectos de la angustia que en la niña se había desarrollado ante el embarazo de la madre, que daba la impresión de que jamás terminaría. La angustia acerca del posible daño que sufriría la madre era importante. Gran parte del material tenía algo que ver con la distinción entre el hombre “malo” que coloca a su madre en tal situación de peligro y el hombre «bueno» (su padre era médico) que la ayuda a salir del peligro.

Las fantasías en las que se incorporaba al analista tenían mucha fuerza y estaban en relación con la auténtica necesidad que de mí tenía constantemente la paciente.

Naturalmente, la niña se sintió aliviada al producirse el nacimiento y no tardó en establecer una relación normal con su hermanita. Sigue necesitando del análisis y, de haberse encontrado una persona que la acompañase a la clínica, yo hubiera tomado medidas para que se la analizase en calidad de caso agudo, aunque no necesariamente difícil en extremo.

Cuarto caso.

Tommy, de doce años, vivía en Londres y, desde mi punto de vista, su estado era insatisfactorio. Este muchacho se presentó con una carta de una clínica preguntando si se le podía aplicar un tratamiento psicoanalítico. La respuesta fue que no, ya que, para que el muchacho pudiera ser sometido a tratamiento, se hizo necesario localizar a alguna persona o grupo de personas que le acompañasen diariamente desde un barrio muy alejado del mismo Londres. Además, se trataba de un claro caso psicótico, de tipo esquizofrénico, y, por consiguiente, lo único adecuado para él era un análisis de investigación a cargo de un experimentado analista de niños, y no era probable que se encontrase dicho analista con plazas para casos gratuitos.

Vi a la madre y al muchacho durante casi una hora. La madre se mostraba muy suspicaz y su inquina hacia toda clase de clínicas y hospitales se vio incrementada por la falta de resultados prácticos de la entrevista.

Cito una y otra vez esta clase de detalles porque de nada sirve pretender hacer lo que no podemos hacer. Resulta inútil que nos pidan que estudiemos un caso si la dirección cae en un barrio sumamente alejado, a no ser, claro está, que el viaje resulte fácil o el niño pueda asistir sin necesidad de que le acompañen. Y, además, por supuesto, raramente hay plazas. Asimismo, si las hay, es imposible poner en manos de un estudiante un caso tan difícil como sin duda iba a ser éste. Es por esto que resulta tan inútil el trabajo de consulta si no se tiene una amplia visión de los deberes de quien lo lleva a cabo.

Quinto caso.

Este caso resultó igualmente inútil. Max de nueve años, vivía en Londres. Se trataba de un refugiado alemán.

Tanto su padre como su madre tenían conocimiento del análisis y, naturalmente, al ver que el niño estaba afligido, decidieron someterle a análisis. Ciertamente al chico le hacía falta, pero, para poderle analizar, antes hubiese tenido que encontrar algún albergue o escuela donde pudiera alojarse. Los padres no habían sabido prever que iba a ser imposible superar esta dificultad, y me temo que se llevaron un gran chasco. Si en algún momento futuro llegamos a disponer de cierto número de analistas especializados en la infancia, habrá que instalar algún albergue o institución parecida donde niños de todas las edades puedan llevar una vida más o

menos familiar, y donde puedan recibir educación, mientras se hallan cerca de la clínica donde se efectúa el análisis.

El muchacho del que les estoy hablando había visto muchas veces cómo cambiaba su ambiente físico, y cada vez había reaccionado mal ante el cambio. Decían que no tenía capacidad de concentración, que tenía un carácter variable, mostraba suspicacias hacia la comida y los niños de su misma edad y no se sentía amado. Y luego estaba la cuestión de su condición de judío, lo que hasta entonces le habían ocultado. Los padres deseaban fervientemente que se le prestase ayuda. Hubiese deseado que la obtuviera. Tardé más de una hora en lograr su historial y en que la madre entendiese que yo no podía ofrecerle nada.

Sexto caso.

Este caso fue algo menos insatisfactorio. La paciente se llamaba Tessa, tenía trece años y vivía en la periferia.

El padre de la niña me llamó pidiendo que la sometiéramos a psicoanálisis porque, contrariamente a lo que él había esperado, la niña no progresaba en la escuela. En una breve entrevista me formé la opinión de que la niña no estaba psiquiátricamente enferma. Existían, eso sí, algunas dificultades, incluyendo las esperanzas irrazonables del padre. Quería que la niña se hiciera médico para sacar adelante a la familia, pero a ella no le entusiasmaba la idea. Pasé el caso a un colega que examinó los detalles y que, tal como se le ha enseñado, aconsejó a los padres con respecto a la educación escolar de la niña. En aquellos momentos no había ninguna plaza para análisis y, de todos modos, no hubiese sido posible que la niña siguiese acudiendo a la escuela y, al mismo tiempo, a la clínica cada día.

Séptimo caso.

Este caso fue totalmente distinto. Se trata del de Queenie, de tres años, que vivía en Londres.

La niña me fue enviada por unos amigos míos familiarizados con el psicoanálisis. Se trataba de la hija de la mujer de la limpieza. Me la mandaban porque la pequeña empezaba a robar. Me la trajo la madre en persona, para ser sometida a tratamiento en mi consulta privada, dos o tres veces a la semana durante un período de seis meses. Esto le resultaba bastante difícil a la madre, que dejó de traerme a la niña durante su siguiente embarazo. En todo momento estuvo bien claro que en aquel caso las visitas diarias no iban a ser factibles, y que tampoco podría prolongar el tratamiento durante mucho tiempo. Sin embargo, seguí adelante, como si estuviese realizando el análisis, consciente de las limitaciones, pero no deseando dar de baja a la pequeña -que me había sido traída a la clínica- sin haber conseguido nada.

A decir verdad, pude hacer una labor muy importante, va que el material que me proporcionó la pequeña me permitió demostrar que en él había continuidad y orden y, al igual que en el verdadero análisis, obtuve resultados específicos de las interpretaciones. Los juegos con juguetes, dibujos y recortes me permitieron interpretar y demostrar que yo podía tolerar la envidia del pene y las ideas de ataques violentos lanzados contra el cuerpo de la madre, el pene del padre y los niños aún no nacidos. La pequeña me habló de juegos sexuales con su hermano. Los robos cesaron y la madre, como suele suceder, se olvidó de que alguna vez la niña había robado.

Se diría que había empezado un verdadero análisis y que se había hecho una labor suficiente sobre las reacciones de la niña ante los fines de semana y las vacaciones, etc.; suficiente, es decir, para que pudiese afrontar el final del tratamiento, cuando ya no fueron posibles más visitas. Aunque no fuese análisis, lo que hice solamente podía haberlo hecho un analista, con experiencia en análisis prolongados, sin prisas, en los que se puede dejar que sea el material mismo lo que va apareciendo ante los ojos del analista que lentamente va aprendiendo a comprenderlo.

Octavo caso.

Éste fue un posible caso analítico: Norris, de seis años, habitante de la periferia.

El padre y la madre del sujeto son médicos. Vino la madre para hablar de los problemas que habían surgido en el control del pequeño y, por supuesto, en ello empleó una hora. Al parecer el padre había sido un hombre tímido toda la vida y esperaba encontrar, en su hijo todas las cualidades que él no había tenido. Se había casado con una mujer realmente enérgica y el niño, el único del matrimonio, era tímido, casi tanto como su padre. Se hizo evidente que los padres hubiesen podido llevar bien al muchacho de haberse hecho a la idea de que era tímido. De hecho, la organización pasiva-masquista del muchacho era casi patológica. Me hubiese gustado disponer el análisis, y, en realidad, todavía no es seguro que en este caso sea imposible el mismo. Pero, si bien confío en que podré enviar este caso a un analista, no me gusta hacer que los padres crean que en el análisis estriba su salvación. Los padres deben ajustarse a la situación sin pensar en el análisis, que solamente les ofreceré cuando sepa que está disponible. Me refiero a que debe evitarse dar la impresión de que sí, el psicoanálisis curará al paciente, es decir, hará de él lo que ustedes quieran, sin que ustedes tengan que hacer ningún esfuerzo. Todavía no he visto al niño.

En este punto estoy hablando conmigo mismo. Una vez, durante la consulta, me encontré con que siempre pensaba en que el psicoanálisis era el tratamiento superior. Ello me llevaba a sentirme satisfecho de haber aportado mi granito de arena cada vez que procuraba la aplicación del psicoanálisis. Pero el valor de las consultas es negativo a no ser que se prescindiera completamente del análisis excepto en la medida en que sea factible aplicarlo. Si, además de lo que se aconseje y de otros beneficios obtenidos de la consulta, se puede aplicar el psicoanálisis, entonces tanto mejor.

Decididamente, el siguiente caso resultó más satisfactorio, si bien ello dependió de mi capacidad para actuar inmediatamente. No sé cómo algún día resolveremos este problema de tener siempre una plaza vacante. Pero el material “al rojo” tiene interés especial por derecho propio. El analista que nunca dispone de espacio para atender a un caso agudo se pierde una serie de experiencias valiosas.

Noveno caso.

Francis, de once años. Este chico fue traído directamente a la clínica por su madre, que pedía ayuda urgentemente. El chico era violento y patológico en muchos aspectos. Asimismo, estaba afligido por su propio estado y pedía ayuda con frecuencia.

Dos horas fueron necesarias para la consulta originaria con la madre. La consulta revistió gran importancia. Comprobé que en el caso había dos personas enfermas: la madre al igual que el chico. Hay un cúmulo de detalles interesantes que podría darles con respecto a este caso, pero ello sería ir más lejos de lo que me propongo aquí.

Diría que tiene especial interés la forma en que la manía del muchacho estaba relacionada con la depresión de la madre: la intolerancia ante su depresión provocaba su manía. Con el objeto de ayudarla a ella tuve que empezar el tratamiento de su hijo sin pérdida de tiempo.

Los resultados de las primeras semanas, durante las cuales el chico se comportó como un adulto preso de agitación, prefiriendo tumbarse en el diván en vez de dibujar o jugar, consistieron en un cambio de actitud hacia su verdadero padre. Volvió a creer en él, siguiendo a la interpretación directa de material edípico facilitado «al rojo» en términos de los juegos con su hermana.

P S I K O L I B R O

En su fantasía el padre sexual era malo y causaba daño en el cuerpo de su madre, de tal manera que la Gestapo actuó por cuenta del muchacho cuando se llevaron al padre a la fuerza; el muchacho se sintió fuertemente identificado con la Gestapo. Pronto me adoptó como padre «bueno», dispuesto a ayudar, pero sin carácter de padre sexual, y me pidió que alguna vez viese a su madre, especialmente en vista de que ella parecía menos deprimida desde que yo había entrado en sus vidas. Vale la pena notar que el muchacho no me creía “enamorado de su mami”, lo cual hubiese estado en consonancia con la pauta seguida por él con respecto a todos los hombres que le habían caído simpáticos antes de empezar el análisis.

No se desalienten cuando les diga que la depresión de la madre volvió a cobrar fuerza, tanto que dispuso que el muchacho se marchase a un pensionado. Esto, en semejantes circunstancias, constituyó un verdadero avance en la situación hogareña y significó que la figura del padre había regresado al hogar. El análisis se halla firmemente afianzado. El chico viene a verme siempre que hay alguna fiesta y aprovecha el tratamiento en toda la medida que permiten las circunstancias.

Décimo caso.

Nellie, de diecisiete años.

Nellie tiene un hermano dos años menor que ella. Su padre era médico antes de morir. Tanto él como sus amigos la valoraban mucho. Pero cuando ella contaba cuatro años, el padre murió. A consecuencia de ello, la madre, el hermano y Nellie se mudaron a la ciudad, donde su vida cambió radicalmente, pues la mayoría de adultos eran mujeres y el centro de interés se desplazó hacia el hermanito. Tal vez el cambio de su medio, unido a la muerte del padre, fue demasiado para ella, ya que se produjo un detenimiento de lo que hasta entonces había sido un desarrollo intelectual y emocional satisfactorio. A los dieciséis años se vio aquejada de una enfermedad que iba acompañada por persistentes movimientos corporales: corea, según el diagnóstico de algunos médicos. Su propio médico, amigo de su difunto padre, dijo que no se trataba realmente de corea, debido a la existencia de obvias y antiguas dificultades psicológicas. Sin embargo, tras un minucioso interrogatorio, me vi obligado a decir que sí, se trataba de corea, lo cual simplificó el consejo que di a la escuela, ya que es más fácil decirle a un maestro que tolere la mala escritura debida a la corea que la debida a un trastorno emocional. Las principales afecciones, no obstante, no eran imputables a la corea; entre ellas se incluía la dificultad de hacer amigos. El maestro escribió: «Existe un alejamiento en vez de un acercamiento. Se trata de algo que no es la reserva normal de la adolescencia, ni una simple característica de una "introversión" normal». Vi varias veces a esta muchacha, a quien gustaba el interés demostrado por un nuevo médico; pero se sentía la mar de satisfecha con ser exactamente como era. Ninguna mejora produjo en este caso, salvo señalar que la muchacha se hallaba todavía convaleciente de la corea.

No fue posible disponer el análisis. En el supuesto de que algún analista se mostrase dispuesto a hacerse cargo de ella, le aconsejaría que lo hiciese exclusivamente con fines de investigación. Sea como sea, este caso no es para un estudiante (1).

Decimoprimer caso.

Nancy, de veinte años. Nancy vive en Londres y tiene alojamiento en uno de los condados adyacentes. Les cuento este caso porque, si bien Nancy tiene veinte años, clínicamente es una adolescente.

Nancy vino a verme con un expediente de la escuela de magisterio. Tardé media hora en leerlo. Tuve que celebrar largas entrevistas con su madre y leer muchas cartas que la señora me escribió; asimismo, durante un período de seis meses, tuve que ver a la muchacha a intervalos, quizá unas diez veces en total. El padre de Nancy había fallecido cuando ella tenía seis años; la madre se había dedicado en cuerpo y alma al cuidado de

sus dos hijos. Nancy tiene un hermano de diecisiete años, sano e inteligente.

Cabría decir, resumiendo, que Nancy era una muchacha dulce, limpia, muy bien vestida; una muchacha que se hallaba en un estado retardado de adolescencia. El ambiente de su hogar, por lo de excelente, así como sus dificultades internas, hacían que para ella resultase más difícil dar el siguiente paso de su desarrollo: reafirmarse. Lo mejor que la muchacha había hecho, psiquiátricamente hablando, había sido darle una patada a la chica que se alojaba con ella, condiscípula en la escuela de magisterio. Este «síntoma» se había visto tan desmesuradamente ampliado que, a causa de lo sucedido, la escuela había tomado la decisión de que no podía recomendarla como maestra, a menos que yo me mostrase deseoso de aceptar la responsabilidad. yo me mostré de acuerdo. Suponían que Nancy podía ser peligrosamente imposible... tanto como para ¡golpear a un alumno!

Resultaba apresurado preguntarse si Nancy se replegaría para siempre de su agresividad impulsiva, estableciéndose en el camino que lleva a alguna especie de derrumbamiento, o bien afrontaría valerosamente lo que hay de desagradable en alguna parte de su persona al igual que lo hay en otra gente. Creo que la ayudé a emprender el segundo camino, pero para ello tuve que verla; y también tuve que ver a su madre repetidas veces con el fin de que dejase de escribirme denigrantes cartas en defensa de su perfecto retoño; lo que es más, tuve que encargarme personalmente de encontrarle alojamiento, es decir, un alojamiento que nada tuviese que ver con la escuela de magisterio, ya que la directiva de la escuela (que en realidad es una institución bastante “avanzada”) ya estaba completamente convencida de que la muchacha era peligrosa. La verdad es que Nancy tiene todo lo que hace falta para ser una maestra excepcionalmente buena para niños pequeños, si puede soportar que su madre se sienta herida por vivir separadas (2).

Como es obvio, se trata de un caso analizable, pero no quiero ponerla en lista de espera. Le he hecho saber que existe el psicoanálisis y pienso que algún día se dedicará a enseñar en Londres, entonces solicitaré que la psicoanalicen. La tragedia estriba en que en el momento en que lo solicite es posible que no pueda obtener psicoanálisis gratuito.

Decimosegundo caso.

He aquí el caso de un pequeño al que pude prestar ayuda pese a que no pudo acudir a que le analizase. Se trata de Keith, de tres años y medio, que vive en la periferia.

Keith me es mandado por un pariente suyo, amigo mío y médico. Este médico tiene algo de psicólogo y, según él, está claro que la madre del pequeño (una mujer de raza aria que se caso con un judío perteneciente a una familia muy cerrada) había descuidado algo a su hijo. Una vez que hube examinado el caso, llegué a la conclusión de que se estaba produciendo un choque entre dos formas distintas de educar a los niños. Resultó que la madre necesitaba apoyo desesperadamente. El hecho de poder relatarme los acostumbrados detalles del historial constituyó una ayuda inmediata para ella. Debo decir que la preparación del historial nunca es posible en menos de una hora.

Había sido fácil amamantar al pequeño (seis meses) y también al principio había sido fácil adiestrarle. Las dificultades surgieron al empezar a darle alimentos sólidos. Intelectualmente, el niño siempre fue adelantado. De bebé había sido pasivo, se contentaba con estar tumbado y sonreía. Casi nunca lloraba, contrastando con su hermano menor (nueve meses) que se comporta normalmente. Los problemas del niño son los siguientes: no duerme, ni siquiera dándole somníferos; chilla de rabia; es negativo desde los dos años; constantemente pesado a la hora de comer, desde que, como he dicho, empezaron a darle sólidos; no tiene «agallas» para enfrentarse a otros pequeños, con lo que cualquier niño que trate con él se convierte en un matón; incapaz de aceptar un «no» por respuesta; y, además, no pueden dejarle a solas con el bebé, debido a unos celos que no se manifestaron hasta transcurridos unos ocho meses del nacimiento de su hermano.

Vi a este chico una vez por semana, ya que fue imposible el análisis. Mientras pudieron traérmelo, me comporté exactamente como si estuviese sometido a un análisis. El pequeño presentó material analizable relacionado con el control, en su mente, de su padre y de su madre. A consecuencia de mi labor mejoraron sus relaciones con la madre, llegó a ser verdaderamente demostrativo con ella y, por primera vez, dijo: «Te quiero, quiero besarte». También empezó a dormir como no lo había hecho desde los dos años, y resistió bastante bien el hecho de que su padre ingresara en el ejército. Cuando su madre se encontró con que no podía seguir viniendo, yo la apoyé en la idea de abandonar el tratamiento, ya que la alternativa hubiese consistido en decirle a la familia de su marido que el pequeño necesitaba más cuidados de los que ella podía darle, lo cual, una vez más, hubiese socavado su confianza en sí misma.

Si, en este caso, hubiese dicho que lo único que cabía aplicar era análisis, me hubiera perdido una buena oportunidad terapéutica. Y, de haber limitado mi labor a aconsejar a la madre, no hubiera podido comprobar la nueva capacidad del pequeño para decirle que la quería, capacidad que nace del tratamiento. El factor adverso y externo lo constituía la fuerte, aunque no patológica, homosexualidad del padre, que este niño no pudo soportar hasta que, jugando, demostró la hostilidad que sentía por el padre. La expresó por medio de un juguete, un muñeco, que simulaba extraer de su ano, al mismo tiempo que hacía un esfuerzo premeditado para hacerme entender lo que quería decir: llamando “papi” al muñeco. Así, jugando, se libró de su “papi” homosexual y entonces mejoraron sus relaciones con su padre y su madre verdaderos.

También ayudé algo a la siguiente muchacha:

Decimotercer caso.

Gertie, de diecisiete años y habitante de Londres.

La muchacha me fue enviada por la directora de una escuela secundaria. Se me indicó que la muchacha no había alcanzado un nivel académico satisfactorio, que no tenía atractivo ni amigos; que era terriblemente solitaria. Era capaz de contestar lúcidamente a las preguntas que le hicieran, pero tenía dificultades de habla. Durante un tiempo había estado sometida a tratamiento en otra clínica, pero en vano. Todo esto me lo dijeron por teléfono los de la escuela.

Empleé mi buena hora en completar el historial que me dio la madre, quien había criado con éxito a su hijo (cuatro años mayor que Gertie). La madre ya estaba nerviosa mientras duró el embarazo que culminó con el nacimiento de Gertie; una vez nacida la niña, la madre no pudo evitar preocuparse por ella. Deseaba destetarla, pero el médico clínico (probablemente obrando con desatino en este caso) la persuadió de que siguiera dándole el pecho, cosa que la madre hizo durante nueve meses completos.

Los primeros signos de inteligencia aparecieron normalmente, de manera que es imposible calificar a la chica de retrasada debido a algún defecto de sus tejidos cerebrales. Durante el rato que pasé tomando el historial, la madre recordó que a los cinco años la pequeña le había atizado un golpe en la cabeza a su hermano, haciéndole sangrar; la madre creía que posiblemente aquél había sido un punto crucial. A partir de entonces el desarrollo intelectual el, la niña había perdido su ritmo normal. Su familia es inteligente.

Gertie me dijo que «le daban miedo los médicos», en verdad que había visto a muchos de ellos. Hicimos la siguiente lista de cosas que había que curar: granos, tendencia a las llagas, transpiración excesiva, malas notas en los exámenes, torpeza al hablar y al escribir, dificultad en hacer amigos, dificultad de saber que trabajo hacer, así como las preocupaciones hipocondríacas de madre.

Al parecer su necesidad más inmediata era que un médico le dijese con firmeza, delante de su madre, que lo mejor para ella era no ver a un médico más. Así lo hice. Al cabo de un mes Gertie vino a visitarme y me dijo que había aceptado un empleo, estaba haciendo amigos y empezaba a sentir más confianza en sí misma,

De haberla puesto en lista de espera para un análisis, hubiese sido un mal médico. Quisiera que me entendiesen bien. Creo que no hay ninguna terapia comparable al análisis. Pero, como en este caso el análisis no fue factible, la alternativa era hacer lo que hice: actuar de forma completamente independiente de la existencia del psicoanálisis y hacer que la chica no siguiese ninguna clase de terapia.

El siguiente caso me vino de un médico después de haber visitado yo una clínica de puericultura.

Decimocuarto caso.

Se trata de un chico de diez años que vive en uno de los condados próximos a Londres. Este chico necesita ayuda urgentemente; él es consciente de esta necesidad. Sin embargo, sólo podría ser analizado de haber una casa donde pudiera alojarse y desde la que pudiera asistir a la clínica. Espero que algún día exista tal casa, ya que, gracias a los recientes avances del psicoanálisis, actualmente es posible investigar los casos de enfermedad mental en los niños.

Me costó una hora hacerme con un buen historial de este caso, así como otra hora para establecer contacto con el chico, contacto que me era necesario con el fin de formarme una idea sobre su inteligencia, desarrollo emocional, enfermedad, y su pronóstico. He visto al muchacho una docena de veces, pues él me ha suplicado que así lo hiciese, debido a la enorme angustia psicótica que le aqueja.

Este problema tuvo origen en su difícil nacimiento, que se produjo con un mes de retraso, de modo que al nacer era un feto gigante, cianótico y con maceraciones en la piel. Creyeron que estaba muerto, pero, ante la sorpresa del médico, el bebé sobrevivió. El médico dijo a los padres: “Bien, ya tienen un bebé, y menudos problemas les va a causar”, lo cual fue un pronóstico muy exacto. A los cinco años se le declaró deficiente mental en un famoso hospital para niños. De hecho, no está retrasado desde el punto de vista intelectual, pero sí está enfermo de una manera que entorpece sus relaciones. En la escuela le tienen por un chico algo raro; le aprecian bastante.

Es propenso a los ataques de pánico cerval sin ninguna causa externa que los justifique; sufre períodos de mal humor incontrolable en los que aparece un cúmulo de ideas alocadas. Así, por ejemplo, una vez vino a verme con un tanque en las manos. No quiero decir que llevase un tanque de juguete o que llevase en la cabeza la idea de un tanque; lo que quiero decir es que sentía realmente que tenía un tanque en las manos. Constantemente trataba de librarse de él, estrujándose las manos entre las piernas, haciéndolas pasar a través de sus muslos, estrechamente apretados. Hizo un dibujo describiendo cómo se sentía. Asimismo, durante una larga temporada, siempre que iba al lavabo a defecar, le parecía que determinado ladrillo se desprendía de la pared y se movía de un lado a otro.

Los demás detalles de este caso quedarían fuera de lugar aquí, pero me pareció que convenía hacer algo más que ver simplemente al chico durante la consulta. Mientras sigo viendo a este paciente -cosa que primero hacía cada semana, aunque ahora ya he podido aumentar el intervalo a un mes- él se ve capaz de evitar causar problemas en la escuela, al mismo tiempo que los accesos de pánico son menos severos. Esto no se debe a nada específico que haya hecho yo.

El chico es listo para los trabajos de carpintería y costura; le encanta la idea de hacerse granjero. Estudia con gran detenimiento los grabados de aeroplanos que ve en los libros y los signos indican que será un adulto excepcionalmente interesante e inquieto, notablemente brillante.

Tal como dije al comenzar este informe, mi objetivo ha sido relatarles una serie de consultas. No hay nada especialmente interesante en la serie, salvo que comprende todos los casos enviados al Departamento durante un período de tiempo y, probablemente; indica qué tipo de casos cabría esperar si se hiciera un intento de

ampliar el alcance del Departamento y establecer un consultorio.

Puede que parte de este material no analítico haya sido de interés para los analistas. Mi opinión personal es que precisamente a los analistas es a quienes interesa de verdad el material no analítico. Por ejemplo, cuando una madre va juntando las piezas hasta darnos una visión casi completa del desarrollo emocional de su hijo o hija. ¿Quién si no el analista es probable que le aporte lo que necesita: reconocer que todas las piezas encajan hasta formar un todo?

Asimismo, hay muchos destellos de percepción, por parte de padres y parientes, que vienen a recordar al analista el material pacientemente recopilado a fuerza de trabajos analíticos. Me atrevería a ir más lejos y decir que de la consulta terapéutica he aprendido mucho de valor para el análisis, al igual que me ha sucedido con el estudio de otros tipos de material no analítico.

Entonces aparece una consideración de índole práctica: el objetivo primordial de la consulta en el Instituto, según creo, es la aportación de casos idóneos para los estudiantes, o para los analistas de adultos que deseen pasar al campo del análisis infantil. Nunca he esperado que se cumpliera tal objetivo. No creo que mis temores se han visto confirmados por el presente informe. Se trata de una cuestión que deberemos ir resolviendo paulatinamente, pero a mí me parece posible que el lugar apropiado donde buscar casos “buenos” para los estudiantes sea el departamento pediátrico de un hospital.

Existen dos puntos de vista posibles. Según uno de ellos nos cabe la alternativa de alentar a un inmenso número de casos a que invadan el Instituto, reteniendo un porcentaje de ellos por ser adecuados a fines pedagógicos, dejando que los demás se cansen de estar en la lista de espera, su única esperanza. El otro punto de vista estriba en que haya alguien que vea y trate constantemente gran número de casos psiquiátricos de toda clase; de esta manera podríamos responder a las presiones sociales y de vez en cuando, de acuerdo con los requisitos, encontraríamos casos adecuados para el programa de adiestramiento de analistas.

En el caso de los niños, es posible que el segundo método sea de hecho el único aconsejable, ya que, la mayor parte de las veces, los adultos que nos traen a los pequeños son personas normales y sanas; y, si todo lo que se hace es poner al pequeño en la lista de espera, el adulto se va a buscar consejo en otra parte. Incluso una quincena de espera es lo suficientemente larga para desalentar a padres o tutores. Una serie de niños colocados en lista de espera y abandonados allí sería una fuente incesante de mala voluntad y en todo momento entorpecería seriamente la relación de la Sociedad con el mundo ajeno a ella.

Por lo que puedo ver, pues, si bien seguirá siendo necesario que alguien se ocupe de atender a las consultas del Instituto como se ha venido haciendo siempre, no dejará de ser igualmente necesario recurrir a otras clínicas en busca de buen material analítico para fines docentes, especialmente debido a que la mejor forma de empezar a enseñar el análisis de niños consiste en disponer de un pequeño de tres años que no esté demasiado enfermo.

No estaría quizá fuera de lugar confeccionar una lista de condiciones que hubiera que cumplir cuando yo trate de darle a un estudiante un paciente infantil. Tengo que encontrar un niño de la edad y el sexo que se requieran, que pertenezca a un grupo de diagnóstico dado y cuya enfermedad se ajuste a un grado determinado, cuya madre esté realmente preocupada, pero sin caer en la hipocondría, por el trastorno del pequeño, cuyo domicilio no caiga demasiado lejos de la clínica; las circunstancias externas deben ser tales que la madre pueda dedicar dos o tres horas diarias a uno solo de sus hijos; la fe de los padres en el médico debe ayudarles durante el período en que las esperanzas son escasas, a juzgar al menos por los cambios observables en los síntomas del paciente; y el estado o posición social de la familia debe permitir a la madre que cada día se gaste el dinero en trenes y autobuses.

Sólo en una pequeña proporción de casos se cumplen estas exigencias. Actualmente, de los casos que acuden a la clínica, no es dado esperar nada que se parezca a las necesidades pedagógicas que se buscan y dudo que alguna vez logremos que así sea. Observarán que hay un tono de frustración en mis palabras.

Lo admito, yo siempre procuro que el paciente sea analizado, a sabiendas de que ninguna de las otras cosas que se hagan se acerca o es comparable a los resultados del análisis. Al mismo tiempo soy plenamente consciente de que muy raramente el análisis es aplicable y disponible. A menudo el paciente no puede ser traído a la clínica, salvo resolviendo gran número de complejas circunstancias externas; y generalmente cuando sería posible tratar un caso dado, éste resulta inadecuado para el estudiante. Hay que recordar, además, que incluso es muy de vez en cuando que se me pide siquiera un solo niño para ser analizado. A veces pasan tres meses sin que se me pida un solo caso.

Así, pues, mi sentimiento de frustración debe suscitar su comprensión. Está claro que la única solución estriba en que se adiestre a mas analistas para que aprendan a llevar a cabo el análisis de niños. Esto lo anhelamos todos y también todos sabemos que es precisamente en este punto donde resulta difícil cambiar las cosas y que del apresuramiento no podemos esperar ningún bien.

Posdata (1957)

Desde la fecha en que fue redactado este informe hasta ahora no ha existido ninguna clínica infantil en el instituto y, por consiguiente, no hay ninguna lista de espera. Cuando hace falta un niño para su análisis por parte de un estudiante, se le busca en alguna otra clínica.

Por fortuna dos cosas han cambiado durante estos dos decenios: actualmente hay numerosas clínicas a las que recurrir cuando nos encontramos con una vacante para el análisis infantil; y, además, actualmente son treinta los analistas que prosiguen estudios en el campo del análisis de niños, en lugar del puñado de dos a seis que había antes.

Notas:

(1) Esta muchacha escribió diciéndome que se había podido matricular y que estaba estudiando para masajista. ¡Al parecer creía que su entrevista conmigo tenía algo que ver con su mejoría!

(2) Más adelante, Nancy ha terminado su carrera académica sin más problemas, y ha empezado a trabajar en una buena colocación. Sus defensas se están organizando en una tendencia a explorar el espiritualismo, cosa que cuenta con fuertes precedentes en su familia.

Biblioteca D. Winnicott

La disociación revelada en una consulta terapéutica 1965

Capítulo preparado en 1965 para el libro *Crime, Law and Corrections*

Me propongo tomar y discutir un detalle del cuadro clínico antisocial, cuya importancia deriva de la regularidad con que se reitera en las historias clínicas. Para ejemplificar lo que quiero decir, describiré una entrevista psicoterapéutica a una niña de 8 años que después de esa sesión puso fin a sus robos reiterados, de lo que cabría inferir que fue significativa. El detalle que sirve de tema a este estudio aparece hacia el final. El lector deberá tener presente esto, mientras asimile todo el contenido de una prolongada entrevista en la que se trataron otras cuestiones.

Tema en discusión

En los casos que relatan los padres y maestros, reaparecen una y otra vez declaraciones como ésta: "El muchacho negó haber robado objeto alguno. No parecía manifestar el menor sentimiento de culpa, ni de responsabilidad. Sin embargo, al verse confrontado con sus huellas digitales y tras un interrogatorio persistente, admitió haber robado las mercaderías". Por lo común, a esta altura de las circunstancias el muchacho sospechoso empieza a cooperar con el investigador y da muestras de que en todo momento supo lo que negaba saber. Lo mismo da que el menor bajo sospecha o investigación sea varón o niña.

Ejemplo de disociación tomado de una historia clínica

Los padres de un muchacho de 14 años me relataron detalladamente su temprana infancia. Su desarrollo había sido normal hasta los 3 años, edad en la que fue hospitalizado a raíz de una grave enfermedad física. Pareció recuperarse de esta experiencia. Cuando tenía 5 años sus padres se mudaron de la ciudad al campo, por lo que él debió cambiar de escuela. Su personalidad se alteró. Por un tiempo se reunió con chicos rudos e indóciles, formó un grupo con ellos y se convirtió en un niño muy difícil. Perdió todo poder de concentración y de hecho abandonó sus tareas escolares, que había cumplido bien en los diversos colegios a los que había asistido hasta entonces. La directora de la escuela le tenía simpatía, pero él no cesaba de importunarla. Por la misma época dejó de relacionarse fácilmente con las mujeres, se volvió intolerante hacia todas ellas y estrechó su

comunicación con el padre. Luego de este período de dificultades, y a raíz de él, sus padres lo enviaron a una escuela especializada, porque su retraso intelectual y sus malos modales lo habían vuelto inaceptable para las escuelas comunes. En todo este lapso el niño siempre había evidenciado poseer, por lo menos, un nivel medio de inteligencia.

Los padres sabían ahora que tenían ante sí un problema. Renunciaron a sus ambiciones con respecto al hijo y le buscaron otra escuela muy especializada, con la esperanza de que allí lo curarían. Me lo trajeron en consulta porque en esta escuela no había tenido ninguna mejoría.

Pregunté si robaba y me dijeron que no, aunque recientemente habían hallado en su poder unos sobrantes del dinero para gastos de viaje, que debería haber devuelto. Ante los primeros regañones, el niño negó todo conocimiento de lo que había hecho. Lo mismo sucedió cuando le pregunté si destruía objetos. Cierta vez tomó una pistola de aire comprimido del armario en el que su padre guardaba las armas y aterrorizó con ella a todos. Cuando lo reprendieron pasó un día entero respondiendo con mentiras, hasta que se dio por vencido, confesó de plano y dijo que había sido un estúpido.

Es indudable que esta familia no maneja al hijo con rigor excesivo. Los padres son muy capaces de asumir responsabilidades sin exagerar su severidad. El problema radica en el niño, que se ve compelido a actuar de manera impropia. Ahora tiene 14 años y lo encontraron fumando. El director de la escuela conversó con él al respecto. El muchacho confesó, admitió que había infringido las reglas y prometió no reincidir. A los pocos días volvieron a sorprenderlo fumando y esta vez no tuvo nada que decir.

Este muchacho es un adolescente deprivado y un tanto paranoide que vive en su propio hogar, con una buena familia. Le cuesta hacerse de amigos; dicen que desea con vehemencia la amistad de otros, pero es incapaz de conquistarla. Cuando le dijeron que podía ver a un doctor, supo enseguida a qué se referían y escribió a su familia: "Espero que el doctor pueda enderezar las cosas". Tenía conciencia de algo que era incapaz de evitar mediante un esfuerzo deliberado; en otras palabras, padecía de una compulsión que no podía explicar, y cuando descubría lo que había hecho impelido por esa compulsión, no podía creerlo.

Me propongo fomentar el estudio de esta situación que, de hecho, atrae nuestra atención hacia aspectos interesantes de la teoría de la conducta antisocial.

Formulación preliminar

Mi tesis es que este tipo de historia clínica ofrece un ejemplo de disociación. El progenitor o el director de la escuela le habla al niño de una parte disociada y, al responderle, ese niño no miente. Al negar conocimiento de lo sucedido, el niño está afirmando algo que es cierto para él como totalidad; para el niño el aspecto del self que cometió el acto no forma parte de su personalidad total. Algunos dirán quizá que estamos frente a una escisión de la personalidad. Empero, tal vez sea mejor reservar el término "escisión" [splitting] para los mecanismos de defensa primitivos subyacentes en la sintomatología de las personalidades esquizofrénicas o fronterizas, o de individuos con esquizofrenia oculta, y retener el término "disociación" [dissociation] para describir los casos en que es posible establecer una comunicación con el self principal sobre una parte de este mismo self.

Este tipo de desintegración parcial es característico del niño antisocial de uno u otro sexo. Si se lleva adelante la investigación, es posible que el sospechoso acabe por pasar de esta área de verdadero "estar siendo" [trae being] a otra clase de integración, conforme a su capacidad de lograr

dicha integración en el área intelectual del funcionamiento del yo.

Adviértase que cuando ese muchacho o chica admite haber cometido el acto, el investigador ya le está hablando al aparato intelectual. A esta altura la integración no resulta difícil. El individuo es capaz de saber, comprender y recordar; las fuerzas que producen la disociación han dejado de actuar. Ahora el individuo admite su culpa, pero no la siente.

Su respuesta, que antes era negativa, ahora es afirmativa. Este cambio ha ido acompañado de una modificación de la relación entre el investigador y el sospechoso. El I segundo se ha vuelto inaccesible, salvo en lo pertinente al aspecto intelectualizado de su personalidad, y de nada vale ya que el investigador continúe indagándolo, si bien el cambio puede resultar conveniente desde el punto de vista sociológico. Tal vez convenga llegar hasta los hechos, pero éstos no tienen valor alguno si se intenta ayudar al sospechoso.

En suma, el psicoterapeuta tiene una posibilidad de ayudar al individuo en tanto éste dé una respuesta negativa absolutamente sincera, porque es la parte principal de su personalidad la que necesita ser ayudada. Esa persona, en su totalidad, actuó bajo una compulsión cuyas raíces eran inaccesibles para su self consciente, por lo que podemos decir que ella padece de una actividad compulsiva. Donde hay sufrimiento f puede prestarse ayuda.

Formulación adicional

Si desarrollamos aun más esta idea, tendremos que formular o reformular la teoría sobre la conducta antisocial.

Vale la pena postular la existencia de una tendencia antisocial. El valor de esta expresión radica en que abarca no sólo aquello que convierte a un niño en un individuo de temperamento antisocial, sino también los actos delictuosos, leves y graves, propios de la vida hogareña corriente. En toda familia siempre se cometen delitos leves; es casi normal que un niño de 2 años y medio robe una moneda del monedero de la madre, o que un niño de más edad hurte de la despensa algún producto muy especial. Por lo demás, todos los niños competen daños contra pertenencias domésticas. Estos actos sólo se tildarían de conducta antisocial si el niño viviera en un internado.

También debemos incluir en este rubro la e enuresis, la encopresis y la pseudología (una tendencia muy cercana al robo). No existe una separación neta entre estos actos delictuosos y la tendencia del niño a dar por sentado que le permitirán hacer un poco de barullo, desgastar su ropa y su calzado, lavar mal las cosas, descuidar su higiene personal y, en el caso de los bebés, ensuciar un sinnúmero de pañales.

La expresión "tendencia antisocial" puede extenderse hasta abarcar cualquier reclamo de la energía, el tiempo, la credulidad o la tolerancia maternos o parentales que exceda los límites razonables. Claro está que un mismo reclamo puede parecerle razonable a un padre e irrazonable a otro...

Puede aceptarse como un hecho que no hay una clara línea demarcatoria entre la conducta antisocial compulsiva de un individuo que reincide en el delito, en un extremo, y, en el otro, las exigencias exageradas casi normales que se les hacen a los padres en la vida diaria de cualquier hogar. Por lo general puede demostrarse que los padres que tratan a un hijo con excesiva indulgencia practican con él psicoterapia, habitualmente útil, de una tendencia antisocial del niño - salvo que lo malcríen por razones propias y no por las derivadas de las necesidades de la criatura-

Formulación teórica simplificada

En su definición más simple, la tendencia antisocial es un intento de plantear un reclamo. Normalmente se otorga lo reclamado. En psicopatología, el reclamo es una negación de que se perdió el derecho a plantear reclamos. En la conducta antisocial patológica, el niño antisocial se ve impulsado a remediar la falla olvidada y a obligar a la familia y la sociedad a hacer otro tanto. La conducta antisocial corresponde a un momento de esperanza en un niño que en otras circunstancias se siente desesperanzado. La tendencia antisocial nace de una privación; la finalidad del acto antisocial es remediar el efecto de la privación negándola. La dificultad que surge en la situación real tiene dos aspectos:

- 1) El niño ignora cuál fue la privación original.
- 2) La sociedad no está dispuesta a tener en cuenta el elemento positivo de la actividad antisocial, en parte porque le molesta verse agraviada o dañada (lo cual es muy natural), pero también porque no es consciente de este punto importante de la teoría.

Debe hacerse hincapié en que la tendencia antisocial está fundada en una privación y no en una privación. Esta última produce otro resultado: si la ración básica de ambiente facilitador es deficiente, se distorsiona el proceso de maduración y el resultado no es un defecto en el carácter, sino en la personalidad.

La etiología de la tendencia antisocial comprende un período inicial de desarrollo personal satisfactorio y una falla ulterior del ambiente facilitador, que el niño siente aunque no la aprecie intelectualmente. El niño puede conocer esta secuencia de hechos: "Me iba bastante bien; después, no pude seguir desarrollándome. Sucedió cuando vivía en... y tenía... años, y ocurrió un cambio". En condiciones especiales (p.ej., en psicoterapia) puede hacerse actual, en un niño este entendimiento basado en la memoria. Mentiríamos si dijéramos que el niño suele sostener estas ideas conscientemente, pero así sucede a veces y es común que un niño tenga un conocimiento claro de la privación en una versión posterior de la misma: por ejemplo, un período de soledad insoportable, experimentado a los 7 años de edad y asociado con la congoja ante una muerte o el ingreso en una escuela de pupilos, con el consiguiente alejamiento del hogar.

Es obvio que la privación no distorsionó la organización del yo del niño (psicosis), pero sí lo movió a obligar al ambiente a reconocer el hecho de su privación. A menos que se sienta desesperanzado, el niño siempre debe tratar de saltar hacia atrás por sobre el área de zozobra intolerable y llegar hasta el período anterior recordado, cuando él y sus padres daban por sentada su dependencia y el niño hacía a sus padres una demanda apropiada a su edad ; , a la capacidad de ellos para adaptarse a las necesidades de cada hijo.

Así pues, la tendencia antisocial puede ser una característica de los niños normales, así como de los niños de cualquier tipo o diagnóstico psiquiátrico, salvo la esquizofrenia, por cuanto el esquizofrénico vive en un estado de distorsión asociado con la privación y, por ende, no está lo bastante maduro como para padecer una privación. La personalidad paranoide encuadra muy fácilmente la tendencia antisocial dentro de la tendencia general a sentirse perseguido; de ahí la posibilidad de que contenga una superposición de dos tipos de perturbación: de la personalidad y del carácter.

La mejor forma de estudiar la tendencia antisocial es observando al niño menos enfermo, al que se siente verdaderamente perplejo al descubrir que lleva a cuentas una compulsión a robar, mentir, causar daño y provocar diversas reacciones sociales. Si esta investigación se combina con una labor terapéutica -como se debería hacer siempre-, es indispensable tomar las medidas necesarias

para establecer un diagnóstico temprano y actuar con la mayor eficacia y rapidez posibles.

De hecho, es preciso que el investigador se mantenga en contacto con una escuela o un grupo privado y que éstos le deriven los niños ante la primera manifestación de un defecto del carácter, o de síntomas que provoquen una reacción social, antes de que entre en juego el castigo. No bien se produce un forcejeo entre la tendencia antisocial y la reacción social, comienzan los beneficios secundarios y el caso en cuestión se encamina hacia ese endurecimiento que relacionamos con la delincuencia.

El detalle específico de la relación

La etapa temprana y el niño menos enfermo son especialmente adecuados para abordar esta negación, por cuanto en ambos se la puede tratar como un síntoma indicador de cierta fortaleza y organización yoicas, con la consiguiente carga positiva en la evaluación del pronóstico. El niño que no reconoce su acto antisocial es un niño acongojado que necesita ayuda y puede recibirla. Su zozobra obedece a que se siente compelido a actuar; esta compulsión de origen desconocido lo enloquece y lo induce a recibir con agrado toda comprensión y ayuda en esta etapa temprana o predelictiva.

El siguiente informe (resumido) sobre la entrevista a una adolescente esclarecerá esta idea.

El caso de una muchacha de 17 años

Le pregunté si robaba y ella me respondió: "Bueno... en una sola ocasión, cuando tenía 7 años, pasé por un período en el que agarraba constantemente los peniques y cualquier otra cosa de ese tipo que encontraba por ahí, en mi casa. Siempre me he sentido muy culpable por esto y nunca se lo he contado a nadie. En realidad es muy tonto de mi parte [guardar el secreto]. ¡Fue una falta tan pequeña!".

A esta altura de la entrevista hice una interpretación. Le dije que la dificultad radicaba en que ella no sabía realmente por qué había robado esas monedas; en otras palabras, había actuado bajo una compulsión. Le hablé del tema. Ella se mostró muy interesada y comentó: "Sé que los niños roban cuando han sido privados de algo, pero hasta ahora nunca se me había ocurrido que, por supuesto, mi problema era que tenía que robar y no sabía por qué. Lo mismo sucede con las mentiras. Verá usted, es patéticamente fácil engañar a la gente, y yo soy una estupenda actriz. No quiero decir con esto que podría actuar sobre un escenario, pero en cuanto me meto en un engaño puedo llevarlo a cabo tan bien, que nadie se da cuenta. El problema está en que a menudo son engaños compulsivos y no tienen sentido".

La entrevista psicoterapéutica

A continuación ofreceré una descripción completa y detallada de una entrevista psicoterapéutica a una niña de 8 años, traída a la consulta a causa de sus reiterados robos. (También tenía enuresis, pero este problema no excedía los límites de comprensión y tolerancia de sus padres.) El lector hallará al final de ella el ejemplo de la negación representando una disociación.

Derivación: La escuela había advertido claramente que los robos de Ada estaban causando problemas; si el síntoma persistía, la niña tendría que dejar el colegio.

Ada vivía demasiado lejos como para que yo pudiera pensar en ponerla bajo tratamiento; podría verla una sola vez, o a lo sumo algunas veces (no muchas). Por consiguiente, debería hacer todo lo posible por resolver su caso en la primera consulta terapéutica.

Este no es el lugar apropiado para describir la técnica utilizada en este tipo de consultas; no obstante, enunciaré algunos principios:

1. Para hacer este trabajo se requiere un conocimiento del psicoanálisis clásico.
2. Sin embargo, no se trata de un trabajo psicoanalítico, por cuanto se efectúa en la atmósfera subjetiva original del primer contacto. El profesional aplica esta terapia no analítica aprovechando un sueño referente al analista que el paciente puede haber tenido en la noche anterior a este primer contacto, o sea, basándose en la capacidad del paciente de tener fe en una figura comprensiva y dispuesta a ayudarlo.
3. Su intención es jugarse el todo por el todo en la primera entrevista o en las tres primeras. Si el caso requiere un trabajo adicional empieza a alterarse su naturaleza, convirtiéndose en un tratamiento psicoanalítico.
4. De hecho, la parte principal del tratamiento queda a cargo del propio hogar del niño y de sus padres, quienes requieren información y apoyo constantes. Ellos están más que dispuestos a cumplir esta tarea, si pueden hacerlo. Dicho de otro modo, los padres odian perder la responsabilidad inmediata sobre su hijo... y eso es lo que sienten cuando el niño inicia un tratamiento psicoanalítico, éste marcha bien y arrecia la neurosis de transferencia.

De esto se infiere que los niños carentes de un medio básico que los apoye, o cuyos progenitores padezcan una enfermedad mental, no pueden recibir una ayuda concreta mediante este método rápido.

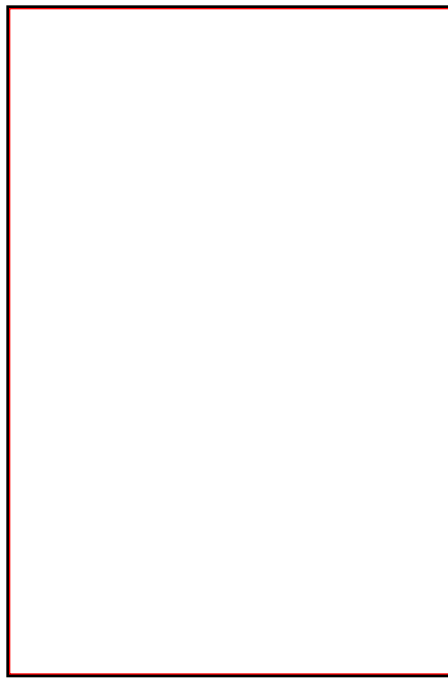
El tratamiento tiene por objeto desenganchar algo que está impidiendo el manejo del niño por sus propios padres. Debemos recordar que en la inmensa mayoría de los casos los progenitores no necesitan recibir ayuda, ni consultan a un psiquiatra, porque tienen éxito en su tratamiento del chico por medio del manejo. Ayudan a sus hijos a superar las fases de conducta difícil adoptando técnicas complejas que forman parte del cuidado parental. Lo que no pueden ni deben hacer es emprender con el niño un trabajo psicoterapéutico como éste, porque en él se llega hasta un estrato que el niño nunca ha revelado a sus padres y que pone en contacto con su inconsciente.

Entrevista: Vi a la niña sin entrevistar antes a la madre, que me la había traído. Actué así porque a esta altura del caso no me interesaba obtener un relato fiel de sus antecedentes, sino lograr que la paciente me abriera su corazón, primero lentamente, a medida que adquiriera confianza en mí, y luego en profundidad, si descubría que podía arriesgarse a hacerlo.

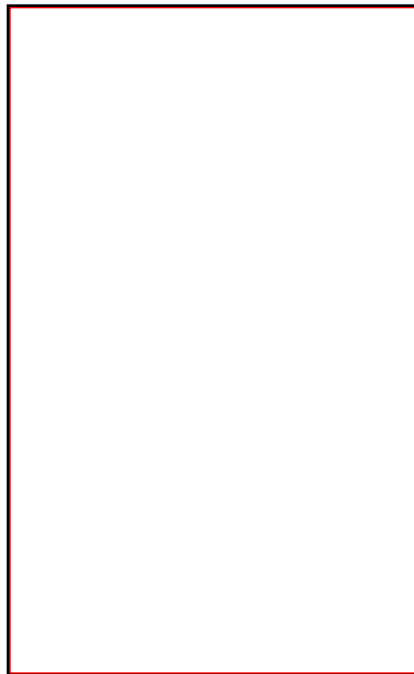
Nos sentamos ante una mesita sobre la que había dispuesto varias hojas de papel de tamaño pequeño, un lápiz negro y una caja con algunos lápices de colores.

Estaban presentes dos asistentes sociales psiquiátricos y un visitante.

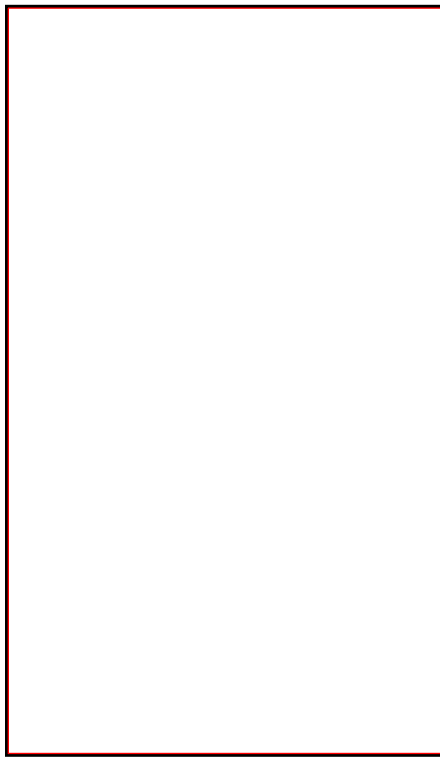
Ada respondió a mi primera pregunta diciéndome que tenía 8 años; tenía una hermana mayor de 16 años y un hermanito de 4 años y medio. Luego dijo que le gustaría dibujar, pues era "su pasatiempo favorito". Dibujó varias flores en un florero (fig. 1),



una lámpara que colgaba del techo frente a ella (fig. 2)

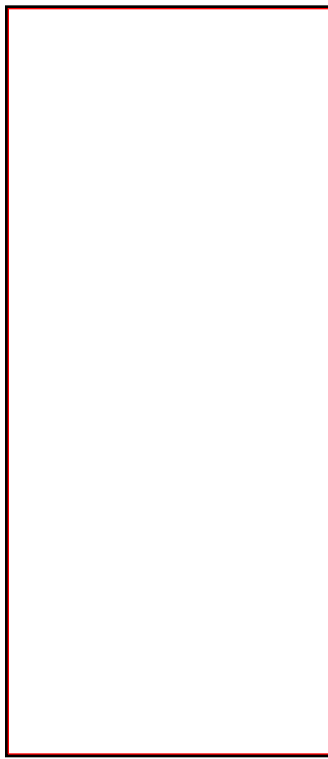


y la hamaca instalada en el patio de recreo, con el sol y algunas nubes (fig. 3; obsérvense las nubes).



Comentario: Estos tres dibujos tenían poco valor como tales y carecían de imaginación; eran figurativos. No obstante, las nubes incluidas en el tercero poseían un significado, como se verá hacia el final de la serie de figuras.

Ada dibujó luego un lápiz (fig. 4).



"¡Oh, Dios mío! -exclamó-. ¿No tiene una goma de borrar? Es cómico... algo anda mal en él". Le contesté que no tenía ninguna goma de borrar y que si estaba mal hecho podría modificarlo; así lo hizo y acotó: "Es demasiado gordo".

Comentario: Cualquier analista que lea esto ya habrá pensado en varios tipos de simbolismos y en diversas interpretaciones posibles. En este trabajo las interpretaciones son escasas y, como se verá, se reservan para los momentos significativos. Por supuesto, uno tenía en mente dos ideas: un pene erecto o el vientre de una mujer embarazada. Hice algunos comentarios pero ninguna interpretación.

A continuación dibujó una casa con sol, nubes y una planta florecida (fig. 5; obsérvense las nubes).



Le pregunté si podía dibujar una persona. Ada respondió que dibujaría a su prima (fig. 6) pero, mientras lo hacía, dijo: "No puedo dibujar manos".

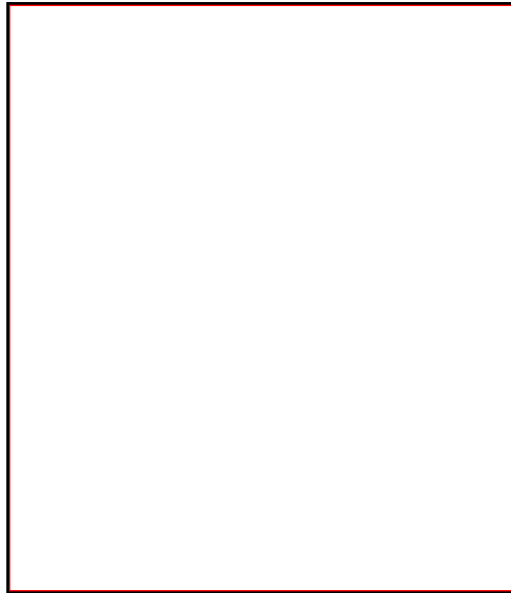


A esta altura de la sesión yo confiaba cada vez más en que saldría a relucir el tema de los robos, por lo que pude apoyarme en el "proceso" de la propia paciente. De allí en adelante, lo importante no era precisamente lo que yo dijera o no dijera, sino que me adaptara a las necesidades de la niña y no le pidiera que ella se adaptara a las mías.

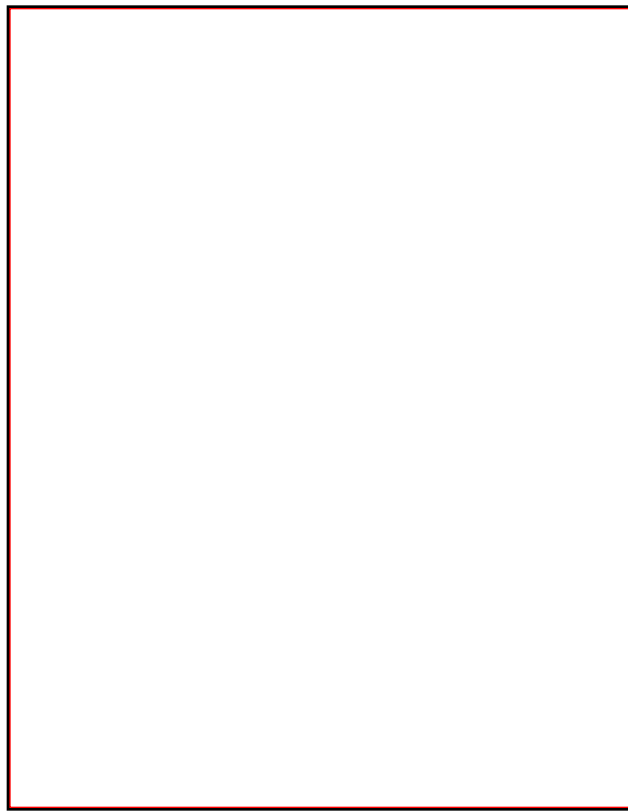
El ocultamiento de las manos podía relacionarse con el tema del robo o el de la masturbación; ambos se relacionaban entre sí, por cuanto el robo sería una actuación compulsiva de fantasías de masturbación reprimidas. (El dibujo de la prima contenía una nueva indicación de embarazo, pero este tema no adquirió significación en esta sesión. Nos habría conducido al embarazo de la madre de Ada, cuando la niña tenía 3 años.)

Ada le buscó una explicación lógica al ocultamiento de las manos, y dijo: "Está escondiendo un regalo".

"¿Puedes dibujar el regalo?", le pregunté. El obsequio era una caja conteniendo pañuelos (fig. 7).



"La caja está torcida", comentó Ada. "¿Dónde compró el regalo?", inquirí. Ella dibujó el mostrador de John Lewis, una de las principales tiendas de Londres (fig. 8; adviértase la cortina que cae en el centro del dibujo y véase la fig. 21).



Le pregunté por qué no dibujaba ala señora que compraba el regalo, con la evidente intención de poner a prueba su capacidad para dibujar manos. Ella volvió a dibujar una mujer con las manos ocultas, vista desde atrás del mostrador (fig. 9).



El lector habrá advertido que los dibujos tienen trazos más fuertes desde que la imaginación entró a participar en su concepción.

El tema de la compra y entrega de regalos formó parte de la presentación de sí misma que me estaba haciendo Ada, pero ni ella ni yo sabíamos que adquiriría importancia más adelante. Yo sabía, empero, que la idea de comprar se empleaba por lo común para encubrir la compulsión de robar y que, a menudo, la entrega de regalos es una explicación racional destinada a encubrir esa misma compulsión.

"Me gustaría mucho ver a la señora de espaldas", dije, y Ada dibujó la fig.10. La niña quedó sorprendida ante su dibujo, y exclamó: "¡Oh! Tiene brazos largos como los míos; está tanteando en busca de algo. Lleva un vestido negro de mangas largas; es el que tengo puesto. En otro tiempo perteneció a mamá".

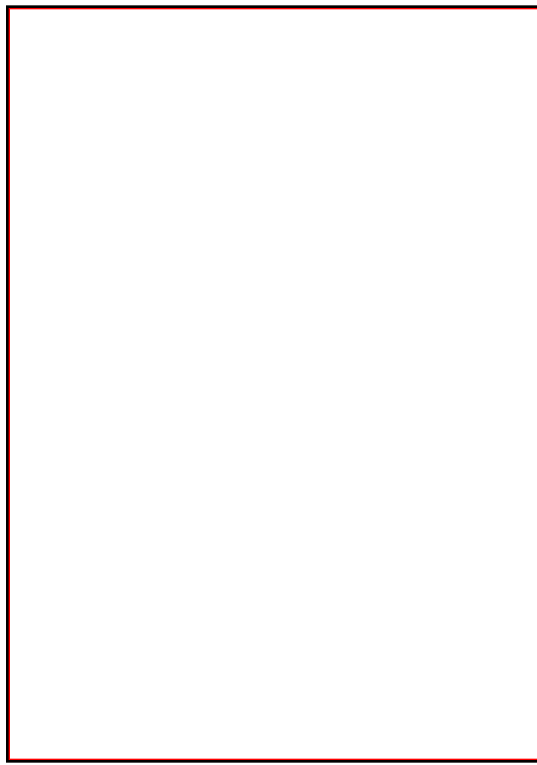
Ahora, la persona que aparecía en las figuras representaba a la misma Ada. En la fig. 10 la niña había dibujado las manos de una manera especial: los dedos me recordaban el lápiz demasiado gordo. No formulé ninguna interpretación.



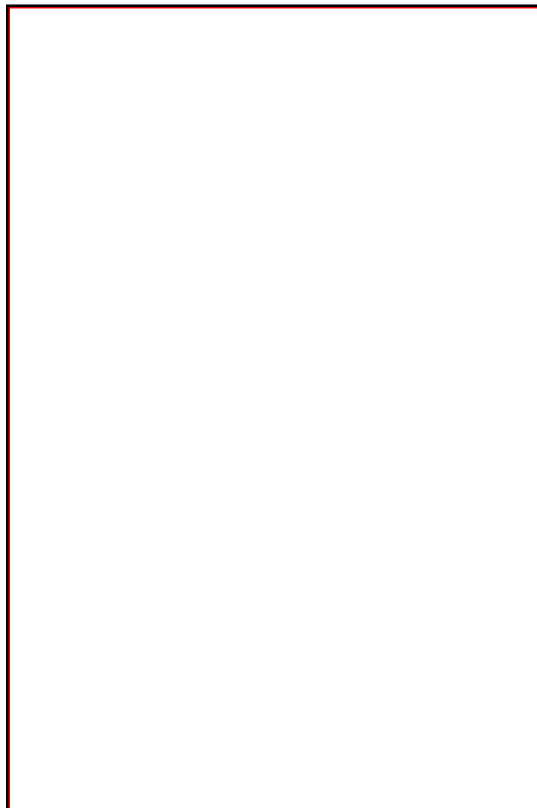
P S I K O L I B R O

Yo no sabía con certeza cómo evolucionaría la sesión; quizás, esto sería todo cuanto obtendría de Ada. Durante una pausa, la interrogué acerca de las técnicas que utilizaba para dormirse -o sea, para hacer frente al cambio del estado de vigilia al sueño-, y a las dificultades por las que pasan los niños que tienen sentimientos conflictivos con respecto a la masturbación.

"Tengo un oso muy grande", dijo Ada. Mientras lo dibujaba con cariño (fig. 11) me contó su historia.

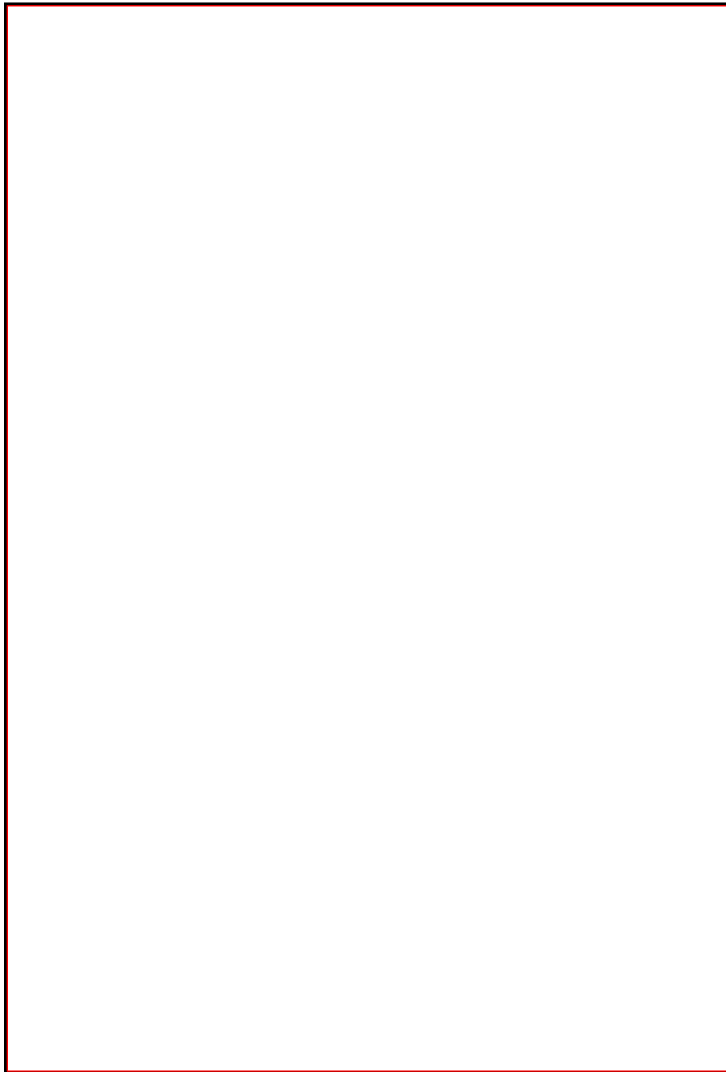


También poseía un gatito de carne y hueso, que encontraba en su cama cuando despertaba por la mañana. Me habló de su hermano, que se chupaba el pulgar, y dibujó la mano del niño con varios pulgares para chupar (fig. 12).



Obsérvense los dos objetos, parecidos a los pechos maternos, que ocupan el mismo lugar donde había nubes en dibujos anteriores. Tal vez esta figura incluía recuerdos del hermano cuando era bebé, tendido sobre el cuerpo de la madre, cerca de sus pechos. No hice ninguna interpretación.

El ritmo de nuestro trabajo conjunto decayó, como si se mantuviera en suspenso. Se diría que Ada se preguntaba inconscientemente si sería seguro (léase "ventajoso") ahondar más en el tema. Mientras se interrogaba a sí misma sin saberlo, dibujó "un alpinista orgulloso" (fig. 13).



Biblioteca D. Winnicott

El valor de la consulta terapéutica

1965

Publicado por Emanuel Miller, comp., Foundations of Child Psychiatry,
Londres, Pergamon Press, 1965.

Hay un espacio del psicoanálisis aplicado que ha llegado a interesarme cada vez más en las dos últimas décadas: el aprovechamiento de la primera entrevista, o de las primeras entrevistas.

Ante todo quiero dejar bien en claro que lo que estoy describiendo no es psicoanálisis. Cuando inicio un análisis no adopto el procedimiento aquí descrito. De todas maneras, considero que el terapeuta que se prepare a cumplir esta tarea debe familiarizarse bien con la técnica psicoanalítica clásica, y llevar hasta sus últimas consecuencias una cierta cantidad de análisis realizados mediante sesiones diarias durante años. Sólo así podrá el analista aprender lo que tiene que aprender de los pacientes, y sólo así dominará la técnica de retener las interpretaciones que tienen validez sin relevancia inmediata o urgente.

No diría que un análisis cabal es siempre mejor para un paciente que una entrevista psicoterapéutica. El tratamiento psicoanalítico a menudo deja intacta la sintomatología por un período durante el cual las repercusiones sociales pueden complicar infinitamente la cuestión; por otra parte, dicho tratamiento quizás exija apartar al niño de un hogar suficientemente bueno para trasladarlo a un medio extraño, y también sería mejor evitar esta complicación. En otros términos, hay casos en los que un rápido cambio sintomático es preferible a una cura psicoanalítica, por más que uno prefiera esta última.

Aparte de ello, hay una enorme demanda clínica de psicoterapia que no guarda ninguna relación con lo que pueden ofrecer los psicoanalistas, y por lo tanto, si existe un tipo de casos a los que una o tres visitas a un psicoanalista pueden serles útiles, ello extendería ampliamente el valor social del analista y contribuiría a justificar su necesidad de practicar análisis cabales a fin de aprender su oficio.

Es bien sabido que la primera entrevista de un psicoanálisis puede contener material que luego aparecerá para su análisis durante meses o incluso años. A los estudiantes se les aconseja tomar cuidadosa nota de las primeras entrevistas, notas que podrán usar en todas las etapas posteriores y harán posible reconstruir el análisis en función del descubrimiento de significados más sutiles y profundos en los sucesos y asociaciones libres de la primera sesión.

Lo que llamo entrevista psicoterapéutica saca máximo partido de este material, contra el cual no se

han erigido relativamente defensas. Esta tarea entraña un peligro real, pero también existe el peligro de no hacer nada en absoluto, y los riesgos provienen de la timidez o ignorancia del terapeuta más que del sentimiento del paciente de haber sido engañado.

En esta etapa de la primera entrevista el psicoterapeuta es un objeto subjetivo. Con frecuencia el niño sueña con el psiquiatra la noche anterior a la entrevista, de modo tal que en realidad el psiquiatra se amolda a una noción preconcebida del paciente. Dicho en otros términos, el paciente trae a la situación una cierta creencia, o la capacidad para creer, en una persona que lo ayude y comprenda. También trae cierta desconfianza. El terapeuta aprovecha todo eso que trae el paciente y actúa hasta el límite de las posibilidades que ofrece. El paciente se va sin haber tenido una percepción objetiva del terapeuta, y será menester una segunda visita para que éste sea objetivado y despojado de toda magia.

Hay, pues, una diferencia entre esta técnica y la del psicoanálisis: si en este último la neurosis de transferencia se va desplegando poco a poco y es utilizada para la interpretación, en la entrevista psicoterapéutica el terapeuta tiene un rol prefijado, que se basa en la pauta de expectativas del paciente. A menudo la dificultad para el terapeuta consiste en hacer todo lo que se le posibilita. Muchos pacientes, de hecho, esperan que se los comprenda de inmediato, y podría decirse que o nos amoldamos a esto, o bien tenemos que trabajar sobre la base de "psicoanálisis o nada". Por supuesto, no podremos comprender de inmediato si no somos informados, y con frecuencia el paciente se muestra dispuesto en la primera entrevista a informar al terapeuta -más aún, está ansioso por hacerlo-, suministrándole todo lo necesario para una interpretación profunda y significativa.

Suele ocurrir que un niño ya le haya suministrado todo al psicólogo que le administró un test de inteligencia, y el hecho de que el material presentado no condujo a la comprensión (pues ésta no era una de las finalidades del psicólogo) resultó traumático para el niño, fortaleciendo su desconfianza y su renuencia a dar los indicios apropiado (1). Por tal motivo, yo siempre veo antes a mis pacientes, y si es necesario derivarlos al psicólogo lo hago una vez que he dominado el caso, después de haber realizado algo significativo en la primera o las primeras entrevistas.

Diré que es común que el paciente se vaya de la primera entrevista desilusionado y sin ganas de buscar nuevamente ayuda psiquiátrica, a raíz de la falla del consultor en lo tocante al uso del material presentado. Es comparativamente raro que un paciente resulte dañado por interpretaciones equivocadas que se hicieron con el genuino propósito de utilizar lo que él presentó, obedeciendo los errores por omisión a las limitaciones propias de todo empeño humano. Aprendí esto de mis pacientes psicóticos (esquizofrénicos, fronterizos), quienes han sido notablemente tolerantes de las limitaciones de su analista en materia de comprensión, aunque al mismo tiempo podían ser a veces extremadamente intolerantes de las irregularidades en su comportamiento (su falta de confiabilidad, su desempeño desigual, su despliegue de odio inconsciente mediante reaseguramientos, su mal gusto, etc.).

Técnica

A fin de aprovechar lo más posible la primera entrevista, el terapeuta debe obrar con sumo cuidado para no complicar la situación. Deberá hacer y decir toda clase de cosas vinculadas simplemente con el hecho de que él es un ser humano, y no está allí sentado para darse ínfulas de profesional, pero pese a ello se percata del carácter sagrado de la ocasión. Y esto es válido sea cual fuere la edad del paciente.

Una niña de 2 años y medio me vino a ver cinco veces. Solicitó ver a alguien para preguntarle

acerca de un temor suyo que sus padres no podían comprender, y una vez que recibió de mí alguna ayuda insistió en seguir usándome hasta haber resuelto el problema. En cada nueva oportunidad debía reunir fuerzas para venir a la entrevista, y después de ésta, emergía relajada. Por ejemplo, la quinta vez vino (en tren) echando un ovillo sobre el regazo de su padre, chupándose el pulgar o chupándole un dedo al padre. Estaba muy tensa hasta que llegó hasta mi puerta, pero tan pronto entró a la casa se fue derecho al consultorio y retomó su posición en el piso entre los juguetes. Salió de esta entrevista (tenía a la sazón 3 años) tan contenta como siempre, y en el viaje en tren de vuelta hasta su casa mostró interés por todo lo que veía. Esa misma tarde estuvo jugando constructivamente y con gran satisfacción. Poda noche hizo un comentario oportuno respecto de lo que habíamos trabajado en la sesión.

Su reacción fue la misma que la de un niño luego de ciertas sesiones analíticas, aunque en cierto sentido había más cosas en juego debido a la distancia desde su hogar hasta mi casa, a la cual hizo referencia de hecho en la entrevista.

Un niño de 6 años, con C.I. relativamente bajo, cuyo atraso era secundario a una psicosis infantil, acudió a su primera y única entrevista en un estado de aprensión. La madre me escribió luego: "Quería saber, naturalmente, adónde íbamos, y tuvimos que darle una respuesta bien clara teniendo en cuenta su experiencia a los 4 años, cuando lo operaron de la garganta. Yo no sabía bien qué decirle, de modo que mencioné algo sobre el aprendizaje escolar y su costumbre de chuparse los dedos, que a veces se volvía molesta. De todas maneras, después de la entrevista con usted mencionó que no le había preguntado nada de eso. Parecía pensar que yo lo había engañado un poco... Cuando volvió a preguntar por qué no habíamos llevado a los otros hermanos a visitarlo a usted, le respondí que usted era un amigo y que pensamos que a él le iba a gustar conocerlo, y si lo llevamos sólo a él fue porque era nuestro varoncito mayor. Esta contestación lo dejó satisfecho. Esa mañana había manifestado mucha ansiedad por ir a verlo a usted directamente, sin perder tiempo en hacer compras primero, como le habíamos propuesto".

Este niño hizo un uso significativo de la entrevista y salió "encantado", y hasta se puso celoso de sus padres cuando debieron venir a verme unas semanas más tarde.

Es oportuno preparar a los padres de antemano, tal vez por teléfono, diciéndoles que probablemente lo mejor para el niño es que sea atendido él en primer lugar. Lo cierto es que quizás haya que dejar de lado a la madre o al padre en esta primera ocasión. El paciente tiene derecho a serlo, y si el progenitor no está dispuesto a cooperar con este esquema, uno deberá contemplar la posibilidad de que el enfermo sea el progenitor y no el niño. Si el paciente es el progenitor, entonces deberá atenderse primero a él, en cuyo caso lo mejor es no hacer nada con el niño, para evitar despertar esperanzas que no pueden ser satisfechas luego.

Es axiomático que si se proporciona un encuadre profesional correcto, el paciente, o sea el niño (o adulto) que sufre la desazón, traerá su desazón a la entrevista de un modo u otro. La motivación tiene determinantes muy profundos. Tal vez se manifieste desconfianza, o confianza exagerada, o bien se establezca pronto una relación confiable y al poco rato aparezcan las confidencias. Cualquier cosa puede suceder: lo significativo es eso que sucede.

Un niño de 8 años mantuvo conmigo una entrevista riquísima; trabajamos duro y pude brindarle ayuda sobre la base de los indicios que me ofreció. En la segunda entrevista no pasó nada en absoluto. Dejé que transcurriera la hora completa, y todo lo que dije fue esto: "No sé qué es lo que anda pasando, pero lo que sí sé es que tienes razón en controlarme. La última vez me ayudaste a ayudarte; esta vez nada puedo hacer". Y nos separamos.

Esa noche, mientras se bañaba, el chico le comentó a su madre, como al pasar, que un hombre había tratado de violarlo en el parque. La madre le preguntó: "¿Se lo contaste al Dr. Winnicott?", y el replicó: "¡No!", en tono de sorpresa, como si no hubiera imaginado que eso podría ser importante.

En realidad, me lo había comunicado mejor a través de su desconfianza y manteniéndome bajo su control.

Al día siguiente lo atendí como cuestión de emergencia, y volvimos a tener otra entrevista muy recompensadora, en la cual me informó sobre el incidente y sus propios anhelos homosexuales imaginarios, basados en una relativa deprivación paterna.

Lo que interesa de todo esto es que el niño se comunicó haciendo que no pasara nada, y yo acepté dicha comunicación.

No hay ninguna consigna técnica precisa para darle al terapeuta, ya que debe estar en libertad de adoptar cualquier técnica que sea apropiada al caso. El principio fundamental es brindar un encuadre humano, y que el terapeuta, aunque es libre de actuar según le parezca, no deforme el curso de los acontecimientos haciendo o no haciendo cosas llevado por la angustia o la culpa, o por su necesidad de tener éxito. El picnic le pertenece al paciente, y que el día sea lindo o feo es cosa de él. Lo es también el final de la entrevista, salvo cuando ésta carece de toda estructura a raíz de la falta de estructura en la personalidad del paciente o en su modo de relacionarse con los objetos, en cuyo caso esta falta de estructuración es, a su vez, comunicada.

Cualquier estudioso de mi técnica personal debería investigar cómo me conduje en una larga serie de casos, y entonces comprobaría que lo que hice en cada uno fue propio de ese caso en particular. Confío en que después de un amplio examen de mis casos, el único rasgo fijo que se observe sea la libertad con que usé mi conocimiento y experiencia para atender la necesidad de cada paciente particular, tal como se la desplegaba en la sesión que se describe.

Una advertencia más: es preciso llevar a cabo este trabajo en un marco más amplio, donde haya oportunidad para trasladar el caso a otra categoría de la psiquiatría infantil. No es necesario para ningún caso que uno falle (salvo que uno carezca de la indispensable comprensión, en cuya circunstancia no hay necesidad de autocrítica). Si la entrevista psicoterapéutica resulta inadecuada aunque responda al lema "¿Cuán poco necesitamos hacer en este caso?", puede ponerse en marcha un mecanismo más complejo, haciendo intervenir todo el sistema de manejo psiquiátrico del niño.

No obstante, no es sensato pensar en el psicoanálisis para los casos en que la entrevista psicoterapéutica, con su objetivo limitado, no tiene éxito; si hay probabilidades de que el psicoanálisis sea efectivamente propuesto, es mejor trabajar desde el principio sobre la base de que se instará al paciente a que lo inicie. La razón de ello es que un uso muy poderoso de la primera entrevista tiende a dificultar las etapas iniciales de un análisis clásico, en especial si éste va a estar a cargo de otra persona, distinta del consultor que, en su afán de establecer un diagnóstico, caló profundo rápidamente en la primera entrevista.

Resumen

1. Una entrevista diagnóstica tiene que ser forzosamente terapéutica, dado que uno de los principales criterios de diagnóstico es la respuesta que indica el grado de rigidez, o la relativa falta de rigidez, de la organización defensiva. Sin este indicador adicional para evaluar la personalidad del paciente, el cuadro clínico global puede ser engañoso.
2. Se brinda un encuadre humano, al cual el paciente lleva, y en el cual despliega, sus tensiones y su estrés inmediatos.

3. El psiquiatra es un objeto subjetivo, el uso que se da a la entrevista representa la capacidad del paciente para creer en personas significativas si el psiquiatra no interfiere en la pauta de la entrevista.

4. El psiquiatra debe contar con una formación y una experiencia basadas en tratamientos prolongados, donde el trabajo se realiza sobre el material transferencial tal como va surgiendo gradualmente, permitiendo la percepción objetiva del analista por parte del paciente.

5. En este trabajo, la interpretación se reserva para el momento significativo, tras lo cual el analista brinda tanta comprensión como esté en sus manos hacerlo. El hecho de que el paciente haya producido el material específicamente para ser interpretado otorga confianza al terapeuta en cuanto a la necesidad de la interpretación, y lo lleva a considerar más peligroso no interpretar que interpretar. El peligro es que el paciente vea ratificada su creencia de que nadie comprende y nadie quiere comprender.

6. Esta no es una manera "silvestre" de interpretar, pero incluso una interpretación silvestre pues transmitir el deseo de comprender.

Una niña de 10 años me confesó: "No importa si algunas de las cosas que usted me dice están equivocadas, porque yo sé cuáles son las equivocadas y cuáles las correctas", y un poco más adelante, en el mismo tratamiento, agregó: "Si yo fuera usted, no seguiría tratando de adivinar", con lo cual me quería decir que era capaz de tolerar que yo no supiera.

(Este artículo incluyó originalmente una descripción del caso de "Ashton", Caso 9 en Therapeutic Consultations in Child Psychiatry, Londres, Hogarth Press; Nueva York, Basic Books, 1971.)

(1) Esto se aplica especialmente a los TAT en que el paciente ha alcanzado ciertas ideas, temores o estados imprevistos. -D.W.W.

Biblioteca D. Winnicott

La contribución de la madre a la sociedad

(Postscriptum a la primera compilación de charlas radiofónicas del doctor Winnicott, publicada bajo el título [The Child and the Family](#), en 1957) (1)

Supongo que todo el mundo tiene un interés fundamental en la vida, un profundo y poderoso impulso hacia algo. Si se vive lo suficiente como para que sea posible mirar hacia atrás, se puede distinguir una apremiante tendencia que ha integrado las diversas y variadas actividades de la propia vida privada y la propia carrera profesional.

En mi caso, puedo ya percibir qué importante papel ha desempeñado en mi trabajo el anhelo de encontrar y apreciar a la buena madre corriente. Sé que la importancia del padre no es menor y, sin duda, el interés por la tarea materna incluye un interés por el padre y por el papel vital que desempeña en el cuidado de los hijos. Pero yo he experimentado la profunda necesidad de hablar a las madres.

Tengo la impresión de que algo falta en la sociedad humana. Los niños crecen y se convierten, a su vez, en padres y madres, pero, en general, nunca llegan a saber y a reconocer exactamente qué hicieron sus madres por ellos en el comienzo. El motivo es que el papel de la madre ha empezado a percibirse hace muy poco. Pero quisiera poner algo en claro: hay ciertas cosas que de ningún modo ha sido mi intención dar a entender.

No he querido decir que los niños deban agradecer a sus padres por haberlos concebido; sin duda, pueden confiar en que su llegada significó una cuestión de placer y satisfacción mutuos. Es evidente que los padres no pueden esperar agradecimiento por la existencia de un hijo: los bebés no piden nacer.

Hay otras cosas que no he querido dar a entender. Por ejemplo, no afirmo que los hijos tengan obligación para con sus padres por su cooperación en la tarea de mantener un hogar y resolver los asuntos familiares, si bien es posible que pueda surgir un sentimiento de gratitud. Los padres normales forman un hogar y se mantienen unidos, con lo cual proporcionan la ración básica de cuidado infantil y aseguran un marco dentro del que cada niño puede gradualmente encontrarse a sí mismo y al mundo, y establecer una relación activa entre ambos. Pero los padres no esperan agradecimiento por esto; obtienen sus recompensas a su modo, y antes que gratitud prefieren ver a sus hijos crecer y convertirse, a su vez, en padres y constructores de hogares. Las cosas podrían enfocarse desde el ángulo opuesto. Los hijos tienen derecho a acusar a sus padres cuando, después de traerlos al mundo, no les proporcionan la debida iniciación en la vida.

En los últimos cincuenta años, el valor del hogar se ha ido reconociendo cada vez más. Los efectos de los malos hogares hicieron inevitable tal valoración. Conocemos algunas de las razones por las cuales esta larga y agotadora tarea, la de criar hijos, es digna de realizarse y, de hecho, creemos que proporciona la única base real para la sociedad y la única fuente para la tendencia democrática en el sistema social de un país.

Pero el hogar es responsabilidad de los padres, no del niño. Quiero destacar particularmente que no le pido a nadie que manifieste gratitud. Lo que me interesa en especial no es el momento de la concepción ni el de la formación de un hogar. Lo que me preocupa es la relación de la madre con su bebé poco antes del nacimiento

y en las primeras semanas y meses posteriores a éste. Quiero llamar la atención hacia la inmensa contribución al individuo y a la sociedad que la madre buena corriente, con el apoyo de su esposo, hace al comienzo, y ello simplemente a causa de su devoción por su hijo.

¿Es la inmensidad misma de la contribución que hace la madre devota lo que impide su reconocimiento? Si tal contribución se acepta, ello implica que todo individuo sano, todo individuo que se siente una persona en el mundo y para quien el mundo significa algo, toda persona feliz, tiene una deuda infinita con una mujer. En la época en que, como bebé, esa persona nada sabía acerca de la dependencia, había una dependencia absoluta.

Permítaseme destacar una vez más que el resultado de tal reconocimiento no será gratitud, y ni siquiera alabanza; el resultado será una disminución del temor. Si nuestra sociedad se demora en conocer plenamente esa dependencia que constituye un hecho histórico en la etapa inicial de desarrollo de todo individuo, se mantendrá un obstáculo tanto para el progreso como para la regresión, un obstáculo basado en el miedo. Si no hay un verdadero reconocimiento del papel de la madre, quedará siempre un vago temor a la dependencia. Ese temor asumirá a veces la forma del temor a las mujeres o a una mujer en particular, y otras veces formas más difíciles de reconocer, pero que siempre incluyen el miedo a la dominación.

Por desgracia, el temor a la dominación no mueve a los grupos humanos a evitarla; por el contrario, los impulsa hacia una dominación específica o elegida. Sin duda, si se estudiara la psicología del dictador se encontraría por cierto que, en su propia lucha personal, el dictador trata de controlar a la mujer cuyo dominio teme inconscientemente, de controlarla circundándola, actuando por ella y exigiendo, a su vez, total sometimiento y "amor".

Muchos estudiosos de la historia social han creído ver en el temor a las mujeres una poderosa causa de la conducta aparentemente ilógica de los seres humanos que forman grupos, pero pocas veces se ha rastreado ese temor hasta sus raíces. Si se lo hiciera en la historia de cada individuo, se vería que el temor a las mujeres es el temor a reconocer el hecho de la dependencia. Por lo tanto, existen sólidos motivos sociales para alentar la investigación de las más tempranas etapas en la relación madre-hijo. Por mi parte, me he visto impulsado a averiguar todo lo posible acerca del significado de la palabra "devoción" y a hacer un reconocimiento plenamente informado y sentido a mi propia madre. En este caso la posición del hombre es más difícil que la de la mujer, pues no puede reconciliarse con la madre convirtiéndose, a su vez, en madre. No tiene otra alternativa que llegar tan lejos como pueda en una toma de conciencia de la tarea realizada por su madre. El desarrollo de rasgos maternos como parte de su carácter no va demasiado lejos y la feminidad en un hombre resulta ser un desvío de los principales aspectos.

Para el hombre que debe encarar este problema, una de las soluciones consiste en tomar parte en un estudio objetivo del papel de la madre, en especial del papel que desempeña al comienzo.

En la actualidad suele negarse la importancia de la madre en las primeras etapas de la vida del niño, y se afirma, en cambio, que en ese período sólo se necesita una técnica del cuidado corporal, por lo cual una buena niñera resulta igualmente eficaz.

Incluso existen madres (espero que no en este país) a quienes se les dice que deben encargarse del cuidado de sus hijos, lo cual significa la negación extrema de que esa actitud surja naturalmente del hecho de ser madre. Con frecuencia ocurre que, poco antes de que se alcance la comprensión de algún problema, hay una etapa de negación, ceguera o de no querer ver deliberadamente, tal como el mar se aparta de la arena antes de arrojar sobre ella la ola atronadora.

La pulcritud administrativa, los dictados de la higiene, un loable fomento de la salud corporal, y muchos otros factores de este tipo, se interponen entre la madre y el bebé, y es muy improbable que las madres mismas decidan unir sus esfuerzos para protestar contra toda intervención. Alguien debe ayudar a las madres jóvenes que tienen a su primero o segundo bebé y que necesariamente se hallan también en una situación de dependencia. Hay que suponer que ninguna madre de un recién nacido se declarará en huelga contra médicos y

enfermeras, por frustrada que se sienta, porque su actitud es muy distinta.

Aunque muchos de mis ensayos y mis charlas radiofónicas están dirigidos a las madres, no es probable que las madres jóvenes, a quienes más atañen, los lean o los escuchen. No deseo alterar esa situación. No puedo suponer que las madres jóvenes necesiten saber qué es lo que hacen cuando descubren que gozan cuidando de sus propios hijos. Como es natural, temen que los textos informativos puedan arruinar ese placer y su experiencia creadora, el elemento esencial para la satisfacción y el crecimiento. La madre joven necesita protección e información, y el asesoramiento que la ciencia médica esté en condiciones de ofrecerle acerca del cuidado corporal y la prevención de accidentes evitables. Necesita un médico y una enfermera conocidos y dignos de confianza. Necesita, asimismo, el amor de un marido y experiencias sexuales satisfactorias. No; la madre joven no suele aprender de los libros. No obstante, he mantenido la forma de una charla dirigida a las madres jóvenes porque ello obliga a una disciplina. Quien escribe sobre la naturaleza humana necesita algo que lo impulse constantemente hacia un lenguaje simple y lo aparte de la jerga del psicólogo, por valiosa que ésta pueda ser en las contribuciones a las revistas científicas.

Es probable que quienes hayan pasado ya por la experiencia de la maternidad y que, por lo tanto, pueden permitirse echar una mirada retrospectiva, sientan interés por leer lo dicho en esta forma y puedan ayudar en lo que tanto se necesita actualmente, es decir, proporcionar apoyo moral a la madre buena corriente, educada o no, inteligente o limitada, rica o pobre, y protegerla de todos y de todo lo que se interponga entre ella y su bebé. Uniremos fuerzas al hacer que la relación emocional entre la madre y su bebé comience y se desarrolle naturalmente. Esta tarea colectiva significa una extensión del papel del padre, de su papel al comienzo, cuando su esposa gesta, da a luz y amamanta a su hijo, antes de que el niño pueda necesitar de él en otros sentidos.

NOTAS:

(1) Trad. cast.: Conozca a su niño, Buenos Aires, Paidós, 41 ed., 1993.

Biblioteca D. Winnicott

Crecimiento y desarrollo en la inmadurez

(1950)

Quiero advertir al lector que soy producto de la escuela freudiana o psicoanalítica. Ello no significa que acepto ciegamente todo lo que Freud dijo o escribió, lo cual sería absurdo ya que Freud desarrolló, esto es, modificó, sus puntos de vista (en forma ordenada, como cualquier otro científico) ininterrumpidamente hasta su muerte en 1939.

En realidad, algunas de las conclusiones de Freud son erróneas, tanto en mi opinión como en la de muchos otros analistas, pero eso no tiene la menor importancia. Lo esencial es que con Freud se inicia una actitud científica en el estudio del desarrollo humano; superó la resistencia a examinar abiertamente las cuestiones de índole sexual, sobre todo la sexualidad infantil, y aceptó los instintos como algo básico y digno de estudio; nos dio un método, susceptible de ser aprendido, para que lo usáramos y lo desarrolláramos, y para que se empleara como instrumento destinado a verificar las observaciones de otros y a contribuir con las nuestras; demostró la existencia del inconsciente reprimido y los efectos del conflicto inconsciente; insistió en que se reconociera plenamente la realidad psíquica (lo que es verdadero para el individuo al margen de lo que es real); intentó audazmente formular teorías sobre los procesos mentales, algunas de las cuales gozan hoy de aceptación general.

De todo esto se desprende algo importante para nuestros fines. Cada individuo nace, se desarrolla y madura; no hay madurez adulta al margen del desarrollo previo, que es sumamente complejo, y continúa ininterrumpidamente desde el nacimiento, o incluso antes, hasta la vejez. No podemos permitirnos pasar nada por alto, ni siquiera los acontecimientos de la más temprana infancia.

Aquí debemos detenernos para meditar acerca de las metas en nuestra tarea. Nos interesa ofrecer un medio que resulte adecuado a la edad del niño en cuestión que permita a cada individuo, en forma gradual y personal, transformarse en una persona capaz de ocupar un lugar en la comunidad sin perder su individualidad. No queremos que los niños a nuestro cuidado se conviertan en personas que pertenecen a una categoría extrema: que participan en la comunidad, pero cuyas vidas privadas son insatisfactorias, de modo que no tienen la sensación de un self en funcionamiento, o que satisfacen sus propias necesidades personales pero a costa de sus relaciones con la sociedad, o quizás recurriendo a la conducta antisocial o a la insanía. Sabemos que las personas pertenecientes a cualquiera de estas dos categorías son desgraciadas y sufren. Para algunos de ellos, su única forma de expresión es el suicidio. Alguien les ha fallado o algo en el medio circundante no respondió a sus necesidades en las etapas previas, y después ya es demasiado tarde para solucionar las cosas.

Volviendo al tema de los niños pequeños, ocurre que cuando los complacemos y permitimos que se diviertan de acuerdo con su edad, lo hacemos realmente con una finalidad, a saber, posibilitar el crecimiento final de cada niño hasta el estado adulto que colectivamente se denomina democracia. Con todo, sabemos cuán importante es no colocar a los niños en situaciones demasiado complejas para ellos y, asimismo, cuán inútil es "enseñar" democracia como si ello no implicara capacitar a los individuos para crecer, para madurar, para convertirse en la materia prima de la democracia (1).

Quisiera mencionar aquí algunos de los equivalentes tempranos de lo que más tarde, en circunstancias favorables, puede llegar a convertirse en el material para la democracia. No me referiré al manejo de niños mayores, a los que se le permite formar parte de clubes y diversas instituciones adecuadas a sus edad. En una etapa más temprana, sin embargo, ya encontramos el germen de todo esto en el hecho de permitir que los niños se hagan cargo temporariamente de algunas funciones comunitarias. No cabe esperar que los niños muy pequeños manejen sus propios grupos, pero sí que haya momentos en los que quizás deseen jugar a ser líderes. Y el juego es, a la vez, serio y divertido.

A veces, una hermana mayor se ve forzada a hacer de madre, cargando con una enorme responsabilidad que excede a su corta edad, y vemos cómo esa tarea, bien desempeñada, va agotando la espontaneidad de la niña y el sentimiento de sus propios derechos, esto es algo inevitable, pero por lo común, a cualquier niño le gusta ser la persona responsable durante períodos limitados de tiempo, sobre todo cuando es una idea que surge del niño mismo, en lugar de serle impuesta por nosotros. Pero, gradualmente, los niños van adquiriendo la capacidad de identificarse con nosotros y de aceptar así nuestras exigencias razonables sin que ello perjudique demasiado su sentido del self y de sus derechos.

¿Acaso no observamos algo de todo esto en la evolución de los dibujos infantiles? Al principio sólo son borrones y garabatos. Luego el niño quiere expresar algo en sus garabatos, pero no podemos descubrir qué significa a menos que él mismo nos lo diga. El niño ve alguna cosa y todas las cosas en los trazos que hace. Quizás la línea sobrepase el borde de la página, y eso equivalga a mojarse en la cama, o algún accidente real (volcar una taza de té, por ejemplo) que fue agradable para el niño aunque molesto para el adulto. Luego aparece quizás un círculo tosco, y el niño dice "pato". Ahora ha comenzado a expresar algo más que el placer de la experiencia instintiva: algo se ha ganado, en nombre de lo cual el niño está dispuesto a renunciar a una parte del placer de tipo instintivo más directo. Muy pronto, demasiado pronto, el niño coloca brazos y piernas alrededor del círculo y ojos en su interior, y nosotros decimos Humpty-dumpty. Todos nos reímos, y ya la expresión directa está muy lejos y ahora se trata de un dibujo. Pero también aquí se ha ganado algo, debido a la naturaleza constructiva de lo que el niño hace, algo que una persona que está cerca del niño y es objeto de su amor reconoce como tal, y también porque se ha descubierto una nueva forma de comunicación que es mejor que el lenguaje. El niño no tarda en empezar a dibujar todo lo que ve; el tamaño y la forma de la página determinan la ubicación de los objetos dibujados. Luego se advierte un equilibrio de objetos y de movimientos, y una sutil interrelación entre todas las proporciones relativas. Durante un breve período, el niño es un artista y, más importante aún, ha demostrado una creciente capacidad para conservar la espontaneidad al tiempo que respeta la forma y todos los otros controles. Esta es la idea democrática en miniatura. Todavía no parece tener demasiada consistencia, es algo débil y frágil, ya que depende de la persona que está en relación con el niño que dibuja. Más tarde, este vínculo tan personal se rompe, y ello es necesario a fin de que el niño, que quizás llegará a ser un artista o, más probablemente, un ciudadano común, pueda poseer en su interior a esta persona con respecto a la cual se manifestó con tanta riqueza esa habilidad artística.

Todo esto nos hace retroceder cada vez más. En términos ambientales, ello significa una actitud más y más personal y también que quien establece ese contacto personal con el niño tiene que ser cada vez más digno de confianza.

Cuanto más pequeño es el niño, más confiable debe ser la persona desde el punto de vista de aquél. Sabemos que en estos casos, sólo su amor por el niño permite a la persona ser bastante confiable. Si amamos a un niño y mantenemos con él una relación ininterrumpida, va hemos ganado la mitad de la batalla. Pero retrocedamos todavía un poco más; ahora es necesario usar palabras aún más fuertes. Creo que durante el período relativamente breve de los primeros meses de vida, la palabra "devoción" es la que necesitamos. No empleo términos como "inteligente", "instruido", "bien educado", aunque no los desprecio; pero sólo una madre devota puede comprender las necesidades de un niño. Tal como veo las cosas, el niño necesita desde el comienzo un grado de adaptación activa a sus necesidades que sólo una persona devota puede ofrecerle. Evidentemente, la madre es la persona en la que esa devoción surge naturalmente, y aunque se puede demostrar que los niños no conocen a sus madres hasta tener unos meses de vida, debemos suponer que la madre conoce a su hijo.

La educación de los padres

Es posible que aquí se me hagan algunas críticas. El lector podría decir: "Pero, usted da por sentado que las madres son normales, y olvida que muchas son neuróticas v, en algunos casos, casi insanas". "Muchas lo pasan muy mal, y desplazan sus frustraciones sexuales a sus hijos mostrándose irritables o de maneras más directas." "Es absurdo decir que las madres actúan con naturalidad, o las enfermeras o las maestras. A toda ellas es necesario enseñarles."

Estoy de completo acuerdo, pero pienso que cuando se trata de personas neuróticas o casi insanas (y muchas lo son), es imposible enseñarles nada. Nuestra esperanza radica en quienes son más o menos normales. En nuestra labor clínica debemos tratar las anormalidades y manejarlos en términos de enfermedad, pero en el trato con madres y niños corrientes, y en la enseñanza a niños grandes y pequeños, debemos tener como criterio de orientación la normalidad o la salud. Y las madres sanas pueden enseñarnos mucho.

¿Estamos completamente seguros de que los médicos y las enfermeras que tan hábilmente cuidan de las madres en las clínicas prenatales en las salas de maternidad y en las de clínicas de ayuda social realmente dejan actuar a la madre sana corriente? Las cosas han mejorado mucho en los últimos años. Ahora no es tan raro que en las maternidades se permita a los recién nacidos permanecer junto a la madre. No necesito describir la espantosa alternativa que todos conocemos, es decir, el niño que permanece en la nursery, excepto a la hora de comer, cuando lo ponen al pecho de una mujer desconcertada e incluso atemorizada. Asimismo, y en gran parte debido a la labor de Bowlby y Robertson (2), ahora hay mayor tendencia a permitir que los padres se mantengan en contacto con los hijos cuando se hace necesario internarlos en un hospital.

Lo cierto es que médicos y enfermeras deben reconocer que sólo son expertos en un cierto sentido. En lo que respecta al comienzo de una relación emocional entre la madre y el bebé (de la cual la relación alimentaria sólo constituye un aspecto), la madre corriente no sólo es la verdadera experta, sino también la única persona que puede saber cómo se debe obrar con ese bebé en particular. Y hay un motivo para ello: su devoción, la única motivación realmente eficaz.

Cuando intentamos aplicar estas consideraciones a algo tan complejo como la nursery school, podemos decir, simplificando mucho las cosas, que en cualquiera de ellas, como en todas las escuelas hay dos clases de niños: los que tienen padres que se han manejado bien y lo siguen haciendo; son criaturas sumamente gratificadoras, capaces de manifestar v enfrentar toda clase de sentimientos; y los niños cuyos padres han fracasado, aunque no necesariamente por su culpa. Puede tratarse de un error del médico o de una enfermera, o bien de circunstancias fortuitas, como un serio ataque de tos convulsa, o quizás de la nefasta intervención de allegados, llenos de buenas intenciones. En la época de la nursery school, estos niños requieren una adaptación activa a necesidades que, en realidad, corresponden a las primeras semanas y meses de vida, y pueden esperarla de personas que no son sus verdaderos padres. La adaptación activa tardía recibe el nombre de "mal crianza", y se critica a quienes malcrían a un niño. Además, dado que esta adaptación, activa a las necesidades llega demasiado tarde, los niños no pueden aprovecharla adecuadamente o bien precisan excesivamente de ella y durante un largo período. Así, la persona que está en condiciones de proporcionarla puede encontrarse en una situación muy difícil, porque el niño desarrolla a veces una dependencia que resulta difícil superar.

Lo cierto es que todas las escuelas deberían venir por triplicado:

- a) Para los niños de la primera clase descrita, que pueden enriquecerse con lo que se les ofrece y contribuir y beneficiarse a través de su contribución.
- b) Para los niños que necesitan recibir de los maestros lo que su hogar no ha logrado darles, esto es, psicoterapia más que enseñanza.

c) Para los niños que están entre estas dos categorías.

El niño "in vivo"

Quisiera ir al fondo de este problema y describir al bebé en términos del desarrollo del niño "in vivo".

En primer lugar, conviene simplificar las cosas distinguiendo el estado excitado del no excitado. El primero implica, evidentemente, la intervención de los instintos. Como sabemos, todo funcionamiento corporal tiene su elaboración imaginativa, de modo que los conflictos que surgen con respecto a las ideas implican inhibiciones y dificultades a nivel corporal; aquí, crecer significa no sólo pasar de una etapa a otra a medida que aumenta la edad, sino también el manejo de cada etapa a medida que se la alcanza, sin una pérdida excesiva de las raíces instintivas del sentimiento. Sin embargo, es precisamente en estas etapas tempranas del desarrollo instintivo, cuando represiones intensas comienzan a mutilar la vida de muchos individuos. ¡Cuán necesarias son, entonces, para el niño, la estabilidad y continuidad del medio, en sus aspectos físicos y emocionales!

Aunque es precisamente aquí donde aparecen las principales fuerzas de la psicología dinámica, creo que no necesito reiterar estos puntos. La obra de Freud, que ha versado principalmente sobre estos fenómenos vitales, es hoy día ampliamente conocida, en particular por quienes se dedican a la psicología infantil.

Los diversos impulsos instintivos que despedazan, poco más o menos al niño debido a su intensidad, se desarrollan de acuerdo con una progresión natural. Al principio, la boca y todos los mecanismos de ingestión, incluyendo la prensión manual, constituyen la base para la fantasía que aparece en el momento más alto de la excitación. Más tarde, los fenómenos de la excreción y también lo que sucede en el interior del cuerpo proporcionan el material para la fantasía excitada. Con el correr del tiempo, aparece un tipo genital de excitación, que llega a dominar la vida del niño entre los dos y los cinco años de edad.

La progresión natural de estas diversas clases de ideas excitadas y organizaciones de la excitación no suele ser clara y simple, porque en todas las etapas surgen conflictos, hecho que ni el mejor de los manejos puede modificar. Un buen manejo consiste más bien en proporcionar condiciones estables en las que el niño pueda elaborar lo que es específico en su caso.

Naturalmente, las ideas correspondientes a los momentos de excitación constituyen la base del juego y los sueños. En el juego, la excitación es de un tipo especial, y aquél se ve perjudicada cuando las necesidades instintivas directas pasan al primer plano. Sólo gradualmente los niños llegan a manejar estas cuestiones. De hecho, todos los adultos saben con qué facilidad la inoportuna aparición de la excitación corporal puede arruinar los placeres de la vida, y parte de la técnica de vivir consiste en evitar las excitaciones corporales que no pueden alcanzar una culminación inmediata. Naturalmente, esto les resulta más fácil a las personas cuya vida instintiva es satisfactoria que a quienes no pueden evitar un alto grado de frustración en las relaciones sexuales.

Por fortuna, mientras los niños van descubriendo la existencia de estas dificultades, pueden alcanzar culminaciones satisfactorias de muy diversas maneras, todas ellas características de la infancia. Por ejemplo, la comida es muy importante en este sentido, y también lo es dormir. Defecar y orinar pueden constituir experiencias muy satisfactorias, y lo mismo ocurre con una pelea o una paliza. No obstante, en toda infancia hay síntomas múltiples que reflejan con toda claridad lo que se conoce como "estar emperifollado y no tener dónde ir". Es decir, estar excitado pero carecer de la capacidad para alcanzar una culminación (accesos de cólera, etc.). Estas cosas no son necesariamente anormales.

Numerosas personas saben mucho acerca de todo esto, pero quizás ignoren algunos de los resultados más indirectos de la experiencia instintiva. Me refiero ahora a la forma en que la personalidad se enriquece a través de las experiencias satisfactorias e insatisfactorias.

Resulta útil postular aquí una temprana etapa despiadada, a fin de destacar el hecho de que, al principio; las ideas excitadas y sumamente destructivas que pertenecen a la experiencia instintiva están dirigidas contra el pecho materno, sin ninguna culpa. En los casos de desarrollo sano, sin embargo, el niño no tarda en darse cuenta de que aquello que ataca tan cruelmente en la fantasía es lo mismo que ama y necesita. La etapa despiadada cede el paso a la etapa de la preocupación.

Ahora el niño debe manejar dos grupos de fenómenos después de una experiencia excitada satisfactoria. Algo bueno ha sido atacado y dañado y, además, el niño se ha enriquecido con esa experiencia: algo bueno se ha construido en su interior. El niño debe estar en condiciones de soportar el sentimiento de culpa. Con el correr del tiempo, encuentra una salida, porque descubre maneras de reparar, de remediar, de dar a cambio de lo que recibe, de devolver lo que ha robado en la fantasía. (Los lectores reconocerán en todo esto a Melanie Klein.)

Así, podemos ver que hay una necesidad específica que el medio debe satisfacer para que el niño pueda crecer (técnicamente, alcanzar la "posición depresiva" en el desarrollo emocional). El niño debe estar en condiciones de tolerar el sentimiento de culpa y de modificarlo mediante la reparación. Para que ello ocurra, la madre (o quien ocupe su lugar) debe estar allí, viva y alerta, durante el período de culpa. En términos algo crudos: un niño internado en una institución puede gozar del excelente cuidado de varias enfermeras, pero si la culpa que corresponde a experiencias de la mañana surge durante la noche, cuando la enfermera ya es otra, la reparación no cumple su objetivo. La madre que cuida de su propio hijo está junto a él casi permanentemente y reconoce los impulsos espontáneos constructivos y reparadores. Puede esperar a que aparezcan y reconocerlos cuando surgen.

Cuando todo anda bien, lo que se experimenta no es un sentimiento de culpa, sino de responsabilidad. El sentimiento de culpa se mantiene latente y aparece cuando la reparación fracasa.

Es mucho lo que podría decirse sobre la culpa y la reparación, y sobre las ansiedades del niño con respecto a las riquezas que se están acumulando en su interior. Con todo, también hay allí cosas atemorizantes, que se originan en sus impulsos de rabia. Pero ahora quiero poner fin a estas consideraciones sobre los estados excitados y sus consecuencias, y pasar a otro tema. Permítaseme decir, de paso, que las dificultades en este campo, junto con la represión de los conflictos penosos, traen apareadas las diversas manifestaciones neuróticas y los trastornos en los estados anímicos. Con todo, si examinamos el material que nos ofrecen los estados no excitados, estaremos más cerca de un estudio de la psicosis. Los trastornos que describo bajo el encabezamiento de estados no excitados son psicóticos más que neuróticos en cuanto a su cualidad, esto es, son la materia prima de la insania. Sin embargo, no me refiero aquí a los trastornos, sino que intento describir brevemente las tareas que debe cumplir el niño a fin de lograr un desarrollo sano y corriente.

El desarrollo al margen de las excitaciones

Así, si pasamos, algo artificialmente, al estado no excitado, ¿qué encontramos? Para empezar, comprobamos que estamos estudiando al yo en el viaje del self hacia la autonomía. Estudiamos, por ejemplo, el desarrollo en el niño de un sentimiento de unidad de la personalidad, una capacidad para sentirse integrado, por lo menos en algunas ocasiones. Gradualmente, el niño comienza a sentir también que es un morador de eso que nosotros consideramos sin ninguna dificultad como su propio cuerpo. Todo esto lleva tiempo, y resulta mucho más fácil si se cuenta con un manejo sensato y congruente del cuerpo, los baños, los ejercicios, etcétera.

Debemos considerar también el desarrollo de una capacidad para relacionarse con la realidad externa. Esta tarea, que todo niño debe realizar, es compleja y difícil, y requiere la atención que una madre devota está capacitada para dar. El mundo objetivamente percibido nunca es idéntico al que se concibe, el que se percibe subjetivamente. Esto constituye un serio problema para todos los seres humanos pero, mediante una adaptación activa desde el comienzo, la madre superpone la realidad externa a la concepción del niño; lo hace con bastante eficacia y frecuencia como para que aquél acepte dejar este problema para más adelante como parte de ese juego llamado filosofía.

Hay algo más: si el medio le responde, el niño cuenta con la oportunidad de mantener un sentido de la continuidad de ser; lo cual quizás tenga su origen en sus primeros movimientos dentro del vientre materno. Cuando ello ocurre, el individuo goza de una estabilidad que no puede alcanzarse de ninguna otra manera.

Si al niño se le ha presentado la realidad externa en dosis pequeñas, que corresponden exactamente a su grado de comprensión, aquél puede llegar a tener un enfoque científico con respecto a los fenómenos, e incluso quizás a aplicar un método científico al estudio de los asuntos humanos. En tales casos, parte de ello se debe a la madre devota que echó los cimientos, y luego al cariño de ambos progenitores, y también a una sucesión de maestros, cualquiera de los cuales hubiera podido entorpecer las cosas y hacer muy difícil que el niño terminara por lograr una actitud científica. Por desgracia, la mayoría de nosotros nos vemos obligados a dejar por lo menos parte de la naturaleza humana fuera del campo de la indagación científica.

La ciencia y la naturaleza humana

Aquí la principal dificultad radica en que, a fin de evitar que la ciencia termine por ahogar lo que hay de verdadero, bueno y natural en la naturaleza humana y en el manejo de los seres humanos en crecimiento, la única salida consiste en extender la indagación científica a todo el campo de la naturaleza humana. Creo que todos nos movemos hacia la misma meta. En otras palabras: queremos que cada individuo pueda encontrar y establecer su propia identidad en forma tan sólida que, eventualmente, en el curso del tiempo y según su propia modalidad, adquiera la capacidad de convertirse en un miembro de la sociedad, un miembro activo y creador, sin perder la espontaneidad personal y ese sentido de la libertad que, en la salud, surge desde adentro.

Acotación clínica

Quizás todo esto despierte en el lector una sensación de desconcierto. Son tantas las dificultades por las que debe pasar el niño y tan grande la responsabilidad de los padres, las enfermeras y los maestros que proporcionan el medio adecuado para las diversas etapas, que uno se pregunta: ¿cómo lo lograremos? Pero debemos recordar que toda vez que hacemos una pausa en nuestra tarea e intentamos evaluar nuestras metas, como acabamos de hacer, nos encontramos en una situación artificial. Y así, volvamos a nuestro tema concreto y pongámosle términos trazando el cuadro de un pequeño bebé.

Este bebé ya ha hecho todo lo que es común a esa edad, esto es, se ha succionado el puño, el pulgar, se ha rascado la piel del vientre, ha jugado con el ombligo o con el pene, y ha tironeado del extremo de la frazada que lo cubre. Tiene unos ocho meses y aún no se ha iniciado en la habitual serie de ositos y muñecas. Pero ha encontrado un objeto blando y lo ha adoptado; eventualmente le pondrá un nombre. Este objeto seguirá siendo necesario durante algunos años en la vida del niño, y terminará por quedar arrumbado en algún rincón. Este objeto está a mitad de camino de todas las cosas. Nosotros sabemos que lo trajo una tía pero, desde el punto de vista del niño, constituye una solución perfecta. No forma parte del self ni del mundo, a pesar de lo cual pertenece a ambos. Fue concebido por el niño y, no obstante, él no podría haberlo creado: simplemente vino. Su llegada le mostró qué debía concebir. Es, a un mismo tiempo, subjetivo y objetivo. Está en el límite entre lo externo y lo interno. Es sueño y realidad.

Dejamos al bebé con ese objeto. En su relación con él, se siente en paz, en el crepúsculo celestial entre una realidad personal o psíquica y otra que es real y compartida. NOTAS:

(1) Este tema está desarrollado en "Algunas reflexiones sobre el significado de la palabra democracia".

(2) John Bowlby, *Maternal Care and Mental Health* (Londres: HMSO, 1951); la versión abreviada, editada por Margery Fry, *Child Care and the Growth of Love* (Harmondsworth: Penguin Books, 1953); James Robertson, *Young Children in Hospital* (Londres: Tavistock Publications, 1958). Ver también dos films de James Robertson. *A Two-year-old goes to Hospital* y *Going to Hospital*

with Mother (Tavistock Child Development Research Unit, 2 Beaumont Street, Londres, W1).

P S I K O L I B R O

Biblioteca D. Winnicott

La cuerda: una técnica de comunicación

Trabajo publicado por primera vez en el Journal of Child Psychology and Psychiatry, I, págs. 49-52.

En marzo de 1955, un niño de siete años fue llevado por su padre y su madre al Departamento de Psicología del Hospital de Niños de Paddington Green. Los acompañaban otros dos miembros de la familia: una niña deficiente mental de diez años que asistía a una escuela E.S.N. y una niña pequeña, más bien normal, de cuatro años. El caso nos había sido derivado por el médico de la familia, en razón de que una serie de síntomas indicaban en el niño un trastorno del carácter. A los fines de esta descripción omitiremos los detalles que no sean inmediatamente pertinentes para nuestro tema principal. Un test de inteligencia le asignó a este niño un C.I. de 108.

Primero tuve con los padres una larga entrevista en la que ellos me proporcionaron un cuadro claro del desarrollo del niño y de las distorsiones de ese desarrollo. No obstante, omitieron un detalle importante, que surgió en la entrevista con el niño mismo.

No resultaba difícil advertir que la madre era depresiva, y me informó que había estado hospitalizada por esa razón. Por lo que me dijeron los padres me enteré de que la madre había cuidado al niño hasta que nació la hermanita, cuando él tenía tres años y tres meses. Esa había sido la primera separación de importancia; la siguiente se produjo a los tres años y once meses, cuando la madre tuvo que someterse a una operación quirúrgica. Cuando el niño tenía cuatro años y nueve meses, la madre se internó en un hospital mental durante dos meses, y durante ese período él fue bien cuidado por su tía materna. En esa época todas las personas que cuidaban al niño concordaban en que era muy difícil, aunque presentaba rasgos muy buenos. Era proclive a los cambios súbitos, y a asustar a la gente diciendo, por ejemplo, que iba a cortar en pedacitos a la hermana de la madre. Desarrolló muchos síntomas curiosos, tales como una compulsión a lamer cosas y personas; hacía ruidos guturales también compulsivos; a menudo se negaba a ir de cuerpo y después provocaba un desastre. Resultaba obvio que la deficiencia mental de su hermana mayor lo angustiaba, pero la distorsión de su desarrollo parecía haberse iniciado antes de que ese factor se volviera significativo.

A continuación de la entrevista con los padres, pasé a la entrevista personal con el niño. Estaban presentes dos asistentes sociales psiquiátricos y dos visitantes. En el primer contacto, el niño no daba ninguna impresión de anormalidad, y en seguida entró en un juego de garabatos conmigo. (En ese juego yo trazo una especie de dibujo con líneas espontáneas e invito al niño a que vea algo; después es él quien traza los garabatos y soy yo quien a mi turno extraigo de ellos un dibujo.)

En este caso particular, el juego produjo un curioso resultado. De inmediato se puso de manifiesto la pereza del niño, y también que casi todo lo que yo hacía era traducido por él en algo asociado con una cuerda. Entre sus diez dibujos aparecieron:

un lazo, un látigo largo, un látigo de jinete, una cuerda de yo-yo, una cuerda en un nudo, otro látigo de jinete, otro látigo largo.

Después de esta entrevista con el niño, tuve una más con los padres, y los interrogué acerca de la preocupación del paciente por la cuerda. Se alegraron de que trajera a colación el tema, al que ellos no se habían referido porque no estaban seguros de que tuviera importancia. Dijeron que el niño se obsesionaba con todo lo que tuviera que ver con una cuerda; de hecho, cada vez que entraban en una habitación era posible que descubrieran que él había atado las sillas y las mesas; por ejemplo, podían encontrar un almohadón unido con una cuerda a la chimenea. Manifestaron que la preocupación del niño por las cuerdas había ido desarrollando gradualmente una característica nueva, que estaba preocupándolos mucho más de lo corriente. Poco tiempo antes había anudado una cuerda en torno a la garganta de la hermana (esa hermana cuyo nacimiento provocó la primera separación entre él y la madre).

Yo sabía que en este tipo particular de entrevista mis oportunidades para actuar eran limitadas: no sería posible ver a los padres o al niño más que una vez cada seis meses, pues la familia vivía en el campo. Por lo tanto, intervine como sigue. Le expliqué a la madre que su hijo experimentaba miedo a la separación, que trataba de negar la separación usando una cuerda, del mismo modo que uno trataría de negar su separación respecto de un amigo utilizando el teléfono. Ella se manifestó escéptica, pero yo añadí que si llegaba a encontrar algún sentido a lo que yo le decía, me gustaría que abordara el tema con el niño en un momento conveniente, haciéndole saber a él lo que yo había comentado y después desarrollando el tema de la separación según fuera su respuesta.

No tuve más noticias de la familia hasta que volvieron a verme al cabo de seis meses. La madre no me informó por iniciativa propia lo que había hecho, pero yo la interrogué y ella supo relatarme lo que había sucedido poco después de la visita anterior. Le había parecido que lo que yo dije era tonto, no obstante lo cual una noche tocó el tema con el niño y descubrió que él estaba ansioso por hablar sobre su relación con ella y acerca de su temor a que perdieran contacto. Entre los dos hicieron un resumen de todas las separaciones en que la mujer pudo pensar, y las respuestas del niño la convencieron enseguida de que lo que yo había dicho era correcto. Además, desde esa conversación con el hijo, el juego con la cuerda había cesado. Dejó de unir objetos como lo hacía antes. La madre mantuvo con el hijo muchas otras conversaciones sobre su sensación de separación, e hizo un muy importante comentario: tenía la impresión de que la separación más importante había sido la pérdida que había experimentado el niño cuando ella estuvo gravemente deprimida; dijo que no se trataba sólo del alejamiento físico, sino de la falta de contacto con el niño debida a que estaba totalmente absorbida por otras cuestiones.

En una entrevista posterior, la madre me hizo saber que un año después de su primera conversación con el hijo, éste volvió a jugar con la cuerda y a atar objetos en la casa. En efecto, ella tenía que ingresar en un hospital para operarse y le dijo: "Juegas con la cuerda, por lo que veo que te preocupa que yo me vaya, pero esta vez sólo estaré ausente unos pocos días, y la operación no es importante". Después de esta conversación, cesó la nueva fase de juego con la cuerda.

Me he mantenido en contacto con esta familia, y la he ayudado con respecto a diversos detalles de la escolaridad del niño y otras cuestiones. Ahora bien, cuatro años después de la primera entrevista, el padre me informó sobre una nueva fase de preocupación por la cuerda, asociada con otra depresión de la madre. Esta fase duró dos meses, y desapareció cuando toda la familia se fue de vacaciones, al tiempo que mejoraba la situación global en el hogar (el padre había encontrado trabajo después de un período de desempleo). Con esto se vinculó una mejoría del estado de la madre. El padre proporcionó un interesante detalle adicional, relacionado con el tema que estamos considerando. Durante esa fase reciente, el niño había hecho con la cuerda algo que el padre consideró significativo, porque demostraba cuán íntimamente conectadas estaban todas esas cosas con la angustia patológica de la madre. Un día volvió a la casa y encontró al muchachito colgado de una cuerda, cabeza abajo. El cuerpo estaba totalmente inerte y él interpretaba muy bien el papel de muerto.

El padre comprendió que no debía darse por enterado, de modo que pasó una media hora en el jardín, inventándose tareas extravagantes; al cabo de ese tiempo el niño se aburría e interrumpió el juego. Este hecho

constituyó una gran puesta a prueba de la falta de angustia del padre. Pero al día siguiente el niño volvió a colgarse, esa vez de un árbol que se veía desde la ventana de la cocina. La madre se precipitó presa de una grave conmoción y segura de que el chico se había ahorcado.

El siguiente detalle adicional podría ser útil para la comprensión del caso. Aunque este niño, que ahora tiene once años, está desarrollándose como "tipo rudo", es muy tímido y se ruboriza con facilidad. Tiene algunos ositos que para él son niños. Nadie se atreve a decirle que se trata de juguetes. Les es leal, les dedica mucho afecto, y les confecciona unos pantalones cosidos con prolijidad. Según el padre, esta especie de familia parece procurarle una sensación de seguridad; él actúa como la "madre". Cuando vienen visitas se lleva rápidamente todos los ositos a la cama de la hermana, porque no quiere que ningún ajeno conozca la existencia de esa familia. Además presenta renuencia a defecar, o una tendencia a conservar las heces. Por lo tanto, no resulta difícil conjeturar que tiene una identificación materna basada en su propia inseguridad en relación con la madre, y que esto podría evolucionar como homosexualidad. Del mismo modo la preocupación por la cuerda podría convertirse en una perversión.

Comentario

Parece apropiado el comentario siguiente:

(1) La cuerda puede verse como una extensión de todas las otras técnicas de comunicación. Las cuerdas unen, así como ayudan a envolver objetos y a sujetar material no integrado. En este aspecto, tiene un significado simbólico para todos; la exageración del uso de la cuerda puede fácilmente corresponder al inicio de una sensación de inseguridad, o a la idea de una falta de comunicación. En este caso particular, es posible detectar una anomalía que se desliza en el empleo de la cuerda por el niño, y resulta importante encontrar un modo de puntualizar el cambio capaz de pervertir ese empleo.

Parece posible llegar a esa puntualización tomando en cuenta el hecho de que la función de la cuerda está pasando de la unión a una negación de la separación. Como negación de la separación se convierte en una cosa en sí misma, algo con propiedades peligrosas y que es preciso dominar. En este caso, la madre parece haber sido capaz de abordar el uso de la cuerda por el niño inmediatamente antes de que fuera demasiado tarde, cuando todavía había esperanzas. Si ya no hay esperanzas y la cuerda representa una negación de la separación, surge un estado de cosas mucho más complejo, difícil de curar, a causa de los beneficios secundarios provenientes de la habilidad que se desarrolla cuando hay que manipular un objeto para llegar a dominarlo.

De modo que este caso presenta un interés especial si hace posible la observación del desarrollo de una perversión.

(2) El material que hemos expuesto también permite ver una función posible de los padres. Cuando se puede recurrir a ellos, están en condiciones de actuar con gran economía, sobre todo si se tiene presente que nunca habrá una cantidad suficiente de psicoterapeutas para tratar a todas las personas que lo necesitan. Esta era una buena familia que había atravesado un período difícil debido al desempleo del padre; que había sido capaz de asumir una responsabilidad total por una niña retrasada, a pesar de las tremendas desventajas familiares y sociales que esto entraña, y que había sobrevivido a las fases agudas de la enfermedad depresiva de la madre, incluso la de hospitalización. En una familia con esas características tiene que haber mucha fuerza, y sobre esa base se tomó la decisión de invitar a los padres a emprender la terapia de su propio hijo, con la cual ellos mismos aprendieron mucho, pero necesitaban que se los informara acerca de lo que estaban haciendo. También necesitaban que su éxito fuera apreciado y que todo el proceso se verbalizara. El hecho de haber visto a su hijo salir de una enfermedad les ha dado confianza en su capacidad para abordar las otras dificultades que surgen de tiempo en tiempo.

Resumen

Se ha realizado la descripción breve de un caso para ilustrar la compulsión de un niño a utilizar cuerdas, primero tratando de comunicarse simbólicamente con la madre a pesar del repliegue de ella durante fases depresivas y después como una negación de la separación. En tanto símbolo de la negación de la separación, la cuerda se convirtió en una cosa temible que había que dominar, y de tal modo se pervirtió su uso. En este caso la propia madre realizó la psicoterapia, mientras el psiquiatra le explicaba su tarea.

Biblioteca D. Winnicott

El cuidado hospitalario que complementa la psicoterapia intensiva en la adolescencia

Conferencia pronunciada en The McLean Hospital, Belmont, Massachusetts, Estados Unidos, como parte de un simposio clínico, "El individuo y la comunidad: perspectivas actuales de la rehabilitación", organizado con motivo de la inauguración formal del nuevo edificio de rehabilitación, en octubre de 1963.

La adolescencia, que significa convertirse en adulto, es una fase del crecimiento sano. Abarca el período de la pubertad. También incluye la socialización del niño o la niña. En este caso, la palabra socialización no significa adaptación y conformismo. En la salud, cuando el individuo se vuelve un adulto maduro, la socialización supone que puede identificarse con figuras parentales y con algún aspecto de la sociedad sin un sacrificio demasiado grande del impulso personal, o bien, en otros términos, que puede ser esencialmente él mismo sin necesidad de ser antisocial. En la salud, el varón o la niña se vuelven capaces de asumir la responsabilidad por el legado de la generación anterior, de ayudar a conservarlo, modificarlo o incluso alterarlo completamente. Es inevitable que al final, como adulto, ese mismo individuo le transmita su propio legado a la generación siguiente, en una sucesión eterna.

De modo que la adolescencia es una fase del proceso de crecimiento de todo varón o niña. En nuestras consideraciones teóricas y en nuestro trabajo práctico debemos tener esto presente mientras encaramos otras cosas: la enfermedad psiquiátrica de un chico o una chica que pertenecen al grupo de edad de la adolescencia o de los adultos jóvenes.

Bosquejo de la adolescencia

La adolescencia en sí puede ser una época tormentosa. El desafío mezclado con la dependencia, incluso a veces con la dependencia extrema, hace que en el cuadro de la adolescencia nos parezca ver locura y confusión. Los padres, muy necesarios en esta fase, no tienen claro su propio papel. Quizá gasten dinero sólo para que los hijos se burlen de ellos. Tal vez descubran que sólo son necesarios como desecho, mientras que el adolescente busca amistad y consejo en tíos y tías, incluso en extraños. Cuando no hay familia, o la familia está enferma, algún sector de la sociedad debe asumir sus funciones. A esto se suma la complicación de que los adolescentes tienen acceso a técnicas adultas. El chico de cuatro años que pasa por las angustias de los conflictos edípicos, sueña con la muerte del padre, pero a los catorce años ya tiene capacidad para matar. El suicidio es posible. Pueden conseguirse drogas. La niña que a los cuatro años se identificaba con la madre y tenía celos de la capacidad de esta última para engendrar, sueña con ladrones que escalan ventanas o con la muerte de la madre, pero a los catorce puede quedar embarazada u ofrecer su cuerpo por dinero. La niña adolescente puede embarazarse aunque no haya llegado a la etapa de querer darle un bebé a alguien a quien ama, o de consagrarse al cuidado del infante. Digo esto para recordarles (aunque ustedes no lo necesitan) que la adolescencia en sí no es algo de manejo fácil (cf. Winnicott, 1962).

Si estamos de acuerdo con que el varón adolescente tiene un problema especial con sus impulsos agresivos (lo mismo que la niña, indirectamente), también lo estaremos en que ese problema cambia para peor como consecuencia del progreso de la física termonuclear. La mayoría de nosotros creemos que no habrá guerras parciales, porque cualquier guerra se convierte en total, y la guerra total es impensable. En este punto nos vemos impulsados a considerar el "valor" de la guerra en su función de dar licencia para matar. Digo "valor" entre comillas, porque supongo que todos odian la guerra y ruegan por la paz, pero como psiquiatras o psicólogos sociales tenemos que medir el efecto de la paz permanente sobre la salud mental de la comunidad. La idea de la paz permanente somete a una tensión severa a todo lo que no sea madurez emocional, y la madurez emocional es un logro poco frecuente. ¿Puede la adolescencia en general reunir toda su agresión en el deporte competitivo o peligroso? La sociedad, ¿no les ajustará las clavijas a los deportes peligrosos, convirtiéndolos en no respetables o incluso antisociales? No conocemos la respuesta a este interrogante general, pero sí sabemos que una guerra localizada, a pesar de la inmensa tragedia que representa, utilizada para hacer algo positivo a favor del alivio de las tensiones individuales, permite que la paranoia siga siendo potencial y proporciona una sensación de realidad a personas que no siempre se sienten reales cuando la paz reina suprema. Especialmente en los varones, la violencia se experimenta como algo real, mientras que la vida cómoda lleva consigo una amenaza de despersonalización.

Ustedes habrán reflexionado mucho sobre estos problemas intrínsecos del proceso de crecimiento, y habrán encontrado modos de describir la parte importante que puede desempeñar el propio hogar del niño si se preocupa por el tema. La institución de ustedes es en parte un sustituto organizado del hogar, a menudo bastante satisfactorio y sin embargo no totalmente capaz de resistir la tensión específica de cuidar a un miembro enfermo durante un período prolongado.

Continuando con mi bosquejo de la adolescencia, que expongo en términos dogmáticos para ser breve, sólo existe una cura para esta etapa, y ella consiste en el paso del tiempo y en el tránsito de la adolescencia al estado adulto. No debemos tratar de curar a los adolescentes como si padecieran un trastorno psiquiátrico. Yo he empleado la frase "desaliento malhumorado del adolescente" con referencia a esos pocos años durante los cuales el individuo no tiene más salida que esperar, sin conciencia de lo que sucede. En esta fase el niño no sabe si es homosexual, heterosexual o narcisista. No hay ninguna identidad establecida, y ningún modo bien definido de vida da forma al futuro y sentido al estudio para recibirse. No hay todavía capacidad para identificarse con las figuras parentales sin pérdida de la identidad personal.

Además, el adolescente tiene una feroz intolerancia a la solución falsa. Le aportamos algo al no ofrecerle como adultos ninguna solución falsa; en lugar de ello, debemos enfrentar los desafíos localizados y las necesidades agudas a medida que surgen. Esperamos que una independencia desafiante alterne con la regresión a la dependencia, y resistimos haciendo tiempo en lugar de ofrecer distracciones y curas.

La enfermedad durante la adolescencia

Naturalmente, en esta fase del desarrollo podemos encontrar cualquiera y todos los trastornos:

Psiconeurosis propiamente dicha.

Histeria con algo de psicosis oculta que causa trastorno pero nunca se manifiesta claramente como locura.

Trastornos afectivos, con depresión en la base. Ellos son:

Oscilaciones maníaco-depresivas.

Defensa maníaca (denegación o negación de la depresión).

Elación y complicaciones paranoides e hipocondríacas.

La personalidad de self falso que amenaza derrumbarse en época de exámenes.

El grupo de los trastornos esquizoides. Ellos incluyen la anulación de la integración y de los procesos madurativos en general. Las manifestaciones clínicas son la falta de contacto con la realidad, la despersonalización, la escisión y la pérdida de sentido de identidad.

Tratamos estos trastornos en pacientes que se encuentran en el período de la pubertad y que son adolescentes en cuanto les resulta posible. Es difícil separar en esa etapa lo que es enfermo de lo que es normal; también resulta difícil saber en estos casos si hay que ofrecer tratamiento de cuidado y manejo, o psicoterapia. En términos generales, les ofrecemos psicoterapia a los pacientes que sienten que la necesitan, o a los que puede ayudarse fácilmente a ver que es psicoterapia lo que corresponde; después nos mantenemos alertas para detectar el momento en que se vuelven necesarios el cuidado institucional o la atención psicológica especial - necesarios porque el tratamiento le ha permitido al paciente llegar a un punto en que el derrumbe adquiere un carácter constructivo-. A los pacientes que no pueden advertir la conveniencia de la psicoterapia, tratamos de proporcionarles cuidado o atención psicológicos, esperando que eventualmente se produzcan fenómenos regresivos, y confiamos en poder añadir psicoterapia en algunos casos.

Si en este nuevo edificio hospitalario se pretende posibilitar la interacción del cuidado y la psicoterapia, se proveerá exactamente lo necesario y también lo que es difícil proveer. ¿Por qué difícil? En pocas palabras: no sólo el personal de cuidado y el personal de terapia experimentan celos recíprocos, sin poder reconocer el valor de los otros, sino que también algunos pacientes tienden a alentar la división entre esos dos grupos. Esto a menudo refleja las tensiones entre los progenitores del paciente, y lo vemos en forma desplazada en el temor de este último a permitir que los padres se unan (en el sistema de la fantasía inconsciente).

Mucho puede decirse sobre el manejo o cuidado de varones y niñas que tienen estos diversos trastornos. Permítaseme destacar algo en particular. Habrá suicidios. Las comisiones directivas deben aprender a aceptar los suicidios, las fugas, los estallidos maníacos ocasionales con algo muy parecido al asesinato, y la ruptura de ventanas y la destrucción de cosas. Los psiquiatras que ceden al chantaje de estos desastres no hacen lo mejor para el resto de la comunidad que está a su cargo. Y lo mismo se aplica al chantaje del psiquiatra por la tendencia antisocial de los pacientes. Desde luego, la destrucción real no es útil, y la prevención de la destrucción real o el suicidio es la meta, pero lo que se necesita es prevención humana: la restricción mecánica carece de valor. Esto significa que habrá fallas de prevención, puesto que en los seres humanos hay límites humanos a lo que pueden y están dispuestos a hacer.

Ustedes habrán advertido que dejé fuera de mi clasificación aproximada a un agrupamiento importante, a saber: la tendencia antisocial, que puede llevar a la delincuencia a un chico o a una chica, y finalmente a la reincidencia sistemática.

La expresión "tendencia antisocial" resulta conveniente porque vincula este tipo de trastornos con lo normal y con lo que en su inicio es una reacción a la privación. Esta tendencia puede convertirse en una compulsión sin propósito, y entonces el niño es rotulado como "delincuente".

Este es un trastorno que no debe clasificarse junto con las psiconeurosis, los trastornos afectivos y la esquizofrenia. Se vincula muy fácilmente con los inherentes al síndrome del crecimiento adolescente. Con él son típicos los problemas especiales de manejo. No podré desarrollar ahora este tema, pero la idea principal es que la tendencia antisocial de un niño representa la esperanza (inconsciente) relacionada con la reparación de un trauma de privación (Winnicott, 1956).

La interacción de los procesos madurativos y patológicos

Llego ahora a la gran dificultad que enfrentan quienes quieren emprender el trabajo preventivo y curativo. En esta fase del crecimiento individual, es sin duda muy difícil diagnosticar salud y normalidad, y distinguirlas del trastorno psiquiátrico. La adolescencia modifica la forma de la enfermedad psiquiátrica.

Tomemos veinte adolescentes. Son personalidades aisladas, pero se agrupan laxamente porque tienen intereses comunes: los cantores pop, el twist, el jazz, un modo de vestir, un estado de desaliento malhumorado que sería insincero tratar de evitar. En el margen de todo grupo hay una chica o un chico depresivos que intentan suicidarse. Entonces el grupo en su totalidad despliega un estado de ánimo deprimido y "está con" el que realizó ese intento. Otro rompe una ventana sin ninguna razón. Todo el grupo está con él. Un tercero, con algunos que lo rodean, irrumpe en un negocio y roba algunos cigarrillos, o hace algo que atrae la atención de la justicia. Todo el grupo está con este transgresor.

Pero en general puede decirse que los chicos y chicas que componen este grupo emergerán sin suicidarse, sin matar, sin violencia y sin robo.

En otras palabras, los adolescentes en la fase del desaliento malhumorado utilizan a mi juicio a los individuos marginales del grupo para hacer real su propia sintomatología potencial. Permítaseme ahora dar un ejemplo para ilustrar los problemas del diagnóstico y el manejo.

Nota sobre el caso de un muchacho

Me referiré a un muchacho al que vi por primera vez a la edad de ocho años. Ya entonces se advertía en él una sensación de agravio que databa de una fase del manejo temprano de la niñez y estaba relacionada con la sostenida enfermedad mental severa de su madre. En esa etapa se intentó una terapia que no tuvo éxito, debido en parte a la enfermedad materna. El chico me fue enviado de nuevo a la edad de quince años. En la consulta pudo proporcionarme entonces una clave vital relacionada con sus estallidos de violencia. De hecho, existió el peligro de que matara al padre. La luz llegó en forma de un sueño que él ilustró con un dibujo. En el dibujo se veía su mano tendiéndose hacia la mano de la novia. Entre las dos manos había una barrera de vidrio. La violencia que él temía tenía que ver con el intento de atravesar la barrera que existía entre él y el mundo real, una barrera que se volvía más real cuanto más participaban sus instintos en la relación objetal.

Derivé a este muchacho a un colega que está a cargo de un hospital psiquiátrico y lo admitió con mi diagnóstico de esquizofrenia. Fue bien tratado en el hospital y pronto logró adecuarse a la comunidad. Era claro que había encontrado un asilo que lo protegía de la enfermedad mental severa de la madre. Sin duda, el cambio inmediato de este muchacho se debió principalmente a que encontrara un hogar alternativo, un hogar que no obstante no iba a durarle mucho. Poco después de haberse instalado en el hospital, pudo cortar sus lazos con esa novia particular de la que dependía en exceso. Antes de su internación, continuamente lo encontraban llorando después de interminables conversaciones con la chica; el teléfono y los cables representaban lo mismo que el vidrio entre él y ella en el sueño. Gracias al hecho de que había algo entre él y ella, él podía experimentar en toda su intensidad su amor y su dependencia. La chica había sido necesaria para desplazar a la madre enferma. El joven mejoró después de haber renunciado a su adicción a esta novia, sintiéndose también más cómodo con los otros miembros del grupo y con el personal del hospital.

La referencia al caso de este muchacho resulta oportuna en este punto de mi charla. Ilustra las dificultades. En el hospital, el paciente pudo aprovechar los excelentes departamentos de terapia ocupacional y terapia por el arte. Se dedicó a un trabajo muy creativo y original de modelado y pintura. Todo lo que hacía tenía una significación sorprendente. Es muy frecuente que los pacientes psicóticos y casi psicóticos nos procuren satisfacciones profundas cuando emprenden un trabajo original en uno de los departamentos de rehabilitación. El problema fue que este muchacho mejoró tanto y disfrutaba tanto de la nueva relación con el mundo que

constituyó en esa pequeña comunidad, que los médicos modificaron el diagnóstico. Decidieron que era histérico y un tanto antisocial, y que el factor externo de las condiciones hogareñas era la causa principal de que se lo considerara enfermo. Por lo tanto, le dieron el alta, pero no antes de que el médico encontrara para él una buena escuela, a cuyo director todas las dificultades del paciente le fueron expuestas con total franqueza. Al cabo de unos meses en la nueva escuela, el chico empezó a presentar de nuevo los síntomas por los cuales había sido hospitalizado; se volvió violento y destructivo, e incapaz de asentarse para trabajar. Otra vez se le aplicó el diagnóstico de esquizofrénico; rápidamente lo retiraron de la escuela, y ahora los padres están tratando de encarar esa difícil situación organizándole un viaje ilimitado alrededor del mundo, con la esperanza de que cuando retorne al hogar haya superado sus dificultades. Desde luego, para ese entonces es posible que se haya metido en serios problemas, e incluso que haya dañado a alguien.

Este caso frustrado permite ilustrar el hecho de que un departamento de rehabilitación exitoso está en condiciones de modificar el cuadro clínico y hacer que parezca que un paciente mejora, al punto de que se pierda de vista el diagnóstico original. Ustedes y el departamento tendrán plena conciencia de estos peligros y no se engañarán con facilidad. Por ejemplo, no los engañarán las excelentes producciones artísticas que por cierto denotan en el paciente un potencial de salud, pero que no representan la salud misma.

Resumen

Se han delineado algunas características de la adolescencia, y examinado la relación entre ellas y la sintomatología de los niños con enfermedades psiquiátricas en la edad de la pubertad. Se presenta un caso que ilustra algunas de las dificultades propias del manejo de los pacientes de este grupo de edad, y de la provisión de instalaciones para la rehabilitación como las que en el día de este encuentro están inaugurándose.

.
. .
. .

Biblioteca D. Winnicott

De boca de los adolescentes

- 1966 -

Está esta adolescencia y están estos adolescentes...

Entre los nuevos libros sobre los adolescentes tomaré éste, que merece ser leído ⁽¹⁾. Ofrece una muy buena elucidación del pensamiento y el sentimiento de los muchachos y las chicas, y nos transmite algo de su capacidad de verbalización al estilo de Damon Runyon ⁽²⁾. "Cuando me veo en problemas, espero soportar el castigo como un macho"; "No es bueno intimar antes de casarse"; "Acostarse con una chica está mal, pero es fantástico".

Los Eppel trabajaron en colaboración y utilizaron un buen método para captar las reacciones conscientes de 250 jóvenes trabajadores de ambos sexos, de 15 a 18 años, que asistían a cursos dentro del horario de trabajo, en Londres. En la parte principal de su investigación, les pedían a estos jóvenes que completaran oraciones que empezaban así:

Un buen amigo...
Mi mayor deseo...
La vieja generación...
La gente Joven...
No es justo...

Las oraciones completas se leen con facilidad y los autores clasificaron las observaciones de los jóvenes de una manera simple pero brillante, en cuanto a que permite al lector evaluar bien el material.

En la primera parte del libro se introduce al lector en las expectativas de una muestra de magistrados, supervisores de casos en período probatorio y dirigentes juveniles, a quienes se les pidió responder a ciertas preguntas tendientes a averiguar sus opiniones generales sobre la moral, los principales factores que influyen en ella y las diferencias entre las generaciones en tal sentido. También en este caso las respuestas fueron clasificadas de forma útil.

Los Eppel incluyen otros tipos de investigaciones que permiten formarse un cuadro más completo de las creencias morales de estos jóvenes trabajadores y sus ideas acerca de lo que significa una buena conducta o lo que esperan de la vida. En su conjunto, la exposición brinda una valiosa vislumbre del pensamiento consciente y los sentimientos accesibles de estos jóvenes, a quienes el lector se alegra de conocer. Las personas que por su trabajo están en contacto con los aspectos antisociales del panorama

adolescente hallarán aquí un método correctivo natural, por cuanto los muchachos y las chicas de este estudio aparecen como personas, como individuos que están logrando su autonomía, como personalidades totales con una moral propia del individuo, de la adolescencia tardía, del estado próximo a la adultez.

Uno de los estímulos fue esta frase: La persona que más me gustaría ser es... Las reacciones incluyen de todo, pero me gustó la de un muchacho que escribió: "Me siento contento de ser yo mismo (o casi), aunque me gustaría hacer menos disparates". Y la de otro que escribió: "Me gustaría seguir siendo como soy, un tipo atlético, de hombros anchos, grande y elegante. Una persona tranquila, serena, controlada en los peores momentos; y que siempre ve el lado bueno de las cosas (Eso Es Lo QUE QUISIERA CREER)".

Sería provechoso citar otras declaraciones, pero debo confesar que las respuestas que más me gustan son las que revelan una ortografía singular:

"Es malo ponerse contra de la ley, pero a veces es nesario."

"La vieja generación se compone de unos vejestorios y de unos adultos decentes y comprensivos que se recuerdan de que fueron jóvenes una ves."

"La vieja generación pasaron momentos difíciles [...], por eso subconscientemente piensan que para nosotros todo es fácil."

Cabe agregar que la amenaza de la bomba [atómica] ha tenido por efecto fortalecer el recurrente sentimiento del adolescente de que tal vez no vale la pena intentar nada:

"Yo trataría de crear un mundo pacífico para la próxima generación."

"Yo me libraría de la bomba y viviría una vida tranquila."

"Yo renunciaría a muchas cosas con tal de saber que si tienes un hijo, morirá de muerte natural y no por la bomba atómica."

P S I K O L I B R O

(1) E. M. Eppel y M. Eppel, *Adolescents and Morality*, Londres, Routledge and Kegan Paul.

(2) Damon Runyon (1884-1946) fue un escritor norteamericano de libros sobre pistoleros que se caracterizaban por el lenguaje rudo y vulgar de sus personajes.

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

El desarrollo de la capacidad para la inquietud, 1963

Presentado a la Topeka Psychoanalytic Society, el 12 de octubre de 1962, y publicado por primera vez en el «Bulletin of the Menninger Clinic», 27, pp. 167-176.

LEl origen de la capacidad para sentir inquietud constituye un problema complejo. La inquietud es un rasgo importante de la vida social. Los psicoanalistas suelen buscar los orígenes en el desarrollo emocional del individuo. A nosotros nos interesa conocer la etiología de la inquietud y en qué punto del desarrollo infantil hace su aparición. Asimismo, nos interesa saber acerca de los casos en que dicha capacidad no existe o se pierde tras haber quedado instaurada hasta cierto punto.

La palabra «inquietud» se emplea para denominar de modo positivo un fenómeno que de modo negativo llamaríamos «culpabilidad». El sentimiento de culpabilidad está constituido por la angustia aliada con la ambivalencia, y entraña un grado de integración en el ego del individuo que permite la retención de una buena imagen objetal junto con la idea de su destrucción. La inquietud da a entender una mayor integración, así como un mayor crecimiento, y se relaciona positivamente con el sentido individual de la responsabilidad, especialmente en lo que se refiere a las relaciones en las que hayan penetrado los impulsos instintivos.

La inquietud se refiere al hecho de que el individuo sea capaz de interesarse, o de preocuparse, y que sea además capaz de sentir y aceptar la responsabilidad. A nivel genital dentro del enunciado de la teoría del desarrollo, podría decirse que la inquietud constituye la base de la familia, cuyos dos miembros unidos en la cópula -más allá de su placer- asumen la responsabilidad del resultado. Pero dentro de la vida imaginativa total del individuo, el tema de la inquietud nos lleva a enfrentarnos con temas aún más amplios; además, la capacidad para la inquietud se halla detrás de todos los juegos y trabajos constructivos. Es propia del vivir normal y sano y merece la atención del psicoanalista.

Hay muchas razones para creer que la inquietud -en su sentido positivo- surge en los comienzos del desarrollo emocional del individuo, en un período anterior al del clásico complejo de Edipo; complejo que implica una relación entre tres personas, cada una de las cuales es percibida por el niño como una persona «completa». Sin embargo, no hay necesidad de preocuparnos, demasiado en señalar una fecha exacta; en realidad, la mayoría de los procesos que se inician en la primera infancia nunca llegan a instaurarse por completo y siguen recibiendo el refuerzo que les da el crecimiento que prosigue a finales de la niñez y, de hecho, en la edad adulta e

incluso en la vejez.

Es frecuente que el origen de la capacidad para la inquietud se describa en términos de la relación criatura-madre, cuando la primera ya constituye una unidad y percibe a la madre, o figura materna, en calidad de persona completa. Se trata de un paso evolutivo que pertenece en esencia al período de la relación bipersonal.

En todo enunciado del desarrollo infantil, hay ciertos principios que se dan por sentados. Ahora quisiera decir que los procesos de maduración forman la base del desarrollo de la criatura y del niño, así en lo psicológico como en lo anatómico y fisiológico. Sin embargo, en el desarrollo emocional está claro que son necesarias ciertas condiciones externas para que los potenciales de maduración lleguen a cobrar realidad. Es decir, el desarrollo depende de un medio ambiente-satisfactorio y cuanto más retrocedamos en el estudio del bebé, más cierto será que sin unos buenos cuidados maternos las primeras fases del desarrollo no pueden tener lugar.

Es mucho lo que debe acontecer en el desarrollo del bebé antes de que podamos empezar a hablar de inquietud. La capacidad para sentir inquietud es cuestión de salud; es una capacidad que, una vez instaurada, presupone una compleja organización del ego que no puede mirarse más que como un logro tanto en lo que se refiere al cuidado como a los procesos internos de crecimiento del niño y la criatura. Daré por existente un medio ambiente satisfactorio en las primeras fases, con el fin de simplificar la cuestión que deseo estudiar. Así, pues, lo que voy a decir se refiere a complejos procesos de maduración cuya conversión en realidad depende de un buen cuidado de la criatura y del niño.

De las muchas etapas descritas por Freud y sus colegas psicoanalíticos, debo destacar una que me obligará a emplear la

palabra «fusión». Se trata del logro de un desarrollo emocional en el que el bebé experimente simultáneamente impulsos eróticos y agresivos hacia el mismo objeto. En la vertiente erótica, se produce a la vez la búsqueda de satisfacción y la búsqueda de objeto; en la agresiva existe un complejo de ira que hace uso del erotismo muscular, y de odio, que implica la retención, para fines comparativos, de una buena imago objetal. Asimismo, en el conjunto del impulso agresivo-destructivo se alberga un tipo primitivo de relación objetal en la que el amor lleva consigo la destrucción. Parte de todo esto resulta inevitablemente oscuro; no necesito conocer todo lo referente al origen de la agresión para proseguir mi argumento, ya que doy por sentado que el bebé ha podido combinar la experiencia erótica y la agresiva, y lo ha hecho en relación con un solo objeto: ha alcanzado la ambivalencia.

Cuando esto sucede en el desarrollo del niño, éste ya es capaz de experimentar ambivalencia en la fantasía, así como en la función corporal de la cual la fantasía, originariamente, es una elaboración. Asimismo, la criatura empieza a relacionarse con objetos que cada vez tienen menos de fenómenos subjetivos y más de elementos ajenos al yo y percibidos objetivamente. Ha empezado a instaurar su personalidad, una unidad que se encuentra contenida físicamente en el cuerpo y, al mismo tiempo, que está psicológicamente integrada. En la mente del niño la madre se ha transformado en una imagen coherente; en ese momento es aplicable el término «objeto completo». Este estado de cosas, precario al principio, podría recibir el apodo de «fase humpty-dumpty» (1), siendo la madre que ha dejado de ofrecer su regazo quien desempeña el papel de la pared sobre la que Humpty Dumpty se posa en precario equilibrio.

Esta evolución presupone la existencia de un ego que empieza a independizarse del ego auxiliar de la madre. Podemos decir ya que el bebé tiene un interior y, por consiguiente, un exterior. El esquema corporal ha empezado su existencia y rápidamente

evoluciona hacia la complejidad. A partir de este momento la criatura vive una vida psicosomática. La realidad psíquica interior que Freud nos enseñó a respetar se ha convertido en algo real para la criatura, que ahora siente' que la riqueza personal reside dentro de su ser. Esta riqueza personal surge de la experiencia simultánea de odio y amor, que a su vez entraña la consecución de la ambivalencia, cuyo refinamiento y enriquecimiento llevan a la aparición de la inquietud.

Nos ayudará la postulación de la existencia de dos madres para el niño inmaduro. Si me lo permiten, a una la llamaré la «madre-objeto» y a la otra la «madre-medio ambiente». No tengo el menor deseo de acuñar términos que a la larga se conviertan en rígidos y obstructivos; pero me parece posible emplear los términos «madre-objeto» y «madre-medio ambiente» en el presente contexto para describir la inmensa diferencia que, para el niño, existe entre dos aspectos de su cuidado: la madre en calidad de objeto o de poseedora del objeto parcial capaz de satisfacer las necesidades urgentes de la criatura y, por otra parte, la madre en calidad de persona que protege de lo imprevisible y desempeña un papel activo en la provisión de un cuidado y un gobierno general de la criatura. Lo que haga la criatura en el punto culminante de la tensión del id y el uso que así haga del objeto me parece algo muy distinto del uso que haga la criatura de la madre en tanto que parte del medio ambiente total (2).

Empleando esta terminología, es la «madre-medio ambiente» la que recibe todo aquello que podríamos denominar «afecto y coexistencia de los sentidos»; es la «madre-objeto» la que se convierte en blanco de la experiencia excitada, respaldada por la cruda tensión instintiva. Según mi tesis, la inquietud hace acto de presencia en la vida del bebé en forma de experiencia sumamente avanzada que se produce en el momento en que, en lamento del pequeño, la «madre-objeto» y la «madre-medio ambiente» se juntan. La provisión ambiental sigue revistiendo una importancia

vital, aunque la criatura empieza a ser capaz de poseer aquella estabilidad interior que es propia del desarrollo de la independencia.

En circunstancias favorables, cuando el bebé ha llegado a la fase necesaria de desarrollo personal, se produce otra fusión. Entre otras cosas, existe una plena experiencia, y una fantasía, de las relaciones objetales basadas en el instinto; el objeto se utiliza sin temer en cuenta las consecuencias, se utiliza cruelmente (entendiendo el término a modo de descripción de nuestra visión de lo que está aconteciendo). Y al lado de esto se halla la relación, más tranquila, del bebé con la «madre-medio ambiente». Ambas cosas se unen con un resultado complejo, que es precisamente lo que deseo describir en especial.

Las circunstancias favorables necesarias en esta fase son las siguientes: que la madre siga estando viva y disponible, tanto físicamente como en el sentido de no estar preocupada por otra cosa. La “madre-objeto” debe sobrevivir a los episodios impulsados por los instintos, episodios que a estas alturas habrán adquirido toda la fuerza de fantasías de sadismo oral y otros resultados de la fusión. Asimismo, la «madre-medio ambiente» tiene una función especial: seguir siendo ella misma, estar identificada con su bebé, estar allí para recibir el gesto espontáneo y sentirse complacida.

La fantasía que acompaña a los pletóricos impulsos del id da cabida al ataque y a la destrucción. No se trata solamente de que el bebé se imagine que se come el objeto, sino que, además, el bebé quiere tornar posesión del contenido del objeto. Si el objeto no acaba por ser destruido es gracias a su propia capacidad de supervivencia, y no por la protección que le brinda el bebé. Ésta es una de las dos caras de la moneda.

La otra cara se refiere a las relaciones del bebé con la «madre-

medio ambiente». En este aspecto, la protección recibida por la madre puede ser tan grande que el niño acabe por inhibirse o apartarse, lo cual constituye un elemento positivo en el destete del niño, así como una explicación de por qué algunos niños se destetan por sí mismos.

En circunstancias favorables se va creando una técnica para solucionar esta compleja forma de ambivalencia. La criatura experimenta angustia, ya que si consume a la madre la perderá; pero esta angustia queda modificada por el hecho de que él, el bebé, tiene algo que aportar a la «madre-medio ambiente». Existe una creciente confianza en que habrá una oportunidad de aportar algo, de dar algo a la «madre-medio ambiente»; se trata de una confianza que permite a la criatura contener su angustia. La angustia contenida de este modo sufre una alteración y se transforma en un sentimiento de culpabilidad.

Los impulsos instintivos conducen a un uso despiadado de los objetos, y de allí a un sentimiento de culpabilidad que es contenido y mitigado por la aportación a la «madre-medio ambiente» que la criatura es capaz de efectuar en el transcurso de unas pocas horas. Asimismo, la oportunidad de dar y reparar que ofrece esta madre por medio de su presencia estable permite que el bebé se muestre más y más audaz en su experimentación de los impulsos del id; en otros términos: da libertad a la vida instintiva del bebé. De este modo, la culpabilidad no se siente, sino que queda en suspenso, o en potencia, y se manifiesta (en forma de tristeza o de depresión) solamente si no se presenta la oportunidad de hacer una reparación.

Una vez instaurada la confianza en este ciclo benigno y en la expectativa de reparación, el sentimiento de culpabilidad relacionado con los impulsos del id sufre una modificación más; en este caso necesitamos recurrir a un término más positivo, como por ejemplo «inquietud. La criatura empieza a ser capaz de sentir

inquietud, de aceptar la responsabilidad de sus propios impulsos instintivos y de las funciones correspondientes a los mismos. Así se obtiene uno de los elementos constructivos que resultan fundamentales en el juego y el trabajo. Pero dentro del proceso de desarrollo, lo que hacía posible que la inquietud estuviese al alcance de la capacidad del niño era la oportunidad de contribuir, de aportar algo.

Hay un rasgo que vale la pena anotar, especialmente en cuanto a la angustia que está «contenida»: la integración en el tiempo se ha sumado a la integración, más estática, de las fases anteriores. El tiempo sigue su marcha por acción de la madre, lo cual es uno de los aspectos de la funcionalidad auxiliar de su ego; sin embargo, llega un momento en que la criatura tiene su sentido personal del tiempo, aunque al principio no dure más que unos instantes. Se trata de lo mismo que la capacidad de la criatura para conservar viva la imago de la madre en su mundo interior, mundo en el que se hallan también los elementos fragmentarios de índole benigna y persecutoria que surgen de las experiencias instintivas. La duración del espacio de tiempo a lo largo del cual el niño logra mantener viva la imago de la madre en su realidad psíquica interior depende en parte de los procesos de maduración y en parte del estado en que se encuentre la organización defensiva interior.

He trazado un bosquejo de algunos aspectos de los orígenes de la inquietud en las primeras fases, cuando la presencia continua de la madre reviste un valor específico para la criatura, esto es, para que la vida instintiva goce de libertad de expresión. No obstante, este equilibrio debe alcanzarse una y otra vez. Ejemplos claros de ello los tenemos en la educación de la adolescencia, en el paciente psiquiátrico, para el cual la terapia a base de trabajo suele ser el inicio de un camino que lo llevará a una relación constructiva con la sociedad. Tenemos igualmente el ejemplo del doctor y sus necesidades. Quitémosle su trabajo y ¿qué será de él? El doctor

necesita de sus pacientes y de la oportunidad de poner en práctica sus conocimientos, igual que los demás.

No entraré en detalles sobre la falta de capacidad para la inquietud, ni de la pérdida de dicha capacidad en los casos en que había quedado casi instaurada. Baste con apuntar lo siguiente: si la «madre-objeto» no logra sobrevivir, o si la «madre-medio ambiente» no aporta una oportunidad estable de reparación, se produce la pérdida de la capacidad para la inquietud y su sustitución por parte de una serie de angustias y defensas de carácter rudimentario como son la escisión y la desintegración. A menudo hablamos de la angustia de la separación, pero lo que estoy tratando de describir aquí es lo que sucede entre las madres y sus bebés y entre los padres (es decir, el padre y la madre) y sus hijos cuando no hay separación, y cuando la continuidad externa del cuidado del niño no se ve truncada. Dicho de otro modo, estoy tratando de explicar lo que sucede cuando se evita la separación.

A modo de ilustración citaré algunos casos clínicos vividos por mí. Sin embargo, no quisiera dar la impresión de que se trata de casos raros. Prácticamente cualquier psicoanalista sería capaz de dar un ejemplo de este tipo extraído de una semana de trabajo en el consultorio. Además, no hay que olvidar que en todo ejemplo clínico procedente del análisis hay multitud de mecanismos mentales que el analista necesita comprender y que corresponden a etapas posteriores del desarrollo del individuo, así como a las defensas que denominamos «psiconeuróticas». Sólo es posible hacer caso omiso de todo ello cuando el paciente se encuentra en un severo estado de regresión a la dependencia en la transferencia, y es, en efecto, un bebé al cuidado de una figura materna.

Primer ejemplo: Citaré ante todo el caso de un muchacho de doce años al que se me pidió que interrogase. Se trataba de un muchacho cuyo desarrollo hacia adelante lo conducía a la depresión, incluyéndose en ella una gran cantidad de odio y

agresión inconscientes; por otro lado, su desarrollo hacia atrás (si se me permite decirlo así) lo llevaba a ver rostros, a experiencias que eran horribles porque representaban sueños habidos en estado de vigilia (alucinosis). Teníamos pruebas de la fuerza del ego de este muchacho, como atestiguaban sus estados depresivos. Una de las formas en que dicha fuerza se manifestó durante la, entrevista fue la siguiente:

Me describió una pesadilla en la que una enorme criatura provista de un cuerno y perteneciente al sexo masculino amenazaba a un ser diminuto, una especie de hormiga. Le pregunté si alguna vez había soñado que él era la bestia del cuerno, y si otra persona, acaso su hermano durante la infancia, era la hormiga. Reconoció que así era. Al ver que no rechazaba mi interpretación del odio que sentía hacia su hermano, le di oportunidad de que me contase su potencial de reparación. Esto le salió con bastante naturalidad al describir el trabajo de su padre como mecánico de refrigeración. Le pregunté qué quería ser cuando fuese mayor. Me contestó que “no tenía ni idea” y que ello le preocupaba. Entonces dio cuenta «no de un sueño triste, sino de lo que sería un sueño triste: su padre muerto». Estaba al borde de las lágrimas. En esta fase de la entrevista hubo un largo período en el que no se produjo nada importante. Al fin, el muchacho, dando muestras de gran timidez, dijo que le gustaría ser científico.

Sus palabras, por tanto, demostraban que era capaz de pensar en sí mismo aportando algo. Aunque tal vez no tuviera la habilidad necesaria, sí tenía la idea. Por cierto, el estudio de la carrera escogida iba a darle una posición superior a la de su padre, ya que, según sus propias palabras, el trabajo del padre no tenía nada de científico; «era un simple mecánico».

Entonces pensé que podía dejar que la entrevista terminase de forma natural, que el muchacho pudiese marcharse sin sentirse turbado por lo que yo había hecho. En efecto, yo había

interpretado su destructividad potencial, si bien era cierto que también poseía la capacidad de ser constructivo. El hecho de haberme contado que tenía un objetivo en la vida le permitía irse libre de la impresión de haberme hecho pensar que el odio y la destrucción eran las únicas cosas de que era capaz. Y, con todo, yo no había hecho nada por tranquilizarlo.

Segundo ejemplo: Uno de mis pacientes, que ejercía la psicoterapia, empezó una de las sesiones diciéndome que había ido a ver qué tal se desenvolvía uno de sus pacientes; es decir, había abandonado el papel de terapeuta que trata al paciente en el consultorio para ver al paciente en pleno trabajo. La actividad del paciente de mi paciente era de las que requieren gran destreza y le salía muy bien en uno de sus aspectos, para el cual se necesitaban unos movimientos rápidos que durante la hora dedicada a la psicoterapia no tenían mucho sentido, pero que lo hacían agitarse sobre el diván como si fuese un poseso. Aunque le quedaban algunas dudas al respecto, a mi paciente le parecía que probablemente le sería de utilidad haber visto trabajar al suyo. Entonces se refirió a lo que él hacía durante las vacaciones. Tenía un jardín y disfrutaba mucho haciendo ejercicios y emprendiendo toda clase de actividades constructivas; además, le gustaban los chismes mecánicos y los utilizaba realmente.

Al hablarme de la visita al lugar de trabajo de su paciente me había puesto sobre aviso acerca de la importancia de sus actividades constructivas. Mi paciente volvió a referirse a un tema que había revestido importancia en recientes análisis y en el que jugaban un papel destacado varias clases de herramientas de ingeniería. A menudo, cuando acudía a la sesión analítica, se detenía ante un escaparate cercano a mi casa para contemplar embobado una máquina herramienta que en él estaba expuesta. La máquina en cuestión tenía una dentadura espléndida. Así es como mi paciente alcanzaba su agresión oral, el primitivo impulso amoroso con toda su crueldad y destructividad. Podríamos llamarla «comer en la

relación de transferencia». Su tratamiento iba dirigido hacia esta crueldad y hacia su primitivo impulso amoroso. Resultaba tremenda la resistencia que oponía a todo intento de profundizar. Se trataba de una nueva integración y de la inquietud en torno a la supervivencia del analista.

Al aparecer este material nuevo relacionado con el amor primitivo y la destrucción del analista, ya había hecho alguna referencia al trabajo constructivo. Cuando efectué la interpretación que el paciente necesitaba de mí, referente a mi destrucción poza parte suya (comer), pude haberle recordado lo que dijera acerca de construcción. Pude haberle dicho que, del mismo modo que él viera a su paciente trabajando, obteniendo así una explicación de sus movimientos convulsos, también yo hubiese podido verlo en el jardín, trabajando con sus chismes para mejorarlo. Allí podía cortar árboles y vallas, y todo ello le producía un tremendo gozo. Si semejantes actividades hubiesen aparecido desligadas de su finalidad constructiva, hubiese parecido un episodio sin sentido y maniático, una locura de transferencia.

Diría que los seres humanos no saben aceptar la finalidad destructiva de sus primeros intentos amorosos. Sin embargo, la idea de destrucción de la «madre-objeto» al amarla es tolerable si el individuo que hacia ella se encamina conoce la presencia de alguna finalidad constructiva, y de una «madre-medio ambiente» dispuesta a aceptar.

Tercer ejemplo: Un paciente, al entrar en el consultorio, se fijó en un aparato magnetofónico que allí había. Esto le hizo pensar, ya que luego, al echarse en el diván y concentrarse para la sesión analítica, manifestó:

-Me gustaría pensar que, cuando se termine mi tratamiento, lo que haya sucedido aquí conmigo tenga algún valor para el mundo.

No dije nada, pero mentalmente tomé nota de su observación, pensando que tal vez era indicio de que el paciente estaba cerca de uno de aquellos accesos de destructividad con los que me había enfrentado repetidas veces en los dos años que llevábamos de tratamiento. Antes de que la sesión llegase a su fin, el paciente había adquirido una nueva conciencia de la envidia que yo le inspiraba y que estaba motivada por el hecho de tenerme por buen analista. Tuvo el impulso de darme las gracias por ser competente, y por poder hacer todo cuanto él necesitaba que yo hiciese. Ya lo había hecho otras veces, pero aquel día el paciente era más consciente que las veces anteriores de los sentimientos destructivos que albergaba hacia lo que podríamos llamar un «objeto bueno»: su analista.

Cuando relacioné una cosa con otra, él dijo que le parecía acertado, añadiendo que hubiese sido horrible que mi interpretación se hubiera basado en su primer comentario. Se refería a que si yo, aceptando su deseo de ser útil, le hubiese dicho que era indicio de un deseo inconsciente de destruir. Tuvo que llegar al impulso destructor antes de que yo diese validez a su reparación, y tuvo que hacerlo a su modo y tomándose el tiempo necesario. Sin duda fue su capacidad para tener idea de que a la larga haría algo constructivo lo que le permitió establecer un contacto más íntimo con su destructividad. No obstante, el esfuerzo constructivo es falso y sin sentido a menos que, como dijo él, antes se haya llegado a la destrucción.

Cuarto ejemplo: Una chica adolescente estaba siguiendo el tratamiento que le daba una terapeuta que, al mismo tiempo, la tenía a su cuidado en casa, junto a sus propios hijos. La situación presentaba sus ventajas y sus inconvenientes.

La chica había estado gravemente enferma y, en el momento de producirse el incidente que voy a contarles, empezaba a salir de un largo período de regresión a la dependencia y a un estado infantil.

Actualmente ya ha desaparecido la regresión en sus relaciones con el hogar y la familia, pero su estado sigue siendo muy especial dentro del campo limitado de las sesiones de tratamiento que se llevan a cabo cada día, a hora fija.

Llegó un momento en que la chica expresó el más profundo de los odios hacia la terapeuta (que, recordarán, llevaba el tratamiento y al mismo tiempo la cuidaba). Todo iba como una seda durante el resto del día, pero cuando se trataba del tratamiento, la terapeuta resultaba destruida, completa y repetidamente. No es fácil dar idea de la intensidad con que la chica odiaba a la terapeuta ni de hasta qué punto la aniquilaba. El caso no podía solucionarse con la visita de la terapeuta al lugar de trabajo de la paciente, ya que la tenía constantemente bajo su cuidado; de hecho, se trataba de dos relaciones distintas y simultáneas entre ambas. Durante el día, empezaron a suceder muchas cosas nuevas: la chica daba muestras de querer hacer la limpieza de la casa, sacar brillo a los muebles, ser útil en general. Esto era algo nuevo, absolutamente nuevo, y ni siquiera en su propia casa había sido uno de los rasgos del patrón de conducta de la chica, ni tan sólo antes de caer enferma. Además, sucedió silenciosamente (por así decirlo), paralelamente a la destructividad absoluta que la chica empezaba a advertir en los aspectos primitivos de su amor y a los cuales llegaba en su relación con la terapeuta durante las sesiones de tratamiento.

Verán que aquí se repite la misma idea: naturalmente, el hecho de que la paciente estuviese tomando conciencia de su destructividad era el factor que posibilitaba su actividad constructiva durante el día. Pero es a la inversa como quiero explicarlo aquí y ahora: Las experiencias constructivas y creadoras hacían posible que la chica llegase a la experiencia de su destructividad. Y de este modo, en el tratamiento, estaban presentes las condiciones que he procurado describir. La capacidad para la inquietud no sólo es un nodo de maduración, sino que, además, para su existencia depende de un medio ambiente emocional que haya sido lo bastante bueno

durante cierto tiempo.

Resumen

La inquietud, tal como la entendemos en el presente contexto, se refiere al eslabón existente entre los elementos destructivos de las relaciones objetales y los demás aspectos positivos de dichas relaciones. Se supone que la inquietud corresponde a un período anterior al clásico complejo de Edipo, que es la relación entre tres personas «completas». La capacidad para la inquietud es propia de la relación bipersonal entre la criatura y la madre o persona que la sustituya.

En circunstancias favorables, la madre, por el hecho de seguir viva y disponible, es a la vez la madre que recibe la totalidad de los impulsos del id de la criatura y también la madre que puede ser amada como persona y a la que pueden ofrecerse reparaciones. De esta manera, la angustia acerca de los impulsos del id y la fantasía de dichos impulsos se hace tolerable para el bebé, que entonces puede experimentar culpabilidad o retenerla en espera de la oportunidad de ofrecer una reparación. A esta culpabilidad contenida pero no sentida como tal la denominamos «inquietud». En las fases iniciales del desarrollo, de no existir ninguna figura materna estable que reciba el gesto de reparación, la culpabilidad resulta intolerable y es imposible que se sienta la inquietud. La falta de reparación conduce a la pérdida de la capacidad para la inquietud, y a su sustitución por formas primitivas de culpabilidad y angustia.

Notas:

- (1) Humpty-dumpty: Personaje de una cancioncilla infantil que constantemente se está cayendo.
 - (2) Éste es un tema que recientemente ha sido desarrollado en un libro de Harold Searles (1960).
-

Biblioteca D. Winnicott

Deducciones extraídas de una entrevista psicoterapéutica con una adolescente 1964

Trabajo presentado en el Vigésimo Congreso Interinstitucional de Orientación Infantil,
Escuela de Economía de Londres, 11 de abril de 1964.

Los trabajos a que dio origen este congreso fueron publicados por la
Asociación Nacional de Salud Mental. [Comps.]

Para esta contribución mía al debate me he fijado ciertos límites bastante estrechos. Es muchísimo lo que puede inferirse del examen de la adolescencia como fenómeno total; aquí mi idea es que eventualmente pasemos a considerar al muchacho o a la chica individual. Si bien es cierto que no puede generalizarse a partir de un solo caso, es más cierto todavía que dentro de un estudio muy vasto no es posible ver al individuo.

Definiciones

La palabra "pubertad" designa una etapa del proceso de maduración física. La adolescencia es la etapa de transición hacia la adultez merced al crecimiento emocional. Es común que varones y mujeres pasen por el desarrollo puberal sin experimentar la adolescencia y sin arribar a la madurez emocional que constituye la mejor parte del estado adulto.

La adolescencia abarca un período durante el cual el individuo es un agente pasivo de los procesos de crecimiento. Ya me he referido en otro sitio (1) a la fase de desaliento malhumorado de la adolescencia, en la que no hay solución inmediata para ningún problema. La única cura para la adolescencia es el paso del tiempo, el paso de esos tres a seis años al final de los cuales el adolescente se transforma en un adulto -o sea, se vuelve capaz de identificarse con las figuras parentales y con la sociedad sin necesidad de adoptar soluciones falsas-.

Los adolescentes aborrecen la solución falsa, y esto hace que tratar con ellos se vuelva molesto; pero la sociedad admite que esta molestia está justificada... ¿Lo admite?

Algo más antes de describir un caso: estamos permanentemente rodeados de adolescentes, pero debemos recordar que éste no es un comentario sobre los chicos y chicas molestos actuales, pues ellos están creciendo todo el tiempo y volviéndose adultos. Siempre es un nuevo grupo de chicos y

chicas el que nos proporciona la nueva variedad o la nueva fase de comportamiento molesto.

Jane, de 17 años, me fue derivada por su médico clínico, quien me escribió lo siguiente:

Entiendo que Jane ha constituido siempre un gran problema, aunque debo admitir que para mí es una persona muy encantadora e inteligente. Parece ser que hubo algún trastorno sobre el cual no se me dijo nada, que fue el comienzo de sus presentes dificultades. Jane se ha apartado por completo de todas las relaciones familiares. Creo que no puede dudarse de que padece un intenso rechazo hacia su hermana y está inexplicablemente celosa de ésta, que es superficialmente la más graciosa y exitosa de las dos. Hay una historia familiar de enfermedad mental e inestabilidad.

Ahora bien: ¿qué harían ustedes en tal circunstancia? ¿Se pondrían a reunir todos los datos pertinentes, verían a los padres, y sólo entonces verían a la chica? Opino que la única manera adecuada de reunirla historia de un caso es tomarla del paciente tal como éste la presenta -vale decir, una vez que uno ya ha resuelto quién es la persona enferma en el grupo-. La historia recibida del paciente tiene un valor porque los datos sean inexactos o contradictorios. Además, de la historia, tomados tal como se presentan, pueden usados por el psicoterapeuta, en tanto que los reunidos con gran precisión por una comisión investigadora carecen de valor, salvo para presentarlos en una conferencia sobre casos clínicos.

Yo la vi primero a Jane y luego ajusté mi relación con los padres por teléfono y por carta. En este caso no vi a nadie de la familia más que a Jane. Esto pudo haber disgustado a la familia, ¡lo admito plenamente en caso de que se halle alguno presente!

Debo recordarles, a esta altura, que no hay nada más difícil que decidir si la persona que uno está atendiendo es un chico o chica sano con las congojas propias de la adolescencia, o alguien que está enfermo desde el punto de vista psiquiátrico, en la edad de la pubertad. ¿Lo que uno tiene frente a sí es adolescencia, o es una detención o distorsión de la adolescencia debida a una enfermedad? Confío en que este caso ilustre la dificultad a que me refiero.

Primera consulta

Jane entró y nos sentamos junto a la mesa: el comienzo no fue difícil. Me contó que su padre era profesor de física en un colegio técnico y su madre también tenía un empleo; asimismo, me dijo que tenía una hermana 14 meses mayor que ella. La indagué sobre la familia. "¿Es tu padre un hombre muy sesudo?", le inquirí, y parecía pensar que lo era, y que también su hermana era inteligente. Comentó: "Es obvio que fui criada en un grupo instruido, y que a estas cosas las doy casi por sentadas".

Permítaseme que describa el aspecto de Jane en las entrevistas, sobre dos de las cuales les informaré a ustedes. En esta primera entrevista la propia Jane mostraba por su aspecto cuál era el papel que jugaba. Tenía el cabello bastante largo y lacio como una V invertida que partía de su frente y se iba abriendo de a poco para dejar lugar a la nariz y a la boca. Sobresalía de ahí un mentón muy afilado, y su boca, que por cierto no era nada sensual, indicaba su intelectualidad; es posible que la protrusión de la mandíbula inferior fuera deliberada, aparte de su prominencia natural.

En esta primera entrevista uno de inmediato recibía la impresión de una personalidad fuerte e inteligente, y la de alguien que era perfectamente capaz de cuidarse solo. A Jane no parecía importarle que yo tomase notas de vez en cuando. (Si no lo hubiese hecho, ustedes no estarían

recibiendo este informe.) Me mantuve muy atento a ello a raíz de la desconfianza natural de los adolescentes, pero no tuve problemas. Cuando ella desconfió, me lo dijo.

Toda su manera de actuar tenía mucho de dramatización. La segunda vez que vino estaba francamente deprimida, y no lo ocultó. En la cuarta entrevista, seis meses más tarde, se había convertido en una adolescente muy espontánea, que vestía jeans apretados y llevaba el pelo peinado de cualquier modo. Ya no había más dramatización ni malhumor. Hace poco concurrió por quinta vez, y por la pollera y el saco que se había puesto uno veía que la adultez avanzaba lentamente en ella.

Quisiera que presten atención a la forma en que se desarrollan las entrevistas que lleven a cabo, si es que ya no lo hacen (y la mayoría de ustedes lo hacen). En psiquiatría infantil, una buena entrevista se desarrolla con su propio ritmo. Debo ser yo mismo, estar vivo y despierto, pero si procuro que las cosas vayan a mi ritmo no seré un buen entrevistador. Puedo actuar con espontaneidad, cantarrear, hacer dibujitos o rascarme la cabeza, pero si pretendo que la entrevista siga una pauta determinada interferiré un proceso natural. Pues puede considerarse axiomático que si un niño o adolescente o adulto sufre, algo de su sufrimiento aparecerá en la entrevista con tal que se le suministren condiciones que puedan dar lugar a la comprensión.

Continuemos:

Jane describió cómo era su casa y esto la llevó a contarme que sus padres no se llevaban bien y vivían en lugares separados.

Dijo sobre su madre: "Es inteligente y mucho más profunda que yo; de todos nosotros, es la más profunda". (Pausa.) (Por supuesto, no puedo transmitirles las pausas, ya que entonces esta charla duraría dos horas, pero ellas son importantes.) "En la actualidad, estoy libre de la influencia de mi hermana, así lo espero, pero ha sido una verdadera lucha. Todo el mundo admite que mi hermana es extraordinariamente celosa. Ahora se fue a vivir a otra ciudad. Realmente tiene problemas, y es probable que se case con alguien que no sea la persona adecuada".

Más adelante ella medio una versión distinta de esto mismo, pero la verdad que a mí me interesa es la que cuenta para el paciente AHORA.

En este punto le pregunté: "¿Cómo te sentirías si vinieras aquí por tu propia voluntad? ¿Qué me preguntarías, o para qué me usarías?".

Yo quería asegurarme de que no venía por obligación, por imposición de la madre.

Ella respondió: "¡Pero si vengo por mi propia voluntad...! Hace tres o cuatro años que tengo que ver a un psiquiatra. No se trata de que yo sea una persona perturbada, pero mamá se preocupa. Tenemos trifulcas, por lo general cuando está mi hermana en casa. Hace poco mi hermana se hartó de mi madre y se negó a seguir mezclándose en esto; entonces yo me replegué, lo que quiere decir que corté con todos ellos".

Aquí estaba aludiendo, con sus propias palabras, al retraimiento descrito por el médico clínico.

Continuó: "Por supuesto, yo siempre tengo que agregar melodrama y mentiras a todo, ¿no? A mamá le llueven problemas de todas partes; en realidad yo la quiero mucho a mi hermana, pero sólo tiene 14 meses más que yo y ése es en gran parte el problema, porque siempre competimos como si estuviéramos en el mismo nivel. Pero ahora ella y yo estamos separadas. Gracias a Dios, me he separado de mi hermana. Ella es una persona efusiva, yo no. A ella no le gustan los secretos. La gente piensa que soy una excéntrica y que no conozco las convenciones sociales;

papá es bastante convencional".

Aquí tenemos, pues, un panorama general de la situación hogareña con una referencia específica al problema causado por los 14 meses de diferencia entre las dos hermanas. Hacia el final de la segunda entrevista, este tema tuvo un desarrollo imprevisto; de vez en cuando les traeré este tema a colación.

La indagué sobre el padre y la madre y me contestó: "No se llevan bien. Nunca fueron felices juntos; papá está siempre afuera, trabajando como profesor, encerrado en su pequeño mundo. Hubo una época, cuando yo tenía 14 y mi hermana 15, en la que ambas estábamos celosas respecto de mamá. Cuando apareció esto yo me sorprendí, pero aparte de esa breve época nunca tuve, hacia mamá o cualquier otra persona, la clase de sentimientos que la ponen a una celosa. Mi hermana, por otro lado, es celosa por naturaleza. En cierto sentido, se la cedí a papá; ella puede confiarle cosas sobre las cuestiones sexuales como yo no podría hacer jamás".

"Cuando éramos niñas no sabíamos que papá y mamá estaban peleados, aunque hubo una observación mía cuando era chica que indica que debía estar al tanto; fue cuando tenía 9 años: mi hermana le hizo una pregunta a mamá sobre la relación entre ella y papá, y recuerdo que yo salté gritando `¡No, no le cuentes!'. No quería que mamá le respondiera. Estaba desesperada porque sabía que mamá iba a tener que decir cosas no muy buenas sobre ella y papá.

"Estoy siempre contenta de estar viva, especialmente en ciertos momentos. Por otro lado, soy un poco escéptica en mi modo de encarar la vida. Mi hermana y yo siempre conocimos las cosas de la vida. En la escuela me fue bien hasta los seis años, y después concurría a una escuela en la que de veras fui feliz; todavía le tengo cariño a esa escuela, pero me harté. Me volví infeliz aunque era básicamente feliz, como lo soy siempre.

"A la larga la escuela se convirtió en algo fastidioso y empecé a ir a un instituto para rendir exámenes. Allí encontré una atmósfera más relajada. Lo grande es que este instituto es para ambos sexos, y que el 50% de los alumnos son extranjeros. Cada cual es responsable de sí mismo en esa escuela. Algunas chicas no saben qué hacer con esa emancipación, pero a mí me viene bien. No ando sacándome sobresalientes porque no creo en esas pavadas. El trabajo es inútil, o tal vez yo sea perezosa, no me gusta trabajar demasiado. Me atrae la idea de trabajar, y hay épocas en que trabajo duro. Tengo allí amigas y varios amigos, y en cierto sentido caigo bien. Mi hermana, en cambio, nunca fue popular. Esto es algo que siempre nos diferenció. Ella tenía que pasar enseguida a las relaciones sentimentales, porque no tenía amistades, y cuando descubrió la heterosexualidad, se le metió que ella era atractiva y... ¡adelante! Ahora está comprometida, y es probable que se case pronto, como le dije. Puede ser que ese hombre no sea inadecuado para ella, pero es extranjero."

Por el tono con que lo dijo, pareció insinuar que lo extranjero se vinculaba para ella con la transgresión. Supongo que ustedes coincidirán conmigo, en que para el inconsciente, "extranjero" significa incesto y, al mismo tiempo, lo opuesto al incesto, la exogamia.

"Siempre he sido popular. Lo que verdaderamente me preocupa es que no tengo patrones morales reales. No me doy cuenta si esto o aquello está mal. Le explico: tengo una amiga que es muy feliz en su casa, a diferencia de mí, y se vio envuelta con un extranjero que es un tipo muy dulce pero que avanza demasiado rápido, y ella lo tuvo que frenar; le dijo al respecto: Bueno, no sé, esto para mamá sería como romperle el corazón. Debe ser maravilloso contar con alguien como eso... alguien que le diga a una dónde está parada... ¿Sabe?, yo a mi madre la quiero muy profundamente, pero no deseo tener ninguna intimidad con ella, ningún metejón emocional. Por eso me hubiera gustado tener algún hermano mayor que pudiera ser mi madre, sin ser mi madre; que me brindase su hombro para llorar; jamás lloraría sobre el hombro de mi madre, ¿se da cuenta? Me gusta realmente la gente como mamá, pero no quiero verme envuelta en ningún enredo emocional. Ahí la

tiene a mi hermana, sintiéndose terriblemente culpable. Yo no me siento culpable de nada. Mi hermana dice: `Mamá no comprende'. Mi madre no siente mi hostilidad porque se amolda a mis necesidades."

Jane prosiguió hablando de sí misma y comentando que no podía ser efusiva, y que de veras quería profundamente a su madre:

"Mire... yo estoy tratando de ser una persona individual, sí, de establecer mi propia identidad; y si estoy en éstas, no puedo hacerme cargo de las preocupaciones de mamá, ¿se da cuenta? Mamá se la pasa llorando todo el tiempo, aunque en realidad es una persona que se controla mucho. Jamás me metería a mí sus preocupaciones; pero aunque a mí me sería fácil hacerme cargo de ellas, no lo hago... Hoy por hoy, yo parezco estar todo el tiempo cansada."

A medida que avanzaba esta entrevista, y en la siguiente, se fue haciendo más patente la cabal significación de este conflicto con la madre.

Hablamos un poco de los sueños y la imaginación, y entonces me confesó con ansiedad que de niña jugaba con la hermana. Me dijo: "Mi hermana y yo éramos cada una la catalizadora de la otra. Jugábamos juntas con toda clase de cosas, compartíamos mundos propios, y todo esto era una maravillosa experiencia imaginativa, realmente. Lo espantoso fue que terminara. Terminó cuando yo tenía 13 años; el motivo real fue que nos mudamos de la casa donde vivíamos, que es ahora donde vive mi padre. Todos esos juegos estaban tan íntimamente ligados a esa casa, que después no los pudimos retomar en ningún sitio".

Siguió hablando de "la gloriosa falta de responsabilidad de la niñez". Dijo además sobre esa etapa que "cuando uno ve un gato, uno es el gato: es un sujeto, no un objeto".

Yo le acoté: "Es como si uno estuviera viviendo en un mundo de objetos subjetivos".

"¡Esa es una buena manera de expresarlo!", respondió ella. "Por eso escribo poesía. Esa clase de cosas son el fundamento de la poesía. Por supuesto --continuó-- es sólo una vana teoría mía, pero así me parece que es, y ello explica por qué los hombres escriben más poesía que las chicas. Las chicas están tan atrapadas en cuidar a los niños o en tener bebés... que les pasan su vida imaginativa y su irresponsabilidad a los bebés. Antes yo llevaba un diario íntimo, pero ahora las cosas que siento sólo las escribo en poemas; en la poesía, algo cristaliza".

Comparamos esto con las autobiografías, que, según ella, correspondían a una edad posterior. Dijo: "Hay una afinidad entre la vejez y la niñez -aquí me lanzó una mirada penetrante y siguió diciendo- No le muestro mis poemas a nadie, porque aunque durante un tiempo cada uno de esos poemas me gusta, pronto pierdo interés en ellos. No me interesa saber si son realmente buenos o no, o sea, si los demás los considerarán buenos".

Le pregunté por sus sueños, y esto nos llevó al tema de los sueños diurnos y a su apartamento del mundo. Evidentemente había mucho de cierto en eso, pero ahora ella se apartaba sola, no jugando con su hermana.

"Después de aprobar los exámenes -dijo- fui a una escuela de arte, pero desperdiqué la oportunidad. Tengo habilidad para dibujar y podría haberlo hecho mejor, pero no lo hice. A veces, en las figuras que dibujo uno puede ver, por la posición que adoptan, que son de una persona deprimida. Tal vez la haga como si la figura representase a otro, pero en realidad soy yo misma. Lo gracioso es que en mí, por deprimida que esté, hay siempre presente una joie de vivre (2). Parece haber recursos internos, así que yo nunca tengo que hacer las cosas; otros tienen que hacer esto o lo de más allá, pero no es mi caso. Por otro lado, tengo aspectos que le hacen pensar a la gente que soy una

excéntrica; parece que no me callo nada, como si necesitara ser espontánea. No soy una excéntrica, pero la gente piensa que soy rara."

Le inquirí sobre el tema de tener una fachada, y lo retomó diciendo: "En realidad soy muy introspectiva. Vivo en un nivel subterráneo. Es como si sólo me diera cuenta de que los demás existen cuando estoy con ellos. He conocido cinco o seis personas en mi vida que han tenido un efecto sobre mí, estando en la misma habitación que ellas me di cuenta de que son levemente ajenas a lo que pasa. Una era una tía que se volvió esquizofrénica y suicida; ella me enseñó que soy muy sensible a algo que tiene la gente, y que se vincula con la locura. Lo cierto es que lo que está por debajo de la superficie yo lo siento más que lo que está en la superficie. Como ve, nota voy con las fachadas. El resultado es que con los muchachos salto de una cama a la otra, pero no la voy con una barrera o fachada. No me parece vulgar andar de una cama a la otra con los muchachos. Simplemente no siento que haya bajeza o degradación. No hay engaño posible, ninguna hipocresía. Pero por otra parte digo mentiras, y no sé por qué:"

En este punto se detuvo y me preguntó: "Dicho sea de paso, puedo sentirme segura, ¿no? ¿No le contará esto a mi madre?"

Yo contesté: "Sí, supongo que soy un objeto subjetivo; no corres más peligro que si estuvieses hablando contigo misma".

Lo aceptó muy fácilmente. Continué tomando notas, ya que no parecía preocuparle en absoluto.

Como habrán visto, Jane me estaba describiendo un cuadro de afinidad con cada una de las anormalidades psiquiátricas, una por vez. Sabía de la melancolía, estaba consustanciada con la esquizofrenia, y jugaba con todas las defensas esquizoides, como la despersonalización, la desrealización, la escisión; aceptaba que existía una división entre un self verdadero y otro falso, y tenía trastornos del pensamiento. Había problemas en el área intermedia de los fenómenos transicionales, el lugar donde salta la chispa en los momentos de intimidad entre las personas. Estaba familiarizada con la sospecha y las tendencias paranoides. En la esfera psiconeurótica, estaba en contacto con la homosexualidad (tal como aparecería luego), y ahora me pasó a mostrar su tendencia antisocial vinculada a la privación.

Le pregunté si alguna vez había robado algo, y contestó: "Bueno, una sola vez, cuando tenía 7 años, hubo un período en que constantemente me la pasaba tomando peniques o monedas de tres chelines, cualquier cosa de ese tipo que estuviera dando vueltas por la casa. Siempre me sentí sumamente culpable por ello, y nunca se lo conté a nadie. En realidad fue una tontería, porque es una nimiedad."

Aquí le hice una interpretación. Le mencioné la dificultad que representaba que ella no supiera en realidad por qué motivo había robado esos peniques; en otras palabras, ella estaba sometida a una compulsión. Esto le interesó vivamente. Dijo:

"Sé que los chicos roban cuando se los ha privado de tal cosa o tal otra, pero nunca se me ocurrió pensar que, por supuesto, el problema es que yo tenía que robar y no sabía por qué, y lo mismo con las mentiras."

Como pueden apreciar, Jane leyó toda la bibliografía y sabe todo lo que corresponde a su edad, pero lo sabe con el intelecto.

"Engañar a la gente es patéticamente fácil, ¿me entiende?, y yo soy una actriz perfecta. No quiero decir que pudiera actuar sobre un escenario, sino que cuando me meto a engañar lo puedo seguir haciendo tan bien que nadie se da cuenta. El asunto es que a menudo esos engaños son compulsivos y sin sentido. Por ejemplo, alguien me preguntó para qué venía a Londres, y yo no

P S I K O L I B R O

tenía ninguna necesidad de mentir, pero de pronto me encontré diciendo que como mi amiga había tenido (aquí dio el nombre de una enfermedad rara y exótica), yo debía ir a ver a un médico para verificar si yo estaba bien en este aspecto. Por supuesto, si hubiera dicho que venía a ver a un psiquiatra, la cuestión se habría puesto en debate y se habría vuelto pública. Había una compulsión mía a mentir, y lo hice rápida y fácilmente."

Hizo una pausa, como para reubicarse en la situación.

"Lo que en realidad me preocupa de mí misma es no haber encontrado un alma gemela. No puedo simular que hay en nadie, en ninguna cosa o situación, más de lo que hay. Me gusta el sexo como a cualquier chica, pero en mi caso es diferente, porque tengo que conseguirme un muchacho que a la relación sexual no le agregue nada. Debe quedar perfectamente comprendido que en unos días va a terminar todo. Esto, desde luego, elimina a cualquier pretendiente adecuado para el matrimonio. No parece haber forma de asegurarse de ningún muchacho en particular, o de saber si una quiere casarse con alguien."

Esto encauzó la conversación hacia el tema de las dificultades entre los padres. "Papá mismo es una persona que sufrió privaciones", dijo, y seguimos hablando de esto, pero no puedo dar detalles para mantener el caso en reserva. Pienso que ustedes verán en todo esto muestras de la penetración propia de esta edad del desarrollo.

Luego le hablé de su gran necesidad de una figura paterna, o incluso de un hermano mayor. Dijo que ni siquiera había tenido un primo al que pudiera apelar. "Tengo un tío, pero en realidad él no es feliz con su propia mujer".

Resultó que, según ella, no había absolutamente ningún hombre mayor responsable en quien apoyarse. Le dije: "Entonces, tú eres una persona privada de su padre", y pusimos fin a la primera entrevista aclarando lo más posible esta cuestión.

Jane se fue muy relajada y, aparentemente, con sentimientos amistosos hacia la madre, con quien se reunió en la sala de espera.

Dos meses más tarde me escribió para preguntarme si podía atenderla de nuevo. La mayoría de nosotros, pienso, concordaremos en que para un adolescente es bueno que estemos dispuestos a trabajar "a pedido".

Segunda consulta

Esta vez Jane vino sola y la encontré leyendo en la sala de espera. Parecía menos emperifollada, menos arreglada; en verdad, estaba un poco desprolija. Había renunciado a la "dramatización" y se la veía francamente deprimida. En toda la entrevista, qué duró una hora y cuarto (aquí sólo puedo contar una parte), pareció sentirse cómoda.

Comencé preguntándole: "¿Cómo está mamá?".

Yo no sentía la necesidad de hacer nada en especial, pero al mismo tiempo no tenía ningún motivo para no hacer nada en especial.

Respondió: "Está muy cansada; de veras, yo soy su principal preocupación. Mi hermana se casó, y supongo que mamá piensa que soy lo único que le queda para tener algo que hacer. Paso todo el tiempo inquieta por ella; es la única de la familia de quien me siento cerca, ¿me entiende? Al mismo tiempo, cualquier cosa que ella haga me irrita. Es casi la madre más tolerante y comprensiva que se

pueda tener, y es muy inteligente, pero yo tengo que hacer cualquier cosa con tal de mantenerla a distancia. Me peleo con ella en vez de procurar que estemos más cerca una de otra. Mamá trata de ayudarme; viene y se sienta en mi cuarto; no le importa que estemos calladas; pero yo estoy tensa todo el tiempo. Confío absolutamente en ella. Sé que no me va a molestar por cualquier motivo. Odio tener que herirla, y sin embargo, permanentemente la estoy lastimando".

¡Cuántas madres habrán estado, desconcertadas, en esta misma situación! Más adelante Jane y yo retomamos este tema y tratamos de superar la rigidez de esta defensa.

Le pregunté por su propia vida y me dijo: "Bueno, superficialmente todo anda bien. Tengo una multitud de amigos. Puedo decir que mi vida es a la vez buena y miserable".

"¿Estás trabajando?", le inquirí, y replicó: "No hago absolutamente nada. El departamento en que vivimos no es un hogar, nadie vive en ningún lugar. El problema de mamá es que no puede convertirlo en un hogar. No somos una familia, y esto le provoca una desazón permanente. Supongo que imagina que seguirá estando sola... para siempre. El problema es que siempre tiene la idea de que ella puede lograr que papá salga de sí mismo y vuelva a vivir con la familia, pero es una esperanza vana y no entiendo cómo es que no lo ve".

Otra larga pausa.

"Ahora no hablo con mi hermana; después de casarse me trató con arrogancia, y ése fue el final. Dice que me quiere, pero siempre estuvo celosa de mí y me odia."

Sin embargo, por la forma en que lo dijo, era evidente que algo se conservaba de una relación positiva con la hermana. En una entrevista posterior me comunicó que lo quería muchísimo a su cuñado, y que había entre ambos un acercamiento total.

Le pregunté: "¿Por qué está celosa tu hermana de ti?". Contestó: "Bueno, porque yo siempre fui una persona afable y ella siempre fue una chica difícil".

Este primer empeño por lograr una explicación se convertiría pronto en el tema fundamental. "Mamá dijo que debía preguntarle a usted, para estar segura, por qué estoy cansada todo el tiempo." (En otras palabras, le pidió que me informara sobre la depresión.)

Después de conversar sobre su médico clínico debo omitir esta conversación, aunque incluyó detalles significativos-, hice otro comentario en forma de pregunta: "¿Tal vez te estás defendiendo contra algún elemento sexual presente en la relación con tu madre?".

Como se advertirá, yo estaba tratando de abordar las rígidas defensas de Jane en su relación con la madre y sus sentimientos conflictivos hacia la hermana. La idea de que se estuviera defendiendo de la homosexualidad le pareció razonable, y la examinó con tanta soltura que rápidamente me percaté de que allí no estaba la principal dificultad, pese a mis expectativas. Dijo que se daba cuenta de que "el rechazo a todo contacto con su madre era el negativo del elemento sexual de la relación", y se remontó a los 7 años, época particularmente difícil en su trato con la madre y, por ende, en la que habría levantado defensas especiales contra el elemento sexual.

Dijo: "No sé si mamá le habrá contado cómo era yo de chica. Mi hermana, por supuesto, estaba siempre en actividad y gritando, mientras que yo era una niña retraída y tranquila, y no hacía ningún ruido. Andaba siempre de malhumor y me escondía en las alacenas. El problema consiste siempre en lo mismo: si mamá me tiene sólo a mí, puedo quedar atrapada en algo, así que por más que mi hermana y yo nos odiamos, es un gran alivio tenerla cerca. Por lo menos somos dos".

En lo que me decía estaba implícita la enorme necesidad de ella que podía sentir la madre a raíz de

su infelicidad y soledad. No obstante, aquí había un elemento que yo no comprendía, y que se explicó sólo después de que hubiéramos desarrollado el tema de la relación con su hermana. En otras palabras, queríamos echar nueva luz sobre la defensa que oponía a la intimidad con su madre.

Luego de examinar en detalle su relación con la madre, Jane dijo: "Mamá tiene una visión de la soledad en la que no quiero verme envuelta. Mamá se siente real y ve a las personas como individuos, y por supuesto, cuando hay sentimientos siempre hay un elemento sexual".

Dijo que odiaba estar cerca de cualquier miembro de su familia. Debía dormir en la habitación contigua a la de la madre y la oía respirar, y esta cercanía le parecía abominable. Pero luego volvió a repetir cuán feliz era realmente por tener una madre tan excepcionalmente inteligente y comprensiva, y subrayó también su pesar por tener que verla todo el tiempo.

Dijo: "Mamá trata de ayudarme, pero yo no la dejo. Llego a casa a las cuatro de la mañana, y ella sabe perfectamente bien que estuve durmiendo con un hombre, pero jamás se mete en nada". Agregó algo que sugería que si se acostaba con un hombre y llegaba tarde a la casa, no lo hacía tanto por el hecho en sí como por herir a la madre.

La conversación fue girando en torno de la capacidad de Jane para manejarse sola en sus asuntos. Manifestó: "Ocurre que no soporto las presiones sociales o políticas, y odio la competencia. Si realmente me debo arreglar sola, me las ingenio, por algo que pasa dentro de mí".

Ella estaba describiendo su propia organización yoica y su capacidad de creer en algo que estaba dentro de ella, y por lo tanto también en el mundo. Fue esto lo que me hizo cobrar confianza en mi relación con ella y me permitió asomarme a sus procesos y superar su reticencia. Con personas demasiado enfermas, uno sabe que no puede hacer esto.

Seguimos charlando sobre la posición de Jane respecto de la homosexualidad; por ejemplo, una chica de 14 años había simpatizado con ella, y Jane la alentó. Evidentemente la chica estaba enamorada de Jane. Durante un lapso no se vieron, y de pronto se la encontró en una fiesta. Conversaron, y Jane se descubrió hablándole de una manera horrenda, como si esa chica no tuviera ninguna importancia. Dijo: «Al hablarle de ese modo me estaba pateando a mí misma. Después estuve segura de que ella se había vuelto contra mí, y traduje en estos términos algo que pasó. Aparentemente, cruzó la calle para evitar encontrarse conmigo. Sea como fuere, para mí ésa era una delusión, porque esa chica seguía enamorada". Y añadió: "Las chicas más jóvenes se enamoran de mí perdidamente, y los chicos también".

Aquí vemos la familiaridad de Jane con las ideas paranoicas de autorreferencia y la relación de todo esto con la homosexualidad.

A continuación me trazó un cuadro de la vida en una escuela de mujeres. "Automáticamente, las chicas quedan separadas en dos grupos: las que son varones y las que son chicas, y en este agrupamiento yo enseguida me convertí en un varón". Describió luego las relaciones entre las chicas, qué frivolidades suceden en materia de contactos, las cosas que se dicen y hacen y que ninguna de las dos chicas aprobaría. Juntos llegamos a que esto se vinculaba con el intento de que las dos chicas se mantuvieran esencialmente separadas. El cuadro que obtuve fue el de las técnicas para la postergación indefinida de una relación, más que para entablarla. Jane continuó describiendo a los muchachos que se volvían locos por ir a la cama con las chicas, no porque quisieran sexo o porque las chicas les gustasen, sino que era una técnica para abordar la relación; en el fondo, tanto el muchacho como la chica querían permanecer aislados e intactos. De esta manera -que era la manera de Jane- nos aproximamos al tema principal: el conflicto que había por detrás de la ambivalencia de Jane frente a su hermana, y su defensa para evitar la intimidad con su

madre.

Esta fusión y defensa contra la fusión revestían una especial importancia para ella. No lo vimos de inmediato. En otras palabras, el acto sexual mantenía a las dos personalidades libres de la fusión y de otros mecanismos que podrían haber puesto en peligro la inviolabilidad de cada una. Ella buscaba y encontraba la clase de muchachos que iban a la cama, mantenían una relación sexual y se separaban. Se habían juntado y separado y ninguno de ellos lo había afectado al otro en nada; más aún, en cada oportunidad se había eludido un peligro. Cada cual pudo retener su individualidad.

Este tema, de particular importancia para Jane, es propio de todo adolescente.

A esto siguió un relato sobre los orígenes de la actual depresión de Jane en el fallido intento de tomar contacto con el padre. Debo omitirlo, pero en su transcurso ella dijo esto:

"Mamá estaba todo el tiempo tratando de ayudar, pero le era imposible hacer algo que no me irritase. Le dije: `No confíes en mí, aunque en realidad, como usted sabe, yo soy una persona de confiar. Sé lo que está pensando. Sé que no me saldré de los carriles, y por supuesto también sé que está siempre este histrionismo por encima de todo, este exagerar las cosas para mortificar a alguien o competir con mi hermana".

Vino a continuación lo que fue para mí un insight sorprendente respecto de la relación de Jane con su hermana, a quien amaba y odiaba. Concluiré mi comunicación con este detalle, que aclaró en parte el misterio de la relación con su madre. (Como siempre ocurre en los momentos significativos de una entrevista, me era difícil tomar notas. Imagino que la mayoría de los aquí presentes conocen esto.)

Creo que dije: "Así que resulta que tus estados de retraimiento y malhumor son tu póliza de seguro". Coincidió, pero obviamente había algo más complejo que debía ser enunciado. Hablamos de la relación con la hermana, de cómo había persistido desde los primeros años en esa relación, que ahora se hallaba en una etapa negativa. Le recordé la riquísima relación que había mantenido con la hermana en los juegos infantiles, y retomó esta cuestión.

Como ustedes verán, yo seguía apuntando a la homosexualidad en la relación, línea de indagación falsa, según se vio después.

Jane no se rehusaba a ver la homosexualidad, y ya la había abordado libremente en relación con la madre; pero dijo que lo que pasaba entre ella y su hermana no era eso. En los juegos que realizaban juntas, lo que ocurría era que sus personalidades se fundían. Ambas eran dos aspectos de una misma persona, dijo, y pasó a describir la evolución de esa relación. Su hermana era una niña activa y gritona, que sintió un odio total por Jane al nacer ésta, cuando ella tenía 14 meses. La reacción de las dos hermanas no fue idéntica, por supuesto.

En ese momento de su desarrollo tenían, desde luego, distintas edades, pero aquí se trata concretamente de esto: una niña de 14 meses no es, por lo general, lo bastante grande todavía como para tener una reacción completa ante el nacimiento de un nuevo bebé. Hay una enorme diferencia entre tener 14 meses y tener 16 ó 17 meses, ¿no les parece? La identificación con la madre y otros mecanismos no están plenamente desarrollados.

"Mi hermana me odiaba -siguió diciendo Jane- y además me tomó como un aspecto de ella misma. En respuesta, yo me dejé tomar como un aspecto de ella y, alternativamente, elaboré la técnica del apartamento. Por eso, los juegos entre nosotras eran entre dos aspectos de una misma persona, aspectos compuestos por la mitad de cada una. Y la mitad de mi hermana era la dominante."

Pese a la patología de todo esto, la gran riqueza del juego mutuo no podría perderse jamás, aunque por el momento se estaba desperdiciando ya que las hermanas estaban separadas, cada una de ellas tratando de establecer un self unitario total. Es posible que algún día lleguen, de un modo u otro, a una re-uniión-aceptable.

La paciente me manifestó esto con bastante claridad, mientras que yo no lo he expuesto con claridad para ustedes. La mitad de ella misma estaba envuelta en su hermana. Y se debía a la manera de ser de la hermana, a raíz de su incapacidad de mantener una relación madura con la idea de la llegada de un nuevo bebé. Así que Jane y su hermana eran como una sola persona total; pero a Jane le quedó su mitad -la parte más importante de ella-, que consistía en pasar la mayor parte de su vida en alacenas y retraída. Vino a verme por su retraimiento; y su hermana tenía la otra mitad, que repudiaba la idea de una hermana y tenía un temperamento extravertido y debía hacer una vida separada de la de su hermana y negar la importancia de Jane. Las hermanas tenían que separarse la una de la otra para poder establecerse como selfs unitarios.

A partir de este insight, Jane pudo describirme un detalle ulterior muy importante de su problema. Enumeró todas las esquizofrenias que había habido en ambas ramas de la familia. Luego dijo que lo que le molestaba de su enfermedad era que ella fuese dos personas: una estaba afuera, mirando a la otra, la retraída, que se dejaba mirar. Esto parecía ser lo importante que Jane había venido a contarme, aunque cuando vino a verme no sabía en absoluto qué era lo que venía a contarme.

Aquí hice otra interpretación, retomando lo que ella me había dicho. Pude pasar a la relación con su hermana, tal como me la había descrito. Más allá de la fusión, estaba la mitad retraída de Jane y la mitad extravertida de su hermana.

Le dije que, por lo que yo podía ver, el problema entre ella y la madre no radicaba únicamente en esta defensa contra la homosexualidad y contra verse envuelta en la desazón y la soledad esenciales de la madre, sino que había un peligro mayor, y Jane lo notaba: y era que si ella hacía uso de la madre, desde su lado habría una repetición de la relación de fusión, del tipo de la que había tenido con la hermana, tan peligrosa aunque tan positiva. En otros términos, lo que ella temía era que la madre ocupase el sitio de la hermana en esta fusión, pues así recomenzada la situación anormal que en realidad, históricamente hablando, se había basado en el odio de la hermana hacia Jane y en la adaptación de esta última a dicho odio. Jane tenía la esperanza de evolucionar de modo de salir del retraimiento, pero esto implicaba que optara sentirse dividida, y que tolerase aceptar la idea de que en esa escisión tanto la observadora como la observada componían, sumadas, su self unitario. Para relacionarse con la madre debía alcanzar ese self unitario o identidad.

Todo esto le pareció razonable, porque era a la vez complejo y cierto: ninguna simplificación le habría parecido razonable; y luego pasamos aun "intercambio" comercial de opiniones sobre la manera de tratar a mamá.

Ha transcurrido, pues, un año ya desde esas dos primeras entrevistas de un total de cinco "a pedido", y puedo informar que hubo buenos progresos, ni forzados ni frenados: Jar;e me sigue usando como hermano-mamá.

Conclusiones

Espero que la descripción de este caso haya logrado transmitirles algo de lo que yo sentí en la experiencia real. Me sentí muy cerca de la sensibilidad de esta adolescente y su vívido contacto con sus mecanismos primitivos y sus estados semimórbidos. A pesar de que casi no hubo ni un solo

trastorno psiquiátrico que no tocáramos, creo que ésta es una chica sana. Dudo que sea tan interesante, o que esté tan penosamente próxima a la verdad desnuda, cuando tenga 25 años. A los 17 es una joven notable y molesta.

Digamos al pasar que el proceso de la consulta terapéutica nos llevó a Jane y a mí a esta visión insospechada de la etiología de su penosa división en la relación con la hermana, lo cual explicaba el temor de la chica a verse envuelta con su amada y solitaria madre. El propio impulso de la reacción de Jane ante la situación terapéutica nos condujo a un factor etiológicamente significativo, y esto es lo que quiero subrayar especialmente al presentar este detalle clínico, que es justamente el cuadro de una chica.

(1) Véase "Adolescence: Struggling through the Doldrums" en *The Family and Individual Development*, Londres, Tavistock; Nueva York, Basic Books, 1965. [Trad. cast.: *La familia y el desarrollo del individuo*, Buenos Aires, Hormé, 1967].

(2) "Alegoría de vivir"; en francés en el original.

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

Ideas y definiciones, 1950

Probablemente de comienzos de la década de 1950.

Verdadero self. Falso self

Este término se emplean para describir una organización defensiva en la cual se asumen prematuramente las funciones de cuidado y protección maternas, de modo tal que el bebé o el niño se adapte al ambiente al par que protege y oculta su verdadero self, o sea, la fuente de los impulsos personales. Es similar a la función que Freud, en un comienzo, asignaba al yo, vuelto hacia el mundo, entre el ello y la realidad externa.

En los casos característicos, el verdadero self aprisionado es

incapaz de funcionar, y estando así protegido queda limitada su oportunidad para una experiencia viva. La vida se Vive a través del falso y sumiso self, y clínicamente, el resultado es el sentimiento de irrealidad. Otros autores han empleado, para describir estados similares, la expresión "Yo- Observador".

La espontaneidad y el impulsó auténtico sólo pueden provenir del verdadero self, y para que ello ocurra alguien tiene que hacerse cargo de las funciones defensivas del falso self.

Objeto transicional. Fenómenos transicionales

El "objeto transicional" tuvo como finalidad conferir significación a los primeros signos de aceptación de un símbolo por el bebé en desarrollo. Este precursor del símbolo es, a la vez, parte del bebé y parte de la madre. A menudo es de hecho un objeto, y la adicción del niño a este objeto real es admitida y permitida por los padres. Pero a menudo no existe tal materialización; sin embargo encontramos que, posteriormente, ciertos fenómenos tienen la misma significación; por ejemplo, observar atentamente, pensar, distinguir entre los colores, ejercitar movimientos y sensaciones corporales, etc., etc.

La madre misma puede convertirse en un objeto transicional, o a veces el pulgar del niño; formas degeneradas son, entre otras, el balanceo, el golpearse la cabeza contra algo sólido, el chupeteo sumamente compulsivo, etc., y más tarde la pseudología fantástica y el robo.

En condiciones favorables, este objeto cede gradualmente su lugar a una gama cada vez más amplia de objetos, y a toda la vida

cultural.

Regresión (a la dependencia)

Por lo general, en los escritos psicoanalíticos el término "regresión" se aplica a la posición de los instintos. La regresión se da desde la experiencia erótica genital a la experiencia erótica, o fantasía pregenital, o bien .a puntos de fijación que pertenecen a la vida infantil, en la cual naturalmente predomina la fantasía pregenital.

También es un término apropiado para describir aquel estado de un adulto o niño durante la transferencia (o en cualquier otra relación dependiente) en el cual abandona una posición avanzada y restablece una dependencia infantil. Típicamente, en la regresión de esta índole se pasa de la independencia a la dependencia. En este empleo del término, indirectamente se introduce el ambiente, ya que la dependencia exige un ambiente que atienda á ella. En cambio, en el otro uso del término "regresión" no hay referencia implícita a un ambiente. También se utiliza el término "regresión" para describir el proceso, observable en un tratamiento, de un desprendimiento gradual del falso self o protector, hasta aproximarse a una nueva relación 'en' la cual ese self protector se deposita en el analista.

Madre suficientemente buena

Este término se emplea para describir la dependencia propia de la primera infancia. Implica que en todos los casos los cimientos de la salud mental debe ponerlos la madre, quien, en caso de ser sana, la tiene como para atender a las necesidades de su bebé a cada minuto. Lo que el bebé necesita, y lo necesita absolutamente, no es ninguna clase de perfección en el quehacer materno, sino una adaptación suficientemente buena, que es parte integral de una relación viva en la que la madre se identifica temporariamente con el bebé. Para poder hacerlo en el grado necesario, la madre necesita estar protegida de la realidad externa, de modo de poder gozar de un período de preocupación (materna primaria), siendo el bebé el objeto de su preocupación. Para ser capaz de perder este alto grado de identificación al mismo ritmo en que el bebé transita de la dependencia a la independencia, la madre tiene que ser sana, en el sentido de no ser proclive a una preocupación mórbida.

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso, 1960

Un acontecimiento reciente en el psicoanálisis ha sido el creciente uso del concepto del ser falso. Este concepto lleva consigo la idea de un ser verdadero

Datos históricos

Este concepto no es nuevo en sí, ya que aparece bajo distintas formas en la psiquiatría descriptiva y, de manera notable, en ciertas

religiones y sistemas filosóficos. Evidentemente, existe un estado clínico real que merece ser estudiado y, además, el concepto representa un desafío etiológico al psicoanálisis. El psicoanálisis se ocupa de lo siguiente:

1. ¿Cómo surge el ser falso?
2. ¿Cuál es su función?
3. ¿Por qué se exagera o se pone de relieve el ser falso en algunos casos?
4. ¿Por qué algunas personas no desarrollan un sistema de ser falso?
5. ¿Cuáles son los equivalentes del ser falso en las personas normales?
6. ¿Qué es lo que podríamos denominar «ser verdadero»?

Yo diría que la idea de un ser falso, idea que nos dan nuestros pacientes, aparece ya en las primeras formulaciones de Freud. Lo que yo divido en un ser falso y un ser verdadero me parece especialmente enlazable con la división freudiana del ser en una parte central y accionada por los instintos (o por lo que él llamó «sexualidad», pregenital y genital) y otra parte volcada hacia fuera y en relación con el mundo.

Aportación personal

Mi propia aportación a este terna emana del trabajo que he hecho simultáneamente en calidad de:

a) pediatra con madres y niños, y

b) psicoanalista por cuyo consultorio pasa un discreto número de casos límite tratados analíticamente pero que, en la transferencia, necesitan experimentar una fase (o fases) de severa regresión a la dependencia.

Mi experiencia me ha hecho reconocer que los pacientes dependientes o en estado de profunda regresión a veces le enseñan al analista mucho más sobre la primera infancia de lo que cabe aprender por medio de la observación directa de niños, así como más de lo que se aprende del contacto con las madres que cuidan de ellos. Asimismo, el contacto clínico con las experiencias normales y anormales de la relación madre-hijo influye en la teoría analítica del analista, toda vez que lo que sucede durante la transferencia (en las fases de regresión de ciertos pacientes) viene a ser una variante de la relación madre-hijo.

Me gusta comparar mi posición con la de Greenacre, que también se ha mantenido en contacto con la pediatría durante el ejercicio del psicoanálisis. Parece que también en su caso su valoración de cada una de las dos experiencias se ha visto influida por la otra.

A veces, la experiencia clínica en psiquiatría de adultos hace que para el analista exista un vacío entre la valoración de un estado clínico y la comprensión de la etiología del mismo. Semejante vacío surge de la imposibilidad de obtener una historia fidedigna de la primera infancia, ya sea del paciente psicótico, de su madre o de observadores más objetivos. Los pacientes analíticos que mediante la transferencia retroceden a una fase de profunda dependencia llenan este vacío al mostrar cuáles son sus esperanzas y necesidades durante las fases de dependencia.

Necesidades del ego y necesidades del id

Debo poner de relieve que al hacer referencia a la satisfacción de las necesidades del niño excluyo la satisfacción de los instintos. En el terreno por el que ahora se mueve mi examen los instintos todavía no se han definido claramente como presentes internamente en el niño. En efecto, los instintos pueden ser tan externos como pueden serlo los truenos o los golpes. El ego de la criatura está haciendo acopio de fuerza y, por consiguiente, acercándose a un estado en que las exigencias del id serán percibidas como parte del ser en lugar de serlo como factores ambientales. Al producirse esta evolución, la satisfacción del id se convierte en importantísimo reforzador del ego, o del ser verdadero; sin embargo, las excitaciones del id pueden resultar traumáticas cuando el ego no está todavía capacitado para absorberlas, ni para dar cabida a los riesgos que traen consigo y a las frustraciones que se experimentan en tanto no se haga realidad la satisfacción del id.

Un paciente me dijo:

-El buen gobierno (cuidado del ego), tal como lo he experimentado durante esta hora, es una nutrición (satisfacción del id).

No hubiese podido decirlo al revés, ya que de haberle alimentado él se hubiese sometido y ello hubiese obrado en provecho de la defensa de su ser falso, o, si no, hubiese reaccionado rechazando mis intentos de aproximación y eligiendo la frustración para mantener su integridad.

Ha habido otras influencias importantes para mí. Así, periódicamente se me ha pedido un comentario acerca de un paciente, a la sazón sometido a tratamiento psiquiátrico para adultos, que yo había observado cuando era una criatura o un niño pequeño. A menudo mis notas me han permitido ver que el estado psiquiátrico existente ahora ya era constatable en la relación madre-hija. (Excluyo de este contexto la relación padre-hijo debido a que

me estoy refiriendo a fenómenos de la primera infancia, concernientes a la relación del niño con la madre, o con el padre en calidad de sustituto de ella. Durante esta fase tan precoz, el padre todavía no es significativo en calidad de persona masculina.)

Ejemplo

El mejor ejemplo que puedo darles es el de una señora de mediana edad que tenía un ser falsa muy eficaz, pero que durante toda la vida había experimentado la sensación de no haber empezado a existir y de que constantemente había estado buscando un medio de llegar a su ser verdadero. Esta señora todavía se halla sometida a análisis, después de muchos años. En la primera fase de análisis exploratorio (que duró dos o tres años), comprobé que estaba tratando lo que ella había dado en llamar su «ser custodio». Este «ser custodio» había hecho lo siguiente:

1. Encontrar el psicoanálisis.
2. Venir a probar el análisis para, mediante esta complicada estratagema, comprobar si el analista era digno
3. Traer la paciente para que la analizase.
4. Paulatinamente, después de tres o más años, pasarle su función al analista (éste fue el momento de profundidad de la regresión, existiendo durante unas semanas un grado elevadísimo de dependencia con respecto al analista).
5. Rondar a la paciente, reanudando a veces la custodia cuando el analista fallaba (por estar enfermo, de vacaciones, etc.).

Su suerte final la veremos más adelante.

Basándome en la evolución de este caso, me fue fácil comprender la naturaleza defensiva del ser falso. Su función defensiva consiste en ocultar y proteger al ser verdadero, sea cual fuere éste. Inmediatamente se hace posible la clasificación de las organizaciones del ser falso:

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

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

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

4. Aún más cerca de la salud: el ser falso se edifica sobre identificaciones (como por ejemplo la de la paciente citada, cuyo medio ambiente en la niñez, así como su niñera, contribuyeron a dar visos de realidad a la organización del ser falso).

5. En la salud: el ser falso se halla representado por toda la organización de la actitud social cortés y bien educada, por un «no llevar el corazón en la mano», pudiéramos decir. Se ha producido un aumento de la capacidad del individuo para renunciar a la omnipotencia y al proceso primario en general, ganando así un lugar en la sociedad que jamás puede conseguirse ni mantenerse mediante el ser verdadero a solas.

Hasta el momento no he traspasado los límites de la descripción clínica. Sin embargo, incluso dentro de este campo reducido se reconoce la importancia del ser falso. Así, por ejemplo, es importante que no se encargue a los estudiantes de psicoanálisis la tarea de analizar a los pacientes que en esencia sean casos de personalidad falsa. En tales casos es más importante el diagnóstico de personalidad falsa que el diagnóstico del paciente hecho de conformidad con las clasificaciones psiquiátricas en uso. Asimismo, en la asistencia social -labor que obliga a la aceptación y tratamiento de todo tipo de casos- el diagnóstico de personalidad falsa reviste importancia para evitar la frustración extrema suscitada por los fallos terapéuticos acaecidos a pesar de la puesta en práctica de una asistencia social aparentemente buena y basada en principios analíticos. Este diagnóstico es especialmente importante en la selección de estudiantes para su adiestramiento en psicoanálisis o en la asistencia social de índole psiquiátrica; es decir: en la selección de toda clase de estudiantes para el desempeño de una labor asistencial dirigida a casos individuales. El ser falso organizado se halla asociado con una rigidez de las defensas que impide el crecimiento durante el período de estudiante.

La mente y el ser falso

A menudo un peligro muy especial lo representa la conexión entre el enfoque intelectual y el ser falso. Cuando el ser falso se organiza en un individuo dotado de un elevado potencial intelectual, se registra una fuerte tendencia por parte de la mente a convertirse en el sitio donde se ubica el ser falso, y entonces se desarrolla una disociación entre la actividad intelectual y la existencia psicosomática. (Debemos suponer que en el individuo sano la mente no es algo que se ha puesto a disposición del individuo para escapar de su existencia psicosomática. Este tema lo he desarrollado con cierta extensión en *Mind and its Relation to the Psyche-Soma*, 1949c.)

Cuando ha tenido lugar esta anomalía por partida doble, que consiste en: a) la organización de un ser falso para ocultar el ser verdadero, y b) el intento, por parte del individuo, de resolver su problema personal mediante el uso de un excelente intelecto, se obtiene un cuadro clínico caracterizado por la facilidad con que llama a engaño. Es posible que a los ojos del mundo el individuo aparezca como ejemplo de grandes méritos académicos y que, por consiguiente, sea difícil creer en la angustia real del individuo en cuestión, que tiene la impresión de estar viviendo «una farsa» a medida que aumentan sus éxitos. Cuando tales individuos se destruyen a sí mismos, de una u otra forma, el hecho produce invariablemente un shock en todos quienes habían puesto grandes esperanzas en ellos.

Etiología

Estos conceptos cobran interés psicoanalítico debido principalmente al estudio de la forma en que el ser falso se desarrolla al comienzo de la relación madre-hijo, y (más importante) al estudio de la forma en que el ser falso no pasa a constituir un rasgo significativo del desarrollo normal.

La teoría relativa a esta fase importante del desarrollo ontogénico es propia de la observación de la relación madre-hijo (paciente-analista en la regresión) y no corresponde a la teoría de los mecanismos precoces de defensa del ego organizados en contra de los impulsos del id, aunque, como es lógico, ambos temas coinciden en parte.

Para formular una exposición del proceso de desarrollo pertinente al caso, es esencial tener en cuenta el comportamiento y la actitud de la madre, ya que en este campo la dependencia es real y casi absoluta. No es posible plantear lo que sucede haciendo únicamente referencia al niño.

Al buscar la etiología del ser falso, nos encontramos examinando la fase de las primeras relaciones objetales. Durante la mayor parte de dicha fase el niño no está integrado, y nunca llega a estarlo en plenitud; la cohesión de los diversos elementos sensorio-motores pertenece al hecho de que la madre contenga a la criatura, a veces literalmente, y en todo momento figurativamente. De manera periódica, el gesto del niño y da expresión a un impulso espontáneo; la fuente del gesto es el ser verdadero, por lo que el gesto indica la existencia de un ser verdadero en potencia. Es preciso que veamos de qué manera responde la madre a esta omnipotencia infantil revelada por el gesto (o por un agrupamiento sensorio-motor). Aquí he enlazado la idea de un ser verdadero con el gesto espontáneo. En este período de desarrollo del individuo la fusión de la movilidad y de los elementos eróticos se halla en

proceso de constitución.

El papel de la madre

Es necesario examinar el papel que ejerce la madre, para lo cual me parece conveniente hacer la comparación de dos extremos. En un extremo la madre es una madre «buena», mientras que en el otro no es una madre «buena». Probablemente se me preguntará qué entiendo por buena.

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

La madre que «no es buena» es incapaz de cumplir la omnipotencia del pequeño, por lo que repetidamente deja de responder al gesto del mismo; en su lugar coloca su propio gesto, cuyo sentido depende de la sumisión o acatamiento del mismo por parte del niño. Esta sumisión constituye la primera fase del ser falso y es propia de la incapacidad materna para interpretar las necesidades del pequeño.

Forma parte esencial de mi teoría el hecho de que el ser verdadero no adquiere una realidad viviente a no ser como resultado del éxito repetido de la madre en su respuesta al gesto espontáneo o alucinación sensorial del pequeño. (Esta idea está estrechamente relacionada con la incluida por Sechehaye en el término «realización simbólica». Pese a haber jugado un papel importante en la moderna teoría psicoanalítica, este término no es del todo exacto, ya que lo que cobra realidad es el gesto o alucinación del pequeño, y su capacidad para utilizar un símbolo es el resultado.)

Se nos presentan ahora dos líneas de desarrollo en el esquema de acontecimientos correspondiente a mi formulación. En el primer caso la adaptación de la madre es buena y, por consiguiente, el niño empieza a creer en la realidad externa que se manifiesta y comporta como por arte de magia (debido al éxito relativo de la adaptación materna a los gestos y necesidades infantiles), y que actúa de una forma que no choca con la omnipotencia del pequeño. Partiendo de esta base, el pequeño abroga gradualmente la omnipotencia. El ser verdadero está dotado de espontaneidad, a la que se unen los acontecimientos del mundo. Entonces el pequeño puede empezar a gozar de la ilusión de creación y control omnipotentes, para reconocer más tarde, gradualmente, el elemento ilusorio, el hecho de jugar e imaginar. He aquí la base del símbolo que al principio consistirá tanto en la espontaneidad o alucinación del niño como en el objeto externo creado y finalmente catectizado.

Entre el niño y el objeto hay algo, tal vez alguna actividad o sensación. En la medida en que ese algo una al niño con el objeto (a saber, con el objeto parcial materno), será ésta la base de la formación de símbolo. Por el contrario, en la medida en que ese algo entre el niño y el objeto separe en vez de unir, su función será la de conducir hasta el bloqueo de la formación de símbolo.

En el segundo caso, que atañe más de cerca al tema que estamos tratando, la adaptación materna a las alucinaciones e impulsos espontáneos del niño es deficiente, es decir no es buena. El proceso que culmina en la capacidad para el empleo de símbolos no llega a empezar (o, si lo hace, se ve truncado y provoca el replegamiento del niño en relación con las ventajas obtenidas).

Cuando la adaptación de la madre no es buena al principio, cabría esperar la muerte física del pequeño, ya que no se habrá iniciado la catexis de los objetos externos. El pequeño permanece aislado. Sin embargo, en la práctica el niño vive, aunque lo haga falsamente. La

protesta que origina el hecho de ser forzado a una falsa existencia es detectable desde las primeras fases. El cuadro clínico muestra una irritabilidad general, así como trastornos de la nutrición y otras funciones que, de todas formas, pueden desaparecer clínicamente, aunque sólo sea para volver a aparecer en forma más grave posteriormente.

En este segundo caso, cuando la madre no es capaz de adaptarse bien, el niño se ve seducido a la sumisión y es un ser falso y sumiso quien reacciona ante las exigencias del medio ambiente, que parecen ser aceptadas por el niño. Por mediación de este ser falso el pequeño se construye un juego de relaciones falsas, y por medio de introyecciones llega incluso a adquirir una ficción de realidad, de tal manera que el pequeño, al crecer, no sea más que una copia de la madre, niñera, tía, hermano o quien sea que domine la situación entonces. El ser falso tiene una función positiva y muy importante: ocultar al ser verdadero, lo que logra sometiéndose a las exigencias ambientales.

En los ejemplos extremos de desarrollo de un ser falso, el ser verdadero permanece tan perfectamente escondido que la espontaneidad no constituye uno de los rasgos de las experiencias vitales del niño. El rasgo principal es entonces la sumisión, mientras que la imitación viene a ser una especialización. Cuando el grado de escisión en la personalidad infantil no es demasiado grande, puede que la imitación permita una forma de vivir casi personal, e incluso es posible que el niño desempeñe un papel especial: el del ser verdadero tal y como sería de haber existido.

De esta manera es posible localizar el punto de origen del ser falso, que, como vemos ahora, constituye una defensa contra lo inconcebible: la explotación del ser verdadero y su consiguiente aniquilamiento. (Si alguna vez llegan a producirse la explotación y el aniquilamiento, será en la vida del pequeño cuya madre no sólo «no es buena» en el sentido antes expuesto, sino que es buena y

mala de forma exasperantemente irregular. En tal caso, parte de la enfermedad de la madre consiste en su necesidad de provocar y mantener la confusión en quienes están en contacto con ella. Esto suele ponerse de manifiesto en los casos en que, durante la transferencia, el paciente procura que el analista se enfurezca [Bion, 1959; Searles, 1959]. Es posible que esto se dé a veces en grado suficiente para borrar los últimos vestigios de la capacidad infantil para defender el ser verdadero.)

En mi escrito titulado Primary Maternal Preoccupation (1956a) procuro desarrollar el tema del papel materno, apuntando que la mujer normal que queda embarazada adquiere poco a poco un elevado grado de identificación con su hijo. La identificación se va desarrollando durante el embarazo, alcanza su punto culminante cuando la mujer está de parto y luego desaparece paulatinamente durante las semanas y meses que siguen al alumbramiento. Esta cosa saludable que les ocurre a las madres presenta implicaciones tanto hipocondríacas como de narcisismo secundario. Esta orientación singular de la madre hacia su hijo no depende solamente de su propia salud mental, sino que también se ve afectada por el medio ambiente. En los casos más sencillos, el hombre, respaldado por una actitud social que es por sí misma una evolución de su función natural, se enfrenta a la realidad externa por cuenta de la madre, logrando que para ella resulte seguro y sensato permanecer temporalmente volcada hacia adentro, concentrada en sí misma. El diagrama de esta circunstancia se parece al de una persona o familia paranoide. (Aquí viene a la memoria la descripción que hizo Freud [1920] de la vesícula viviente con su estrato cortical receptivo...)

El desarrollo de este tema no es propio del presente escrito, aunque es importante que se entienda bien cuál es la función de la madre. No se trata ni mucho menos de algo perteneciente a una fase evolutiva reciente, propia de la civilización, del progreso o de la comprensión intelectual. Ninguna teoría es aceptable si no tiene en

cuenta que desde siempre las madres han desempeñado esta función esencial de forma satisfactoria. Esta función es lo que permite a las madres conocer las esperanzas y necesidades precoces de sus hijos, y también la que las hace sentirse personalmente satisfechas del bienestar de sus hijos. Gracias a esta identificación, la madre sabe cómo sostener al hijo, de manera que éste empiece existiendo y no simplemente reaccionando. He aquí el origen del ser verdadero, que no puede convertirse en realidad sin la relación especializada de la madre, relación que podríamos definir con una palabra de uso corriente: devoción (1).

El ser verdadero

El concepto de «ser falso» precisa del equilibrio que ofrece la formulación de lo que con todo derecho podemos denominar «ser verdadero». En la fase más precoz, el ser verdadero consiste en la posición teórica de donde proceden el gesto espontáneo y la idea personal. El gesto espontáneo representa el ser verdadero en acción. Sólo el ser verdadero es capaz de crear y de ser sentido como real. La existencia de un ser falso, por el contrario, produce una sensación de irrealidad o un sentimiento de futilidad.

Si logra cumplir su función, el ser falso oculta al ser verdadero o, si no, encuentra la forma de que el ser verdadero empiece a vivir. Semejante resultado puede conseguirse por toda clase de medios, pero los ejemplos que observamos más de cerca son aquellos en que la sensación de realidad a de valor de las cosas aparece durante el tratamiento. La paciente de quien les hablé hace poco ha llegado, después de un largo análisis, al comienzo de su vida. Esa señora carece de experiencia y de pasado. Empieza la vida con cincuenta años desperdiciados, pero al menos se siente real y, por

consiguiente, desea vivir.

El ser verdadero emana de la vida de que están dotados los tejidos del cuerpo y de la acción de las funciones corporales, incluyendo la del corazón y la respiración. Se halla estrechamente ligado a la idea del proceso primario y al principio, en esencia, no es reactivo a los estímulos externos, sino que es primario. De poco sirve formular la idea de un ser verdadero, como no sea para tratar de comprender al ser falso, dado que su papel se limita a juntar los detalles surgidos de la experiencia de estar vivo.

Poco a poco, el niño alcanza un grado de desarrollo tan avanzado que en vez de decir que el ser falso oculta al ser verdadero resulta más acertado decir que oculta la realidad interna del niño. Al llegar a ese grado de desarrollo, el niño ha establecido una membrana restrictiva, cuenta con un interior y un exterior, y se ha librado en gran medida del cuidado materno.

Conviene fijarse en que, según la teoría que estoy formulando, el concepto de una realidad individual interna de los objetos es propio de una fase posterior a la del concepto del ser verdadero. Este último concepto aparece tan pronto como haya alguna organización mental del individuo y no va mucho más allá de constituir la suma de la vida sensorio-motora.

El ser verdadero se hace complejo rápidamente, relacionándose con la realidad externa por medio de procesos naturales, es decir los que se desarrollan en el niño a medida que pasa el tiempo. Llega entonces un momento en que el niño es capaz de reaccionar a un estímulo sin sufrir ningún trauma, ya que el estímulo tiene su complemento en la realidad interna, psíquica del individuo. Entonces el niño se explica todo estímulo como proyección, aunque no es ésta una fase a la que se llegue forzosamente; a veces se consigue sólo de modo parcial y otras se consigue y luego se pierde. Una vez alcanzada esta fase, el niño es capaz de retener el

sentimiento de omnipotencia aun cuando reaccione ante factores ambientales que el observador percibe como verdaderamente externos al niño. Todo esto sucede años antes de que el niño esté capacitado para razonar intelectualmente la intervención de la casualidad pura.

Cada nuevo período de vida en el que el ser verdadero no haya sido seriamente interrumpido produce el fortalecimiento del sentido de realidad propia, acompañado por la creciente capacidad infantil para tolerar los dos conjuntos de fenómenos siguientes:

1. Interrupciones de la continuidad existencial del ser verdadero. (En este aspecto se nos presenta una de las formas en que el proceso de nacimiento puede resultar traumático; por ejemplo, cuando se produce un retraso sin pérdida del conocimiento.)

2. Experiencias reactivas o del ser falso, relacionadas con el medio ambiente en base a la sumisión. Éste es el papel del niño a quien (antes de su primer cumpleaños) se le puede enseñar a modular algún monosílabo, por ejemplo: «Ta.» Dicho de otra manera, me refiero al niño a quien podemos enseñarle la existencia de un medio ambiente que está siendo intelectualmente aceptado. Los sentimientos de gratitud podrán o no venir después.

El equipo normal del ser falso

De esta forma, mediante procesos naturales, se desarrolla la organización del ego infantil adaptado al medio ambiente. No obstante, esto no sucede automáticamente y, de hecho, sólo es posible si antes el ser verdadero ha pasado a ser una realidad viva, gracias a la buena adaptación materna a las necesidades del pequeño. Existe un aspecto sumiso del ser verdadero en el vivir

normal: la habilidad del niño para someterse sin exponerse. La habilidad para el compromiso constituye un logro. El equivalente del ser falso en el desarrollo normal es aquello susceptible de convertirse en una costumbre social del niño, en algo que es adaptable. En la salud, esta costumbre representa un compromiso que deja de ser aceptable cuando la situación es crucial. Cuando sucede esto, el ser verdadero pasará por encima del ser sumiso. Desde el punto de vista clínico, esto constituye un problema que reaparece periódicamente durante la adolescencia.

Grados del ser falso

Si se acepta la descripción de estos dos extremos y de su etiología, no nos será difícil, en nuestra labor clínica, tener en cuenta que la defensa constituida por el ser falso existe en mayor o menor grado, que va desde el aspecto cortés y normal del ser hasta el ser falso escindido y sumiso que es confundido por el niño. Fácilmente se verá que a veces esta defensa puede formar la base de una especie de sublimación, como sucede cuando el niño al crecer se hace actor. En lo que se refiere a los actores, los hay de dos tipos: los que saben ser ellos mismos y al mismo tiempo actuar y, por el contrario, los que sólo saben actuar. Estos últimos se encuentran perdidos por completo cuando no interpretan un papel, y cuando no les es apreciada y aplaudida su actuación (manera en que les es confirmada su existencia).

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

cultural. (Véase *Transitional Objects and Transitional Phenomena*, 1951.) En contraste, cuando hay un elevado grado de escisión entre el ser verdadero y el ser falso que lo esconde, hay también escasa capacidad para la utilización de símbolos, así como una vida cultural pobre. En tales personas se observa que en lugar de una serie de inquietudes culturales hay un marcado desasosiego, incapacidad para la concentración y la necesidad de ser atacado por la realidad externa de manera que el individuo pueda llenar su vida con las reacciones ante tales ataques.

Aplicación clínica

Ya he hecho referencia a la importancia que reviste el reconocimiento del ser falso al diagnosticar un caso para su tratamiento o al evaluar un candidato al ejercicio de la psiquiatría o de la asistencia social psiquiátrica.

Consecuencias para el psicoanalista

Si estas consideraciones resultan ciertas, entonces el psicoanalista en ejercicio se verá forzosamente afectado de las siguientes maneras:

a) Al analizar una personalidad falsa, hay que tener presente que el analista se ve limitado a hablar del ser verdadero del paciente con el ser falso del mismo. Es como si una niñera llevase a su pupilo a la consulta y el analista empezase por hablar con ella acerca del problema del niño, sin establecer contacto directo con éste. El análisis no empieza en tanto la niñera no deje al niño a solas con el

analista y se vea que es capaz de permanecer a solas con él y empiece a jugar.

b) En el punto de transición, cuando el analista empieza a establecer "contacto con el ser verdadero del paciente, tiene que haber un periodo de extrema dependencia. A menudo esta condición se pasa por alto en la labor analítica. El paciente padece una enfermedad o de alguna forma da al analista la oportunidad de hacerse cargo de la función del ser falso (niñera); pero sucede que en este punto el analista no se da cuenta de lo que está sucediendo y, por consiguiente, son otras personas las que cuidan al paciente y de quienes éste depende durante un período de regresión encubierta a la dependencia. Así se desperdicia la oportunidad.

c) Los analistas que no estén dispuestos a satisfacer las agudas necesidades de los pacientes que hayan llegado así a la dependencia deben, al escoger sus pacientes, cuidar de que entre ellos no haya ningún caso de ser falso.

A veces el análisis parece no terminar nunca debido a que se está llevando a cabo en base al ser falso. En cierto caso, el de un paciente que vino a mí cuando ya llevaba tiempo sometido a análisis, mi trabajo empezó en realidad cuando le hice ver claramente que era consciente de su inexistencia. El paciente comentó que a lo largo de los años todo cuanto se había hecho por él resultaba inútil, ya que se partía de la base de que existía, mientras que lo cierto era que existía falsamente. Al decirle que reconocía su existencia, sintió que por primera vez alguien se comunicaba con él. Lo que quería decir era que su ser verdadera, que desde la infancia permanecía oculto, acababa entonces de entrar en comunicación con el analista del único modo que no resultaba peligroso. Este ejemplo es típico de la forma en que este concepto afecta a la labor psicoanalítica.

Me he referido a otros aspectos de este problema clínico. Por

ejemplo, en *Withdrawal and Regression* (1954a) en el tratamiento de un paciente seguí, durante la transferencia, la evolución de mi contacto con su propia versión del ser falso, pasando por mi primer contacto con su ser verdadero, hasta a; realizar un análisis sincero. En este caso el replegamiento tuvo y que convertirse en regresión, tal como se describe en el citado escrito.

Cabría formular el siguiente principio: que en la zona correspondiente al ser falso dentro del ejercicio del psicoanálisis se adelanta más reconociendo la inexistencia del paciente que empeñándose en realizar el tratamiento atendiendo a sus mecanismos de defensa del ego. El ser falso del paciente es capaz de colaborar indefinidamente con el analista en el análisis de las defensas; diríase que se pone de parte del analista. La única forma de atajar ventajosamente esta infructuosa tarea consiste en que el analista logre señalar específicamente la ausencia de algún rasgo esencial, diciendo al paciente, por ejemplo, que “no tiene boca”, que “todavía no ha empezado a existir”, que «físicamente es hombre, pero que no sabe por experiencia nada sobre la masculinidad», etcétera. El reconocimiento de factores de tanta importancia, realizado claramente y en el momento preciso, prepara el camino para la comunicación con el ser verdadero. Tuve un paciente que había sido objeto de gran número de análisis inútiles basados en su ser falso y que había cooperado vigorosamente con su analista, que creía estar tratando con su ser verdadero. Una vez me dijo:

-La única vez que he sentido esperanza fue cuando usted me dijo que no veía ninguna esperanza y luego prosiguió el análisis.

Basándose en esto cabría decir que el ser falso (al igual que las proyecciones múltiples en fases posteriores del desarrollo) logra engañar al analista si éste no se da cuenta de que el ser falso, confundido con una persona en plenitud de funciones y por muy bien instaurado que esté, carece de algo: el elemento esencial

constituido por la originalidad creadora.

A medida que pase el tiempo, se describirán muchos aspectos más de la aplicación de este concepto. Incluso puede que el mismo concepto deba ser modificado. Mi propósito al dar cuenta de esta parte de mi trabajo (que enlaza con el trabajo de otros analistas) obedece a que, en mi opinión, el moderno concepto de un ser falso que oculta a un ser verdadero junto con la teoría de su etiología es susceptible de surtir un efecto importante en la labor psicoanalítica. Que yo sepa, no entraña ningún cambio importante de la teoría básica.

Notas:

(1) A causa de esto di el título de *The Ordinary Devoted Mother and Her Baby* a mi ciclo de charlas dirigidas a las madres (Winnicott, 1949a).

Biblioteca D. Winnicott

La defensa maníaca

1935

Leído ante la Sociedad Psicoanalítica Británica, el 4 de diciembre de 1935

Refiriéndome a mi caso particular, la creciente comprensión del concepto que Melanie Klein denomina actualmente «la defensa maníaca», ha coincidido con una profundización de mi apreciación de la realidad interior. Hace tres o cuatro años lo que yo hacía era contrastar la «fantasía» y la «realidad», lo cual hacía que mis amigos no iniciados en el psicoanálisis me dijese que estaba empleando la palabra «fantasía» de una manera que difería del empleo ordinario que del término se hace. A sus objeciones yo replicaba que el mal uso del término resultaba inevitable, ya que (como sucede en el empleo psicoanalítico de la palabra «angustia») la invención de una nueva palabra hubiese sido más difícil de justificar que el hecho de remozar un término ya existente.

Gradualmente, sin embargo, me voy dando cuenta de que uso la palabra “fantasía” más en su sentido normal y he llegado a comparar la realidad externa no tanto con la fantasía como con la realidad interna. En cierto modo lo que les estoy diciendo es una sutileza, ya que, si se respetara suficientemente la «fantasía», tanto la consciente como la inconsciente, no haría falta ningún esfuerzo para pasar a utilizar el término «realidad interna». y, con todo, puede que haya para quienes, tal como me sucede a mí, el cambio de la terminología entrañe una profundización de la creencia en una realidad interior (1).

La conexión entre este prolegómeno y el título de mi escrito, «La defensa maníaca», estriba en que forma parte de la defensa maníaca de uno mismo el ser incapaz de dar plena importancia a la realidad interior. Existen fluctuaciones en la capacidad personal para respetar la realidad interior, fluctuaciones que se relacionan con la angustia depresiva que hay en uno mismo. Su efecto consiste en que en ciertos días se nos presenta un paciente que emplea principalmente defensas de tipo maníaco y que nos ofrece un material que al principio escapa a la interpretación. Y sin embargo, las notas tomadas de las asociaciones durante la visita nos parecerán completamente comprensibles al día siguiente.

Esta nueva comprensión nos induce a replantearnos la “huida hacia la realidad» (Searl, 1929) en calidad de huida de la realidad interna más que de la fantasía. La realidad interna misma debe describirse en términos de fantasía y, sin embargo, no es sinónimo de la fantasía, ya que se utiliza para denotar la fantasía que es personal y organizada, así como históricamente relacionada con las experiencias, excitaciones, placeres y dolores físicos de la infancia. La fantasía forma parte del esfuerzo que realiza el individuo para afrontar la realidad interior. Cabe decir que la fantasía (2) y los

sueños diurnos o devaneos constituyen manipulaciones omnipotentes de la realidad externa. El control omnipotente de la realidad entraña la fantasía acerca de esta realidad. El individuo llega a la realidad externa a través de las fantasías omnipotentes elaboradas dentro del esfuerzo para alejarse de la realidad interior.

En el último párrafo de su escrito («La huida hacia la realidad», 1929) la señorita Searl escribe: «... en peligro (el niño), quiere conservar los padres idealmente amados y amantes siempre consigo, sin temor alguno a la separación; al mismo tiempo quiere destruir en el odio a los padres poco cariñosos y severos que le dejan expuesto a los horribles peligros de las tensiones libidinales insatisfechas. Es decir, en la fantasía omnipotente el niño devora tanto a los padres amantes como a los severos...».

Pienso que lo que aquí se omite es el reconocimiento de la relación con los objetos que se presiente hay en el interior. Diríase que aquello con lo que nos encontramos no es meramente una fantasía de incorporación de los padres buenos y malos, que sino que nos encontramos con el hecho, del cual el pequeño es mayormente inconsciente, de que por las mismas razones que han funcionado dentro de las relaciones del niño con los padres externos, se producen ahora ataques sádicos dentro del niño, ataques dirigidos contra los padres buenos que se quieren mutuamente (debido a que, al ser felices juntos, son causa de frustración), ataques contra los padres a los que el odio transforma en «malos», defensa contra los objetos «malos» que ahora amenazan al yo también y, asimismo, intentos de salvar lo «bueno » de lo « malo », de emplear lo « malo » para contrarrestar lo «malo» y así sucesivamente.

Las fantasías omnipotentes no constituyen tanto la realidad interior misma como una defensa contra la aceptación de dicha realidad. En tal defensa uno encuentra una huida hacia la fantasía omnipotente, al igual que el paso de unas fantasías a otras y, siguiendo este orden, una huida hacia la realidad externa. Es por eso que creo que no se puede comparar ni contrastar la fantasía con la realidad. En el libro de aventuras corriente, extrovertido, a menudo vemos cómo el autor lleva a cabo la huida hacia los sueños diurnos de la infancia y cómo más tarde se vale de la realidad externa en esta misma huida. El autor no es consciente de la angustia interior depresiva de la que ha escapado. Ha vivido una vida llena de incidentes y aventuras que le es posible narrar exactamente. Pero la impresión que queda en el lector es la de una personalidad relativamente poco profunda, por esta misma razón: que el autor aventurero se ha visto obligado a basar su vida en la negación de la realidad personal interior. Uno se aparta con alivio de tales autores para coger otros capaces de tolerar la angustia depresiva y la duda.

Resulta posible investigar el aminoramiento de la defensa maníaca en el comportamiento y en las fantasías de un paciente durante su análisis. A medida que las angustias depresivas se atenúan a consecuencia del análisis, mientras aumenta la creencia en unos objetos interiores “buenos”, la defensa maníaca se hace menos intensa y menos necesaria, y, por consiguiente, menos evidente.

Debería ser posible eslabonar la aminoración de la manipulación omnipotente, del control y de la devaluación con la normalidad, y, en cierto grado, la defensa maníaca que todos empleamos en la vida cotidiana. Por ejemplo, uno se encuentra en un music-hall; en el escenario aparecen las bailarinas, adiestradas para dar sensación de vivacidad. Cabría decir que nos hallamos ante la escena originaria, ante el exhibicionismo, ante el control anal, la sumisión masoquista ante la disciplina, el desafío del superyo. Más tarde o más temprano uno añade lo siguiente: he aquí la VIDA. ¿No será acaso que lo principal de la función consiste en negar la muerte, defenderse contra las ideas depresivas de una «muerte interior», mientras la sexualización ocupa un plano secundario?

¿Y qué decir, por ejemplo, de la radio que se tiene encendida interminablemente? ¿Y del vivir en una ciudad como Londres, con su incesante ruido, sus luces que nunca se extinguen? Cada uno de

estos ejemplos ilustra la tranquilización contra la muerte interior -tranquilización que se lleva a cabo a través de la realidad-, y un empleo de la defensa maníaca que puede ser normal.

Igualmente, para explicarse el hecho de que en nuestra prensa exista una columna dedicada a la Corte debemos postular la presencia de una necesidad general de ser tranquilizados contra ideas de enfermedad y muerte en la familia real y entre la aristocracia, esta tranquilización nos puede ser proporcionada mediante la publicación fidedigna de los hechos. Pero no hay seguridad posible contra la destrucción y desorganización de las figuras correspondientes en nuestra realidad interior. De «Dios salve al Rey» no basta con decir que queremos salvar al rey del odio inconsciente que sentimos por él. Podríamos decir que en nuestra fantasía inconsciente llegamos a darle muerte, y deseamos ponerle a salvo de nuestra fantasía, pero esto extiende demasiado la palabra “fantasía”. Prefiero decir que en nuestra realidad interior el padre interiorizado es constantemente asesinado, robado, quemado y despedazado, y nosotros agradecemos la personalización de este padre interiorizado por un hombre real a cuya salvación podemos contribuir. El duelo de la Corte es una orden obligatoria que rinde tributo a la normalidad del suelo. En la defensa maníaca el duelo no puede ser experimentado.

En estas columnas dedicadas a la vida de la Corte se da cuenta y se predicen los movimientos de la aristocracia y aquí, tenuemente disfrazado, puede apreciarse el control omnipotente de personajes que representan a los objetos interiores.

Lo cierto es que apenas es posible hablar en abstracto sobre si tales dispositivos constituyen una tranquilización normal a través de la realidad o si, por el contrario, son una defensa maníaca anormal. Sin embargo, lo que sí puede decirse y comentarse es el uso de la defensa con el que nos encontramos durante el análisis de un paciente.

En la defensa maníaca la relación con un objeto externo se utiliza con la finalidad de aminorar la tensión en la realidad interna. Pero es característico de la defensa maníaca que el individuo no pueda creer plenamente en la vida que niega a la muerte, ya que el individuo no cree en su propia capacidad para el amor objetal, pues la compensación es solamente real cuando la destrucción es reconocida.

Puede ser parte de nuestras dificultades para ponernos de acuerdo sobre un término que denomina lo que de momento se llama “defensa maníaca”, tenga que ver con la naturaleza de la misma defensa maníaca. Uno no puede dejar de observar que, en el habla popular, no solamente se emplea la palabra “depresión”, sino que además se emplea en su sentido exacto. ¿Es que no es posible ver en esto la introspección que acompaña a la depresión? El hecho de que no exista ningún término popular para la defensa maníaca podría engarzarse con la ausencia de autocrítica que clínicamente la acompaña. Por la misma naturaleza de la defensa maníaca, deberíamos dar por sentada nuestra incapacidad para conocerla directamente por medio de la introspección, en el momento en que esa defensa está operando.

Es justamente cuando estamos deprimidos cuando nos sentimos deprimidos. Es precisamente cuando la defensa maníaca actúa en nosotros cuando menos probable es que sintamos como si nos estuviéramos defendiendo contra la depresión. En tales momentos es más probable que nos sintamos alborozados, felices, ocupados, excitados, de buen humor, omniscientes, «llenos de vida» y que, al mismo tiempo, estemos menos interesados que de costumbre en cosas serias y en lo horrible que es el odio, la destrucción y las muertes. No deseo sostener que en los análisis del pasado (3) no se hayan alcanzado las fantasías inconscientes más profundas, las cuales (siguiendo a Freud) llamo aquí «realidad interior». Al estudiar la técnica psicoanalítica se nos enseña a interpretar dentro de la transferencia. El análisis completo de la transferencia proporciona el análisis de la realidad interna. Pero la comprensión de esta última resulta necesaria para una clara comprensión la transferencia.

Características de la defensa maníaca

Ha llegado el momento de hacer un examen más minucioso de la defensa maníaca. Sus características son la manipulación omnipotente o bien el control y la devaluación despectiva; se organiza con respecto a las angustias propias de la depresión, la cual es el estado de ánimo resultante de la coexistencia del amor y la voracidad o gula por una parte y el odio por otra dentro del marco de las relaciones entre los objetos interiores.

La defensa maníaca se manifiesta de diversas maneras, distintas aunque interrelacionadas; a saber:

- Negación de la realidad interior.
- Huida desde la realidad interior a la realidad exterior.
- Mantenimiento en «animación suspendida» de la gente que hay en la realidad interior.
- Negación de las sensaciones de depresión -es decir, la pesadez, la tristeza- por medio de sensaciones específicamente opuestas: ligereza, buen humor, etc.

El empleo de casi cualquier par antitético en la tranquilización contra la muerte, el caos, el misterio, etc., ideas que pertenecen al contenido de fantasía de la posición defensiva.

Negación de la realidad interior.

Ya me he referido a esto al explicarles mi propia demora en reconocer las fantasías inconscientes más profundas. Clínicamente, no vemos tanto la negación como la elación relacionada con ella, o bien un sentimiento de irrealidad acerca de la realidad externa, o el despreocupación por las cosas serias.

Vale la pena citar aquí un tipo de reconocimiento parcial de la realidad interior. Cabe encontrarnos con un reconocimiento sorprendentemente profundo de ciertos aspectos de la realidad interior en personas que, sin embargo, no reconocen que la gente que habita en ellas forman parte de ellas mismas. El artista siente como si el cuadro fuese pintado por alguien que actúa desde su interior; el predicador siente como si Dios hablase a través de él. Muchas personas que llevan vidas normales y valiosas no se sienten responsables de lo mejor que hay en ellas. Se sienten orgullosas y felices de ser el agente de una persona amada y admirada, o bien de Dios, pero niegan su paternidad en cuanto al objeto interiorizado. Creo que se ha escrito más acerca de los objetos interiorizados «malos» y repudiados que acerca de la negación de las fuerzas y objetos internos «buenos».

Existe una aplicación práctica de esto, pues en el análisis del tipo más satisfactorio de paciente religioso resulta útil trabajar con el paciente como si existiese una base mutuamente acordada sobre el reconocimiento de la realidad interior, dejando que el reconocimiento del origen personal del Dios del paciente venga automáticamente como resultado de la aminoración de la angustia debida al análisis de la posición depresiva. Resulta necesariamente peligroso que el analista crea que el Dios del paciente es un «objeto de la fantasía». El empleo de esa palabra haría que el paciente sintiese que el analista está subvalorando el objeto «bueno», cosa que en realidad no hace el analista. Me parece que algo parecido sería aplicable al análisis del artista en lo que se refiere a su fuente de inspiración, así como al análisis de la gente interiorizada y de los compañeros imaginarios a quienes nos pueden presentar nuestros pacientes.

Huida desde la realidad interior a la realidad exterior.

Existen varios tipos clínicos de esta huida. Hay el paciente que hace que la realidad exterior exprese las fantasías. Hay el paciente que sueña despierto, manipulando omnipotentemente la realidad, pero a sabiendas de que se trata de una manipulación. Existe el paciente que explota cada uno de los aspectos físicos posibles de la sexualidad y de la sensualidad. El paciente que explota las sensaciones corporales interiores. De los dos últimos, el primero, el masturbador compulsivo, aplaca la tensión física por medio de la satisfacción que procura la actividad autoerótica así como por medio de las experiencias compulsivas de índole homosexual y heterosexual; el segundo, el hipocondríaco, llega a tolerar la tensión física mediante la negación del contenido de fantasía.

Animación suspendida.

En este aspecto de la defensa, en el cual el paciente controla a los padres interiorizados, manteniéndoles entre la vida y la muerte, la realidad interior peligrosa (con sus objetos «buenos» amenazados, sus objetos «malos» y sus fragmentos de objetos, y sus peligrosos perseguidores) es reconocida (inconscientemente) en cierta medida y afrontada. La defensa es insatisfactoria debido a que el control omnipotente de los padres interiorizados «malos» impide también todas las buenas relaciones, y el paciente se siente muerto por dentro y ve el mundo como un lugar incoloro. Mi segundo caso es ejemplo de esto.

Negación de ciertos aspectos de los sentimientos de depresión

Utilización de pares antitéticos para la tranquilización. Estas dos características pueden examinarse conjuntamente. Como ejemplo de lo que quiero decir les daré algunos pares antitéticos explotados corrientemente en las fantasías omnipotentes y en la realidad exterior controlada omnipotentemente por los pacientes que se hallan en un estado de defensa maníaca. Algunos emplean más corrientemente al servicio de la obtención de seguridad o confianza por medio de la realidad exterior, de manera que la omnipotencia y la devaluación se evidencian relativamente poco.

| | |
|-------------|--------------------------|
| Vacío | Pleno |
| Muerto | Vivo, en crecimiento |
| Quieto | En movimiento |
| Gris | Coloreado |
| Oscuro | Claro, luminoso |
| Invariable | Constantemente cambiante |
| Lento | Rápido |
| Dentro | Fuera |
| Pesado | Ligero |
| Hundimiento | Alzamiento |

| | |
|--------------------------|------------------------|
| Bajo | Alto |
| Triste | Gracioso, feliz |
| Deprimido | Alegre, dominante |
| Serio | Cómico |
| Separado | Unido |
| Separándose | Uniéndose |
| Informe | Formado, proporcionado |
| Caos | Orden |
| Discordancia | Armonía |
| Fracaso | Éxito |
| En pedazos | Integrado |
| Desconocido y misterioso | Conocido y comprendido |

Aquí las palabras clave son «muerto» y «vivo», «en movimiento», «en crecimiento».

Depresivo-ascensivo

Deseo dedicar unos minutos a una de estas defensas que me interesa especialmente.

Mientras buscaba una palabra capaz de describir las defensas totales contra la posición depresiva me encontré con la palabra «ascensivo». Me la sugirió el doctor M. Taylor como antítesis de «depresivo» y resulta mejor que la palabra «animado» que, en los informes bursátiles, suele emplearse como antítesis de «depresivo».

Me parece a mí que esta palabra, «ascensivo», es susceptible de ser utilizada provechosamente para llamar la atención sobre la defensa contra un aspecto de la depresión que se ve entrañado en términos como «pesadez de corazón», «profundidad de desánimo», «esa sensación de hundimiento», etc.

Basta con pensar en las palabras «grave», «gravedad», «gravitación» y en las palabras «leve», «levedad», «levitación»; cada una de estas palabras tiene un doble significado. Gravedad denota seriedad, pero también se utiliza para describir una fuerza física. Levedad denota devaluación y chistosidad así como falta de pesadez física. En los juegos infantiles he comprobado siempre que los globos, los aeroplanos y las alfombras mágicas llevan consigo un significado de defensa maníaca, a veces de un modo específico y otras veces de manera incidental. Asimismo, la alegría, lo que los ingleses llamamos «tener la cabeza ligera» (4) es síntoma común de una fase depresiva en ciernes, se trata de una defensa contra la pesadez: la cabeza, como si estuviera llena de gas, tiende a levantar al paciente por encima de sus problemas. En este sentido es interesante tomar nota de que al reír nos demostramos a nosotros mismos y a nuestros compañeros que poseemos mucho aire, para dar y vender, mientras que al suspirar y sollozar demostramos una falta relativa de aire mediante nuestros restringidos intentos de absorber aire. La palabra «ascensivo» trae a primer plano la importancia de la Ascensión en la religión cristiana. Creo que alguna vez debería haber descrito la Crucifixión y la Resurrección en términos de castración simbólica con la subsiguiente erección, a pesar de la ofensa corporal. De haberle ofrecido esta explicación a un cristiano, éste hubiera protestado, no sólo debido a la negación general del simbolismo sexual inconsciente; cuando me parte de la indignación resultante hubiese estado justificada (5) por el hecho de

haberme olvidado yo de la importancia depresivo-ascensiva del mito. Cada año el cristiano prueba las profundidades de la tristeza, el desánimo, la desesperanza, en las experiencias del Viernes Santo. El cristiano medio no puede retener la depresión tanto tiempo, y así pasa a una fase maníaca el Domingo de Pascua. La Ascensión señala la recuperación de la depresión.

Muchas personas encuentran que la tristeza va está lo bastante a mano como para que encima venga la religión a complicar las cosas. Tales personas son incluso capaces de tolerar la tristeza sin el apoyo que proporciona la experiencia compartida. Pero a veces me ha sorprendido, al oír cómo el analizado despreciaba la religión, que estén manifestando una defensa maníaca en la medida en que no logran reconocer la tristeza, la culpabilidad y la inutilidad, así como el valor que tiene el alcanzar esto que es propio de la realidad interior personal o psíquica.

La defensa maníaca y el simbolismo

El tema que he elegido es ciertamente susceptible de un amplio tratamiento. Una cuestión que me interesa muchísimo es la relación teórica entre los fenómenos de la defensa maníaca y el simbolismo. Por ejemplo, la salida del sol tiene una significación fálica, es decir, de erección. Esto es obvio, pero no se trata de lo mismo que su significación ascensiva o contradepresiva. En los juegos y las fantasías los globos se utilizan como símbolo del cuerpo o de los pechos de la madre, de la hinchazón del embarazo, de la erección, del flato; asimismo, se emplean como símbolos contradepresivos. En lo que respecta a los sentimientos, son contradepresivos, sea cual sea el objeto al que desplacen.

El caerse tiene una significación sexual o pasivo-masoquista; tiene además una significación depresiva; y así sucesivamente.

Puede que una mujer envidie al hombre, desee ser hombre, odie ser mujer, porque, siendo ella propensa a la angustia depresiva, ha llegado a identificarse con el hombre que tiene una erección y, de esta manera, con la defensa maníaca ascensiva.

Éstas y otras relaciones entre las defensas maníacas y el simbolismo sexual habrá que dejarlas para un estudio posterior.

Ejemplos clínicos

Me sería fácil darles ejemplos que vinieran al caso empleando el material que cada uno de los diez pacientes que tengo a mi cuidado me han proporcionado esta semana o cualquier otra semana. He seleccionado fragmentos de cuatro casos. Los primeros dos pacientes son de tipo asocial, el tercero padece una grave obsesión y el cuarto es un depresivo.

El primero, Billy, tiene cinco años y ha venido a mi consulta durante cuatro cursos trimestrales. Cuando por primera vez acudió a mí tenía tres años y medio, estaba inquieto y se interesaba principalmente por el dinero y los helados; era codicioso en extremo sin que al mismo tiempo fuese capaz de disfrutar lo que adquiría. Había comenzado a robar dinero y creo que sin el análisis hubiese sido un delincuente, especialmente en vista de que vive en un hogar donde él es el único hijo de unos padres que se llevan mal entre sí. En las primeras fases del análisis su comportamiento fue consecuente con el diagnóstico: «asocial, delincuente en potencia».

A modo de ilustración de los cambios que se han operado durante el análisis cito tres ejemplos, escogidos al azar, de los juegos del pequeño. Se produjo un intervalo de algunos meses entre la primera fase y la segunda, así como entre la segunda y la tercera.

En la primera fase, antes del primero de los tres juegos, hubiese resultado difícil decir que sus actividades constituían un juego, en el mejor de los casos el supuesto juego consistía en un feroz ataque contra los piratas.

En el primer juego el niño se coloca ante la boca de un cañón, que yo disparo. El muchacho se ve elevado y transportado por el aire por encima de los continentes hasta África. Durante el trayecto derriba a varias personas con un palo; y, una vez en África, sin descender de lo alto, hace frente a los nativos, que se hallan ocupados en distintas actividades, arrojándolos desde la copa de los árboles a un pozo y cortándole la cabeza al jefe.

Durante una hora en la que este juego fue el más dominante el niño se mostró tremendamente excitado. No me sorprendió, pues, que al coger el ascensor para descender del segundo piso, fuese parar al sótano por error, quedándose allí aterrado. Aquel día le había seguido secretamente debido a su estado de exaltación, por lo que pude ayudarlo a salvar su pequeña dificultad. El niño se quedó inmensamente tranquilizado al ver que yo me había dado cuenta de su estado anormal, por lo que había podido ayudarlo cuando estaba en apuros.

Aquella sesión tuvo lugar después de una escena en su casa con su madre, escena que, desde luego, obedecía principalmente a su propia ambivalencia, que estaba saliendo al exterior. También señaló el punto culminante de su comportamiento «maníaco» y estaba relacionada en el tiempo con el análisis de la posición depresiva y con la llegada del sentimiento de tristeza y desesperanza. Con la llegada de la tristeza, por primera vez fue posible la restitución de los juegos constructivos.

El juego que me recordó al otro juego, el que acabo de describirles, tenía que ver con una serie de viajes en un aeroplano. Esto fue después de un intervalo de varios meses. De nuevo volamos hacia África, donde esperamos encontramos con enemigos. Contemplamos el mundo desde arriba y nos reímos de su insignificancia. Pero una de las características del viaje es una pasmosa serie de precauciones y medidas de seguridad. Disponemos de dos manuales sobre cómo llevar un aeroplano o un hidroavión. Tenemos dos motores y un helicóptero en caso de que los motores fallen, así como un paracaídas por cabeza. El tren de aterrizaje no sólo lleva las correspondientes ruedas, sino que también tiene un par de flotadores por si tenemos que amerizar. Llevamos abundantes provisiones y también un saco de oro por si se nos termina la comida o las piezas de recambio. Asimismo, de otras muchas maneras, nos aseguramos contra el posible fallo de nuestro intento de superar nuestros problemas.

En este segundo juego estaba clara la utilización de un mecanismo obsesivo; los perseguidores aumentaban de categoría, pasando a ser aviones de otra nacionalidad, susceptibles de convertirse en aviones aliados en caso de guerra con una tercera nación. (Esto se manifestó en juegos ulteriores.) La devaluación decreció y la omnipotencia aminoró; pero el hecho de estar arriba no había que explicarlo solamente mediante el hecho de que nosotros ocupásemos una posición que nos permitía arrojar excrementos al enemigo que estaba debajo, sino que retenía un sentimiento contradepresivo o ascensivo.

Les contaré un tercer juego para que lo comparen con los otros dos.

Nos construimos un barco con el que zarpamos rumbo a un país de piratas. En este juego (del que les doy solamente los detalles principales) nos olvidamos de nuestro objetivo, ya que hace un día muy hermoso. Nos quedamos haraganeando, tomando el sol en cubierta y disfrutando

despreocupadamente de nuestra compañía. De vez en cuando nos zambullimos en el mar y nadamos un poco por ahí, perezosamente. Hay algunos tiburones y cocodrilos que de vez en cuando nos recuerdan su índole persecutoria, pero el muchacho tiene un arma de fuego que dispara incluso bajo el agua, así que no nos preocupan demasiado.

Admitimos a bordo a una niña pequeña a la que salvamos de ahogarse. Construimos unas montañas rusas para la muñeca de la pequeña. El capitán nos causa algunos problemas. Cada dos por tres las máquinas se paran porque el capitán, según nos permite ver una inspección, ha arrojado porquería entre los mecanismos. ¡Qué capitán! El capitán saca la porquería y nosotros seguimos gozando de la benevolencia del sol y del agua.

La comparación de este fragmento de juego con los otros dos juegos muestra una aminoración de la angustia de persecución (ya que en los anteriores los piratas habían sido una constante y grave fuente de preocupaciones), una conversión en «buenos» de los objetos «malos» (el mar solía estar rebosante de cocodrilos, aparte de ser enteramente malo), una creencia en la bondad y la amabilidad (el sol y la atmósfera general de vacaciones), una puesta en relación de la fantasía con las experiencias físicas (el fusil capaz de disparar debajo del agua), la capacidad de controlar la traición del capitán, que él mismo se encarga de reparar (extracción de la porquería de la maquinaria), las nuevas relaciones objetales (especialmente manifestadas en la inclusión de un nuevo objeto «bueno» bajo la forma de la niña, a la que se salva de perecer en el mar y a la que se hace feliz con una serie de subidas y bajadas controladas), así como una aminoración de la obsesiva toma de medidas contra riesgos. No es la devaluación la característica del juego.

La defensa maníaca hace su entrada en la medida en que los peligros son olvidados, pero el hecho de que haya cierto incremento en la bondad de los objetos internos hace que la defensa maníaca sea menos fuerte y traiga consigo los demás cambios. Existe una defensa maníaca por cuanto el muchacho afronta el peligro de una manera maníaca, abriendo fuego contra los perseguidores que hay dentro del cuerpo (bajo el agua); sin embargo, es observable una relación más sólida con la realidad externa: por ejemplo, en la relación que hay entre disparar debajo del agua y orinar en el baño.

Yo desempeño el papel de hermano imaginario, pero también el de madre.

Clínicamente, Billy ha cambiado y es un niño mucho más normal. En la escuela, progresa satisfactoriamente y disfruta de su relación con los demás alumnos y con los maestros. En casa no acaba de ser normal: sigue exigiendo dinero y es propenso a armar ruido y especialmente a tener momentos en que su comportamiento es irrazonable justo en el momento en que comienza la cena. Pero tiene una personalidad deliciosa, una creciente comprensión de las dificultades de sus padres, que siguen mostrándose fríos el uno para el otro. La madre está muy enferma, es depresiva y drogadicta.

David (de ocho años), otro niño asocial, acudió a mí al comenzar el presente trimestre. Su alternativa era verse expulsado de la escuela por su «obsesión sobre el sexo y la limpieza corporal», así como por ciertos actos vagamente definidos con respecto a ciertos chicos y chicas. Es el único hijo de un padre depresivo aunque dotado de talento, que a veces, sin razón aparente para ello, se queda en cama durante varios días seguidos, y de una madre que, según ella misma dice, es sumamente neurótica y está realmente preocupada por la situación del hogar. La madre me brinda un excelente apoyo.

Al igual que la mayor parte de los niños delincuentes, David es inmediatamente apreciado durante un breve período por todos aquellos que no tienen demasiado contacto con él. De hecho, desde que empezó el tratamiento, no ha habido ningún incidente desagradable fuera, pero me dicen que su compañía resulta pesada si se prolonga mucho. El niño necesita y pide que se le tenga ocupado. Es

notable su conocimiento de los hechos de la realidad externa, aunque esto es típico del delincuente.

En una de las primeras sesiones me dijo: «Espero no estar cansándolo». Y esto, unido a que los padres me habían dicho que siempre acababa por cansarles, así como a mi experiencia de un caso parecido (tratado antes de entender gran cosa de todo eso de la realidad interior) hizo que me dispusiese a tratar un caso agotador. Una vez, cuando en un seminario me hallaba describiendo el tratamiento de un joven delincuente, el doctor Ernest Jones comentó que del caso surgía un punto de aplicación práctica, a saber: ¿Es imposible evitar el agotamiento al tratar con un delincuente? Ya que, si así fuera, ello imponía una seria limitación al tratamiento de tales casos. Por aquel entonces, sin embargo, un niño delincuente había sido tratado por el doctor Schmideberg, sin que éste tuviese demasiadas dificultades en el manejo del análisis. Así, pues, creo que lo que pensaba el doctor Jones a la sazón era que el error estaba en mi técnica.(6)

La intención de dejarme agotado pronto se hizo sentir pero antes ya había sido posible llevar a cabo una buena parte del análisis. Los juguetitos principalmente le habían permitido a David darme y darse un verdadero cúmulo de fantasías, y muy detalladas además.(7)

Al cabo de unos pocos días David huyó de las angustias correspondientes a las fantasías profundas a un interés por el mundo de fuera, las calles vistas desde la ventana, y el mundo que había de mi puerta hacia afuera, especialmente el ascensor. El interior de la habitación se había convertido en su propio interior y, si tenía que tratar conmigo y con el contenido de mi habitación (padre y madre, brujas, fantasmas, perseguidores, etc.), tenía que disponer de los medios para controlarlos. Ante todo tenía que agotarlos, ya que temía no poder controlarlos; y yo creí que en esto demostraba cierta desconfianza hacia la omnipotencia. En aquella fase tuve pruebas de un impulso suicida. Junto con la necesidad de causar mi agotamiento se desarrolló el deseo de salvarme del mismo, de manera que cual capataz de esclavos ponía grandísimo cuidado en evitar que sus esclavos se agotasen. Me daba unos períodos compulsorios de descanso.

Pronto se hizo evidente que era él quien se estaba agotando, y el problema del cansancio del analista se resolvió gradualmente por la interpretación referente a su propio agotamiento en el control de los padres internalizados, que se agotaban mutuamente tanto como él.

Tuve la buena fortuna de que el Día del Armisticio, a las once de la mañana, el paciente estuviese en mi consulta. La cuestión de la celebración del Día del Armisticio le interesó mucho. No tanto porque su padre hubiese luchado en la guerra, como porque en el niño ya se había desarrollado el interés (antes del análisis y en relación con el análisis) por las calles y el tránsito, en cuanto a cosas que le daban una muestra no irremisiblemente incontrolable de la realidad interior.

Llegó a la consulta lleno del placer que le había producido comprar una amapola (8) que le ofrecía una señora y a las once se interesó por cada uno de los detalles de los acontecimientos que se desarrollaban en la calle. Luego vino el esperado espacio de dos minutos de silencio. En mi vecindario el silencio resultó especialmente completo, cosa que entusiasmó muchísimo al chico, comentó que era hermoso. Durante dos minutos de su vida no se había sentido cansado, no había sentido la necesidad de agotar a sus padres, toda vez que había aparecido un control omnipotente impuesto desde fuera y cuya realidad era aceptada por todos.

Resultó interesante su fantasía en el sentido de que durante el Silencio las señoras seguían vendiendo flores, la única actividad permitida.(9)

Una omnipotencia más maníaca, interior, lo hubiese interrumpido todo (incluyendo lo bueno).

El análisis de la posición depresiva y de la defensa maníaca ha aminorado su enfebrecido placer en

el análisis. Ha habido momentos de intenso cansancio, tristeza y desesperanza, e indirectamente ha dado muestras de sentimientos de culpabilidad. Por unas semanas desarrolló juegos, en los que yo tenía que asustarme mucho o sentirme culpable, y en los que sufría las más terribles pesadillas. Esta semana incluso él mismo ha jugado a asustarse muchísimo, y en el día de hoy estaba realmente asustado por algo. Me ilustró su resistencia haciendo que le enseñase a zambullirse, cosa que de hecho se niega a aprender, y yo tengo que decirle: « ¡Me estás haciendo perder el tiempo! ¿Cómo voy a enseñarte a zambullirte si eres incapaz de estar de pie? Estoy muy enfadado contigo» y cosas por el estilo. Todo esto acaba por convertirse en una gran juerga; él me hace reír de buena gana y entonces se pone muy contento. pero ahora es consciente de que todas estas bromas forman parte de las defensas contra la posición depresiva, y, actualmente, muy en especial contra los sentimientos de culpabilidad; al mismo tiempo, se está analizando gradualmente la defensa.

¿Cómo puede zambullirse al interior del cuerpo (10), la realidad interior, a menos que pueda tenerse en pie, estar seguro de que vive, comprender lo que encontrará dentro?

El caso de David es ejemplo del peligro que corre el yo en manos de los objetos interiores «malos». El muchacho teme que los padres interiores, que constantemente se vacían el uno al otro, le vacíen y agoten a él.

David muestra la huida desde la realidad interior al interés por la superficie de su cuerpo, y por los sentimientos de dicha superficie y, partiendo de dichos sentimientos, a un interés por los cuerpos y sentimientos de otros niños.

La marcha de su análisis ejemplifica también la importancia de la comprensión del mecanismo del control omnipotente de los objetos interiores, así como de la relación de la negación del cansancio, y los sentimientos de culpabilidad y la negación de la realidad interior.

Charlotte (de treinta años) lleva dos meses en análisis conmigo. Clínicamente se trata de un caso depresivo, con temores suicidas, pero también con cierto disfrute tanto del trabajo como de las actividades exteriores.

En los comienzos del análisis dio cuenta de un sueño que forma parte de su repertorio: llega a una estación de ferrocarril donde hay un tren, pero el tren nunca arranca.

La semana pasada tuvo el mismo sueño dos veces en una noche. Debo omitir muchos detalles, pero el punto esencial fue que en cada uno de los sueños Charlotte recorría de un extremo a otro el pasillo de un tren, buscando un vagón que tuviera uno de sus lados completamente desocupado, con el fin de poder tumbarse y dormir durante el viaje. Una tal señora X, por la que la paciente siente afecto (y que es comparable conmigo por cuanto se preocupa por ella, aunque se apresura a recomendarle algo para las hemorroides mientras yo no hago nada para tratarlas), le decía que buscarse un lugar donde lavarse.

En el primer sueño Charlotte encontró el compartimiento que buscaba y en el segundo encontró el sitio donde lavarse. En cada uno de los sueños el tren arrancó. Fue este comentario fortuito lo que me hizo recordar el sueño repetido. Las hemorroides, que para aquel entonces ya se habían convertido en un rasgo clínico, llamaban la atención, desde luego, sobre la excitación y la fantasía anal, por lo que uno no se sorprende al ver que los viajes ocupan un lugar importante en el sueño. En aquella sesión la paciente describió de qué manera había atravesado el parque calzada con gruesos zapatos, lo cual la ayudaba a desprender sus sentimientos; también describió de qué modo había jugado con su sobrino, que la había inducido a hacer ejercicios gimnásticos en el suelo.

Podría señalarles mi papel de madre en la transferencia, con la apremiante necesidad de la paciente, indirectamente expresada, de ensuciarme, darme patadas y pisotearme el cuerpo, etc.

Pero creo que con eso hubiese pasado por alto algo muy importante de no haber señalado la aminoración de la defensa maníaca y los nuevos peligros inherentes al cambio. El tren que nunca echaba a correr por las vías era la representación de los padres omnipotentemente controlados, mantenidos en animación suspendida. Las palabras de Joan Riviere, «el ahogo de la defensa maníaca», describen la condición clínica que a la sazón temía la paciente. El hecho de que los trenes se pusieran en marcha indicaba la aminoración de este control de los padres interiorizados, y lanzaba una advertencia sobre los peligros inherentes a ello, así como sobre la necesidad de nuevas defensas en el supuesto de que el avance en aquella dirección sobrepasara al desarrollo del yo que el análisis estaba produciendo. Recientemente se había presentado material e interpretaciones referentes a la absorción de mi persona y de mi habitación, etc.

Dicho sencillamente, los trenes que se ponen en marcha están expuestos a los accidentes.

La búsqueda del lugar donde lavarse, dentro de este marco, estaba conectada probablemente con el desarrollo de la técnica obsesiva y todo lo que esto significa con respecto a la habilidad para tolerar la posición depresiva y para reconocer el amor y la dependencia objetal.

En la siguiente consulta la paciente se sintió responsable de las señales de patadas que había en mi puerta y de las huellas sucias del mobiliario, y quiso lavarlas.

Mathilda (de treinta y nueve años) lleva cuatro años sometida a análisis. Clínicamente era un caso serio de obsesión. Durante el análisis ha sido una depresiva con marcados temores suicidas. Psicológicamente ha estado enferma desde la primera infancia, sin que se acuerde de ningún período feliz. A los cuatro años no podían dejarla en la escuela diurna y desde más o menos aquellas fechas hasta fines de la infancia su vida se vio dominada por el temor a estar enferma.

La palabra «final» no podía ser pronunciada en ningún contexto durante el análisis y resultaba casi posible describir la totalidad del análisis como el análisis de su fin.

Justo en estos días se están estableciendo los primeros contactos reales, e1 interés y el deseo anal acaba de presentarse, después de haber estado profundamente reprimidos.

Al comenzar la sesión que me propongo describir, perteneciente a la labor de la semana en curso, la paciente trató de hacerme reír, y ella misma se rió al pensar que, por la postura de mis manos, yo estaba reteniendo la orina. Con esta paciente, al igual que con otros, comprobé que este intento de reírse y hacerme reír era señal de angustia depresiva; el paciente puede hallar un gran alivio si uno reconoce rápidamente esta interpretación, incluso hasta el punto de romper a llorar en lugar de seguir riendo y haciéndose el gracioso. La paciente sacó lo que se llama una «Polyfoto» de ella misma. Su madre quería tener una foto suya y ella pensó que si tomaban cuarenta y ocho fotos pequeñas (como se hace por el método citado) una o dos de ellas serían buenas. Asimismo, este método corresponde a la esperanza de juntar los fragmentos (11) de pecho, de los padres, de uno mismo.

Me pidió que escogiera la que me gustaba más y también que examinase todas las restantes de las cuarenta y ocho fotos. La paciente tenía intención de regalarme una. La idea consistía en que yo hiciese algo fuera del análisis, y cuando, en lugar de caer en la trampa (unos pocos días antes me había advertido sobre tales trampas), yo me puse a analizar la situación, ella se sintió desesperanzada, dijo que no le daría una foto a nadie, y que se suicidaría. Ya habíamos hablado mucho del tema de mirar como forma de dar vida, y yo iba a verme seducido a negar su muerte mirando y viendo.

Si yo no accedía, ella se sentía herida, lo cual se relacionaba con su extrema angustia referente a la

fantasía de haber rechazado el pecho de la madre (haciendo que ésta se disgustara o sintiera herida) en contraposición a sentirse furiosa por verse frustrada por la madre. Al final de cada sesión analítica, lo más probable era que ella se sintiese despechada como si se tratase de la negativa a seguir administrándole el análisis, negativa contra la que ella se defendía haciendo hincapié en los poderes frustratorios del analista.

Las interpretaciones sacaron a la luz el hecho de que ella consideraba el análisis como un arma en mis manos, y también que sentía que era más real que yo mirase su foto (una cuadragésimo octava parte de ella misma) que la mirase a ella misma. La situación analítica, que la paciente lleva cuatro años proclamando como su única realidad, le parecía por primera vez, en aquel momento, irreal o cuando menos una relación narcisista, una relación con el analista que a ella le resultaba valiosa principalmente por el alivio que le proporcionaba, un tomar sin dar, una relación con sus propios objetos interiores. La paciente recordó que uno o dos días antes había pensado de pronto «cuán terrible era ser realmente una misma, cuán terriblemente solitario».

Ser uno mismo o una misma significa contener una relación entre padre y madre. Si ellos se aman y son felices juntos, suscitan odio y codicia en el solitario; y, si son malos, ladrones, crueles, pendencieros, lo son debido a la ira del solitario, ira enraizada en el pasado.

Este análisis ha sido muy largo, debido en parte a que durante los primeros dos años yo no comprendí la posición depresiva; a decir verdad, no fue hasta el año pasado que tuve el presentimiento de que el análisis marchaba realmente bien.

He citado el caso de Mathilda principalmente con el fin de ilustrar el sentimiento de irrealidad que acompaña a la negación de la realidad interior en la defensa maníaca. El incidente de la "Polyfoto" fue una invitación a que yo me viese atrapado en el asunto de su defensa maníaca en lugar de comprender su muerte, inexistencia, falta de un sentimiento de realidad de sí misma.

Resumen

He querido presentar ciertos aspectos de la defensa maníaca y de sus relaciones con la posición depresiva. Al hacerlo he lanzado una invitación a que se discutiese el término «realidad interior», y su significado en comparación con el significado de los términos «fantasía» y «realidad exterior».

El incremento de mi propia comprensión de la defensa maníaca, así como el mayor reconocimiento de la realidad interior, han significado un gran cambio para mi práctica psicoanalítica.

Confío en que el material de los casos citados les haya dado algún indicio de la forma en que la defensa maníaca es de un modo u otro un mecanismo que se emplea corrientemente y que debe estar constantemente presente en la mente del analista, al igual que cualquier otro mecanismo de defensa.

No basta con decir que ciertos casos dan muestras de defensa maníaca, ya que en todo caso la posición depresiva es alcanzada antes o después, por lo que siempre es de esperar que aparezca. Y, en cualquier caso, el análisis del final del análisis (que puede darse al principio) incluye el análisis de la posición depresiva.

Es posible que un buen análisis sea incompleto porque el final se haya presentado sin ser plenamente analizado; o es posible que un análisis resulte prolongado debido en parte a que el final, y el mismo resultado afortunado, se hagan tolerables a un paciente solamente cuando hayan

sido analizados; o sea, después de completar el análisis de la posición depresiva, y el de las defensas que contra ella puedan emplearse, incluyendo la defensa maníaca.

El término «defensa maníaca» se ha forjado para cubrir la capacidad que tiene una persona para negar la angustia depresiva que es inherente al desarrollo emocional, la angustia que corresponde a la capacidad del individuo para sentirse culpable y también para reconocer la responsabilidad por las experiencias instintivas, y por la agresión en la fantasía que acompaña a las experiencias instintivas.

(1) El término “realidad psíquica” no implica ningún emplazamiento de la fantasía; el término “realidad interior” presupone la existencia de un interior y de un exterior y, por consiguiente, una membrana limítrofe perteneciente a la que yo llamaría el “psiquesoma” (1957).

(2) Actualmente emplearía el término “quimeras” (1957).

(3) Es decir, en el psicoanálisis antes de Klein.

(4) Véase elación

(5) Esta idea ha sido expresada por Brierley (1951, capítulo 6).

(6) Ahora veo que había un problema implícito y muy real en la observación del doctor Jones, y he desarrollado el tema.

(7) La introducción hecha por la señora Klein del empleo de unos cuantos juguetes diminutos fue un plan brillante, va que dichos juguetes prestaron apoyo al niño en relación con la devaluación despreciativa y, además, hacen que el dominio omnipotente sea casi un hecho. El niño es capaz de expresar profundas fantasías por medio de los pequeños juguetes al principio del tratamiento y de esta manera empieza con cierta creencia en su propia realidad interior.

(8) Durante el Día del Armisticio (Poppy Day) en Inglaterra se venden amapolas de papel con fines benéficos (N. del T).

(9) Esto lo imaginaba el niño, pues en realidad no era cierto.

(10) Ahora añadiría la idea de que el niño se enfrentaba con la depresión de su madre lanzándose de cabeza en el mundo interior de la misma (1957)

(11) Actualmente vería mucho más en este incidente, pero creo que actuaría como lo hice entonces.

Biblioteca D. Winnicott

La delincuencia juvenil como signo de esperanza

(Conferencia pronunciada en el Congreso de Subdirectores de Reformatorios, reunidos en el King Alfred's College, Winchester, abril de 1967)

Aunque el título de mi conferencia consignado en el programa es "La delincuencia juvenil como signo de esperanza", preferiría hablarles de la "tendencia antisocial". La razón es que este término puede aplicarse a ciertas tendencias que de tanto en tanto se observan en el extremo normal de la escala, en nuestros propios hijos o en niños que viven en buenos hogares, y es aquí donde mejor se advierte la relación que a mi juicio existe entre la tendencia antisocial y la esperanza. Cuando el muchacho o la niña ya se han endurecido a causa de la falta de comunicación (al no reconocerse el pedido de auxilio que encierra el acto antisocial), cuando los beneficios secundarios han adquirido importancia y se ha alcanzado una gran destreza en alguna actividad antisocial, es mucho más difícil advertir (pese a que aún está allí) el pedido de auxilio revelador de la esperanza que alienta en el muchacho o la niña antisociales.

Otra cosa que deseo aclarar es que sé que yo no podría hacer el trabajo que ustedes hacen. Mi temperamento no es el adecuado y, de cualquier modo, no tengo la estatura ni la corpulencia necesarias. Tengo ciertas habilidades y cierta clase de experiencia, y está por verse si es posible tender un puente entre las cosas de las que tengo algún conocimiento y la tarea que ustedes realizan. Tal vez lo que tengo para decir no afecte en modo alguno lo que ustedes harán cuando vuelvan a sus ocupaciones. O tal vez lo afecte de manera indirecta, porque a veces debe parecerles un insulto a la naturaleza humana el hecho de que la mayoría de los muchachos y chicas con quienes tratan tiendan a ser un fastidio. Ustedes procuran relacionar la delincuencia que ven todos los días con temas generales como la pobreza, la vivienda inadecuada, los hogares deshechos y una falla de la provisión social. Desearía creer que como resultado de lo que voy a exponer serán capaces de percibir un poco más claramente que en cada uno de los casos que llegan hasta ustedes hubo un comienzo, y que inicialmente hubo una enfermedad, y que el muchacho o la chica se convirtió en un niño deprivado. En otras palabras, lo que ocurrió en determinado momento tenía sentido, aunque para cuando el individuo es confiado al cuidado de ustedes habitualmente ese sentido se ha desvanecido.

Una cosa más que quiero dejar en claro tiene que ver con el hecho de que soy psicoanalista. No es mi intención afirmar categóricamente que el psicoanálisis esté en condiciones de hacer un aporte directo al tema que nos ocupa. Suponiendo que lo esté, corresponde atribuirlo a la labor desarrollada recientemente, labor en la que he tomado parte formulando una teoría cuyo valor reside en que es correcta y que en alguna medida deriva del fondo de comprensión que ha aportado el psicoanálisis.

Llegamos así al principal enunciado que me propongo hacer, de ningún modo complejo. En mi opinión, que se basa en la experiencia (pero, lo admito sin reservas, en la experiencia con niños más pequeños, que se hallan más próximos al comienzo de su problema y que no provienen de las peores condiciones sociales), la tendencia antisocial está intrínsecamente vinculada a la deprivación. En otras palabras, no se debe tanto a una falla general de la sociedad como a una falla específica. En relación con los niños a los que me estoy refiriendo, puede decirse que las cosas marcharon lo suficientemente bien y después no marcharon lo suficientemente bien. Sobrevino un cambio que alteró por completo la vida del niño, y ese cambio ambiental se produjo cuando

el niño tenía suficiente edad como para darse cuenta de lo que estaba sucediendo. No se trata de que pueda venir aquí y darnos una conferencia sobre sí mismo, sino de que, en condiciones adecuadas, es capaz de reproducir lo que ocurrió, porque por entonces estaba lo suficientemente desarrollado como para comprenderlo. Dicho de otro modo, en condiciones especiales de psicoterapia es capaz de evocar, a través del material aportado en sus juegos, sus sueños o su charla, los rasgos esenciales de la privación original.

Quisiera establecer un contraste entre esto y los trastornos ambientales ocurridos en una etapa más temprana del desarrollo emocional. Un bebé privado de oxígeno no anda por ahí tratando de convencer a alguien de que si hubiera habido suficiente oxígeno todo habría estado bien. Los trastornos ambientales que alteran el desarrollo emocional de un bebé no dan origen a la tendencia antisocial; producen alteraciones de la personalidad que desembocan en una enfermedad de tipo psicótico, de modo que el niño será propenso a la enfermedad mental o bien andará por la vida con ciertas distorsiones en la prueba de realidad, tal vez con la clase de distorsiones que se consideran aceptables. La tendencia antisocial no se relaciona con la privación sino con la deprivación.

Lo que caracteriza a la tendencia antisocial es que impulsa al muchacho o la chica a retroceder a un tiempo o un estado anterior al de la deprivación. Un niño que es privado experimenta primero una ansiedad impensable y luego se reorganiza gradualmente, hasta alcanzar un estado completamente neutral; obedece porque no es lo bastante fuerte como para hacer otra cosa. Ese estado puede ser muy satisfactorio desde el punto de vista de los que lo tienen a su cargo. Luego, por alguna razón, surge la esperanza, lo que significa que el niño, sin tener conciencia de lo que ocurre, se siente impulsado a retroceder a una época anterior a la de la deprivación, y a anular, por lo tanto, el temor a la ansiedad o confusión impensable que experimentó antes de que se organizara el estado neutral. Este es el engañoso fenómeno que deben conocer quienes custodian a los niños antisociales para poder encontrar sentido a lo que sucede a su alrededor. Cada vez que la situación permite a un niño alentar nuevas esperanzas, la tendencia antisocial se constituye en un rasgo clínico y el niño se vuelve difícil.

Llegados a este punto, es necesario que se entienda que estamos hablando de dos aspectos de una misma cosa: la tendencia antisocial. Desearía vincular uno de esos aspectos a la relación del niño pequeño con su madre, y el otro a un desarrollo posterior: la relación del niño con su padre. El primero concierne a todos los niños; el segundo concierne más especialmente a los varones. El primero tiene que ver con el hecho de que la madre, al adaptarse a las necesidades de su pequeño hijo, le permite descubrir objetos creativamente, promoviendo así el uso creativo del mundo. Cuando esto no sucede, el niño pierde contacto con los objetos, y por tanto la capacidad de descubrir creativamente. En un momento de esperanza extiende la mano y roba un objeto. Se trata de un acto compulsivo y el niño no sabe por qué lo ha hecho. A menudo lo irrita sentirse compelido a hacer cosas sin saber por qué. Naturalmente, la estilográfica robada en Woolworths no es satisfactoria: no es el objeto que buscaba, y de cualquier modo lo que busca no es un objeto sino la capacidad de descubrir. No obstante, puede sentir la satisfacción propia de lo que se hace en un momento de esperanza. Robar una manzana en un huerto está más en un punto límite. Puede estar madura y sabrosa y resultar divertido escapar a la persecución del granjero. Pero también puede suceder que esté verde y produzca dolor de estómago al comerla, o que el muchacho tire las manzanas que ha robado en lugar de comerlas, o que organice el robo sin correr el riesgo de escalar él mismo la pared. En esta secuencia es posible observar la transición desde la travesura normal hasta el acto antisocial.

De modo que si examinamos esta primera expresión de la tendencia antisocial, nos encontramos con algo lo bastante común como para ser considerado normal. Nuestro propio hijo se siente con derecho a tomar un bollo de la despensa, o nuestro pequeño de dos años revisa la cartera de su madre y saca unas monedas. En un extremo de la gama descubriremos algo que está tomando la forma de un acto compulsivo carente de sentido e incapaz de brindar una satisfacción directa pero que se va transformando en una destreza, mientras que en el otro extremo observaremos algo que sucede una y otra vez en cada familia: un niño reacciona ante una privación relativa con un acto antisocial y los padres responden con una indulgencia temporaria que puede ayudar al niño a superar esa fase difícil.

Aunque el principio es el mismo, me referiré también a la privación en relación con el niño y su padre. El niño -en este caso diré el varón, ya que, incluso si se trata de una niña, estoy hablando del varón que hay en ella- comprueba que tener sentimientos agresivos o ser agresivo no presenta riesgos a causa del marco familiar, que es una representación localizada de la sociedad. La confianza de la madre en su esposo o en la ayuda que recibiría, si la pidiera, de la sociedad local, o quizá del policía, le permite al niño explorar toscamente actividades destructivas relacionadas con el movimiento en general, y también, más específicamente, la destrucción relacionada con la fantasía que se acumula en torno del odio. De este modo (gracias a la seguridad del medio, al apoyo que el padre presta a la madre, etc.), el niño puede hacer algo muy complejo: integrar todos sus impulsos destructivos con sus impulsos de amor. El resultado, cuando todo marcha bien, es que el niño reconoce la realidad de las ideas destructivas inherentes a la vida, al hecho de vivir y amar, y encuentra el modo de proteger de sí mismo a las personas y objetos que valora. Organiza su vida constructivamente para poder tolerar la destructividad tan real que persiste en su mente. Para poder lograrlo en el curso de su desarrollo necesita indefectiblemente un medio que sea indestructible en sus aspectos esenciales. Sin duda las alfombras se ensucian y el empapelado de las paredes debe renovarse y de vez en cuando se rompe un vidrio de una ventana, pero de algún modo el hogar se mantiene unido, y detrás de todo esto está la confianza del niño en la relación entre sus padres; la familia es una empresa en marcha. Cuando se produce una privación en forma de una ruptura, sobre todo si los padres se separan, ocurre algo muy grave en la organización mental del niño. De pronto sus ideas e impulsos agresivos dejan de ser inocuos. Pienso que lo que sucede es que el niño asume de inmediato el control que ha quedado vacante y se identifica con el sistema, con lo que pierde su propia impulsividad y espontaneidad. El exceso de ansiedad le impide entonces emprender una experimentación que le permitiría aceptar su agresividad. Al igual que en el primer tipo de privación, sigue un período, bastante satisfactorio desde el punto de vista de los que están a cargo, en el que el niño se identifica más con ellos que con su propio self inmaduro.

En este caso la tendencia antisocial lleva a que el niño, cada vez que despierta en él la esperanza de que se restablezca la seguridad, se redescubra a sí mismo, lo cual implica el redescubrimiento de su agresividad. Por supuesto, él no sabe qué ocurre; simplemente comprueba que ha lastimado a alguien o que ha destrozado una ventana. Por lo tanto, en este caso la esperanza no determina un pedido de auxilio bajo la forma de un robo, sino bajo la forma de una agresión repentina. La agresión suele ser absurda y carente de toda lógica, y preguntarle al niño agresivo por qué rompió la ventana es tan inútil como preguntarle al que ha robado por qué se apoderó del dinero.

Estas dos formas clínicas que puede asumir la tendencia antisocial están vinculadas entre sí. En general el robo se relaciona con una privación más temprana desde el punto de vista del desarrollo emocional que el acceso de agresividad. La reacción de la sociedad ante estos dos tipos de conducta antisocial provocada por la esperanza no difiere sustancialmente. Cuando un niño roba o comete una agresión, la sociedad no sólo tiende a no percibir el mensaje, sino que se siente movida (casi sin excepción) a actuar en forma moralizadora. La reacción espontánea más común es castigar el robo y el acceso maniaco, y se realizan todos los esfuerzos posibles para obligar al joven delincuente a dar una explicación basada en la lógica, la cual, en realidad, es ajena a la cuestión. Después de algunas horas de un insistente interrogatorio, comprobación de huellas digitales, etc., los niños antisociales producen algún tipo de confesión y explicación simplemente para poner fin a una indagación interminable e intolerable. Esa confesión no tiene valor, sin embargo, porque aunque es posible que incluya algunos datos verdaderos, no dice nada sobre la verdadera causa, sobre la etiología del trastorno. En realidad, el tiempo que se emplea en arrancar confesiones y en diligencias probatorias es tiempo desperdiciado.

Aunque lo que se ha dicho hasta aquí quizá no influya en el manejo cotidiano de un grupo de muchachos o de chicas, debemos examinar la situación para ver si en ciertas circunstancias es posible hallar una aplicación práctica para la teoría. ¿Le sería posible, por ejemplo, a una persona que tiene a su cargo a un grupo de muchachos delincuentes promover contactos personales de índole terapéutica? En cierto sentido todas las comunidades son terapéuticas, siempre y cuando funcionen. Los niños no sacan ningún provecho de vivir en un grupo caótico, y tarde o temprano, ante la falta de una dirección firme, uno de ellos se convertirá en un

dictador. Sin embargo, el término "terapéutico" tiene aun otro significado, que se relaciona con el hecho de colocarse uno mismo en una posición en la cual pueda recibir comunicaciones procedentes de un nivel profundo.

Tal vez en la mayoría de los casos sea imposible para las personas que están permanentemente a cargo, hacer en sí mismas los ajustes necesarios que les darían la posibilidad de conceder aun muchacho un período de psicoterapia o de contacto personal. Ciertamente, yo no aconsejaría a nadie a la ligera que intente el empleo de estos métodos. Pero al mismo tiempo creo que algunas personas pueden manejar estas cuestiones y que los muchachos (o las chicas) obtendrían provecho de tales sesiones terapéuticas especializadas. Lo que corresponde destacar, en todo caso, es que la actitud de una persona es muy distinta según que tenga a su cargo la dirección general o que establezca una relación personal con un niño. Para comenzar, la actitud hacia las manifestaciones antisociales es muy diferente en uno y otro caso. Para quien tiene un grupo a su cargo, la actividad antisocial es simplemente inaceptable.

En la sesión terapéutica, en cambio, la moralidad no viene al caso, salvo la que pueda manifestarse en el niño. La sesión terapéutica no apunta a investigar los hechos, y a quienquiera que practique la psicoterapia le interesa, no la verdad objetiva, sino lo que es real para el paciente.

Hay en esto algo que puede trasponerse directamente del psicoanálisis, ya que los psicoanalistas saben muy bien que en algunas sesiones se los acusa de cosas que no han hecho. Un paciente acusará a su analista de haber cambiado deliberadamente de lugar algún objeto con el propósito de desconcertarlo, o se manifestará convencido de que el analista prefiere a otro paciente, etc. Me estoy refiriendo a lo que se denomina "transferencia delirante". Un analista que no sabe defenderse dirá espontáneamente que el objeto está en el mismo lugar que el día anterior, o que ha sucedido por error, o que él se esfuerza al máximo por tratar de igual modo a todos sus pacientes. Si así lo hace, estará desaprovechando el material que le brinda el paciente. El paciente está experimentando en el presente algo que era real en algún momento de su pasado, y la aceptación por el analista del rol que se le asigna llevará a que el paciente abandone sus ideas delirantes. Dada la necesidad en que se encuentra el analista de aceptar el rol que se le asigna, debe ser muy difícil pasar del rol de dirigir un grupo al de aceptar a un individuo, pero quien sea capaz de hacerlo obtendrá una valiosa recompensa. A quien desee intentarlo es menester advertirle, sin embargo, que esa tarea debe asumirse con total seriedad. Si se ha de ver a un muchacho todos los jueves a las tres de la tarde, esa cita es sagrada y debe cumplirse a rajatabla. Si la cita no es confiable y en consecuencia predecible, el muchacho no podrá servirse de ella. Por supuesto que, cuando comience a creer que es confiable, lo primero que hará será desperdiciarla. Cosas como ésta deben ser aceptadas y toleradas. Para desempeñar este rol de terapeuta no se necesita ser listo. Todo lo que se necesita es estar dispuesto a involucrarse, en el horario especial reservado para ello, en lo que sea que esté presente en el niño en ese momento o en lo que sea que surja de su cooperación inconsciente, lo cual pronto se desarrollará y dará lugar a un poderoso proceso. Es este proceso que tiene lugar en el niño lo que hace que las sesiones sean valiosas.

Debate

En el debate que siguió, uno de los presentes formuló esta pregunta: ¿cómo saber a quién escoger, de un grupo de muchachos, para este tratamiento especial? Mi respuesta, que debía ser breve, fue que uno elegiría probablemente a un muchacho que poco antes se hubiera puesto especialmente difícil. Este problema clínico especial, o bien acarrea la aplicación de un castigo, con el consiguiente endurecimiento, o bien se interpreta como una comunicación indicativa de una nueva esperanza. La cuestión es, ¿esperanza de qué?, ¿de hacer qué? Es una pregunta difícil de contestar. El niño, sin saberlo, espera encontrar a alguien que lo escuche mientras retrocede hasta el momento de la privación o hasta la fase en que la privación se afirmó como una realidad ineludible. Lo que nosotros esperamos es que pueda volver a experimentar, en relación con la persona que está actuando como psicoterapeuta, el intenso sufrimiento que siguió inmediatamente a la reacción provocada por la privación. Tan pronto como el niño ha utilizado el apoyo que puede brindarle el terapeuta para revivir el intenso sufrimiento de ese momento o período fatídico, surge el recuerdo de la época anterior cc la

deprivación. De este modo, el niño recupera la capacidad de descubrir objetos o la seguridad ambiental que perdió. Recupera una relación creativa con la realidad externa o con el período en que la espontaneidad, incluso cuando contenía impulsos agresivos, no implicaba riesgo. Esta vez logra la recuperación sin robar ni agredir; es algo que le ocurre automáticamente al experimentar lo que antes le resultaba intolerable: el sufrimiento provocado por la deprivación. Con la palabra sufrimiento quiero expresar confusión aguda, desintegración de la personalidad, caída interminable, pérdida de contacto con el cuerpo, desorientación total y otros estados semejantes. Una vez que hemos llevado al niño a esta zona y él ha sido capaz de recordarla y de recordar lo que sucedió antes, no nos resulta difícil comprender por qué los niños antisociales deben pasar toda su vida buscando este tipo de ayuda. No pueden vivir en armonía consigo mismos hasta que alguien haya retrocedido en el tiempo con ellos y les haya permitido volver a vivir el resultado inmediato de la deprivación y, en consecuencia, recordar.

El doctor Winnicott trató de aclarar aún más su posición presentando como ejemplo el comienzo de una entrevista con un muchacho que había cometido un robo. El muchacho se arrellanó en una silla que había sido dispuesta en el consultorio para su padre. El padre se desempeñaba bien, en consideración al niño, mientras que éste se aprovechaba de la situación y la dominaba. Cualquier intento de encarrilarlo hubiese anulado la posibilidad de utilizar la sesión en forma constructiva. Gradualmente, el niño se dedicó a una especie de juego. El padre aceptó salir de la habitación y a continuación se estableció entre el niño y el terapeuta una comunicación de profundidad creciente. Al cabo de una hora aquél había recordado y descrito con mucho sentimiento el momento difícil que no había sido capaz de manejar años antes, cuando se había sentido abandonado en un hospital.

Esta descripción se proporcionó para mostrar cómo la persona que brinda psicoterapia tiene que dejar de lado, mientras lo hace, todo lo que debe aplicar cuando maneja a un grupo, aunque, por supuesto, al término de la sesión debe retomar la actitud que posibilita el control del grupo. El doctor Winnicott reiteró que no estaba seguro de que en los grupos de los establecimientos correccionales fuera posible combinar el manejo general con la atención individual, ni siquiera con uno o dos muchachos por vez. Creía, sin embargo, que no carecía de interés el intento de describir las dificultades inherentes a tal empresa y sus posibles beneficios.

Biblioteca D. Winnicott

El delincuente y el transgresor habitual

- Comienzos de la década de 1940 -

Esta observación acerca de la psicología del comportamiento antisocial sólo puede entenderse cabalmente si se le acredita al autor su disposición a estudiar los factores internos. Lo que he de decir concierne a los factores externos y su importancia en la etiología de la enfermedad antisocial, pero es incuestionable que a mi juicio lo importante para comprender a cualquier ser humano es su desarrollo interno.

La razón por la cual deseo hablar sobre el factor externo en este medio es simplemente que resulta sumamente importante. Aunque no estoy totalmente de acuerdo con Bowlby en cuanto a los detalles, creo que el trabajo que leyó ante la Sociedad Psicoanalítica ⁽¹⁾ dice algo que yo ya había aprendido, a partir del material clínico, antes de escucharlo. Dice que "en más de la mitad de una serie de casos, hubo en los primeros cinco años de vida del niño una separación de la madre que duró más de seis meses". Mi manera de expresarlo sería: "Ser un niño no querido, ser pasado de una persona a otra en los primeros meses de vida, predispone a la enfermedad antisocial". Sin embargo, nuestras concepciones coinciden, a punto tal que deseo poner de relieve una de las aseveraciones de Bowlby.

Es cierto que separar a un niño de su madre antes de que sea capaz de mantenerla viva en su mente tiene que ser malo para cualquier niño, y puede provocar cualquier tipo de trastorno, según la psicología del niño en el momento de la separación. Sin embargo, debo decir que el material clínico observado a lo largo de veinte años me ha conducido a pensar que la enfermedad antisocial es más bien una enfermedad de niños normales perturbados por su medio, en tanto que (por ejemplo) la enfermedad maniaco-depresiva es más bien una enfermedad interna del niño, no vinculada etiológicamente a un hecho ambiental grosero.

Sé que si esto se examina con mayor detenimiento habría que hacer más discriminaciones, pero creo que este enunciado, tal como está, puede ser valioso.

Resulta claro que si bien el estudio de la enfermedad maniaco-depresiva se puede realizar de la mejor manera, obviamente, mediante el psicoanálisis de los pacientes que la padecen, el estudio de la delincuencia no puede tener éxito mediante el psicoanálisis de los delincuentes. El psicoanálisis de delincuentes es una tarea sumamente peligrosa, y si algún día los delincuentes serán curados por el psicoanálisis, esto sucederá a raíz del psicoanálisis de las personas normales y de los maniaco-depresivos, así como por el estudio de los factores etiológicos externos que aparecen en los historiales.

Quisiera decir que un delincuente es un revolucionario potencial, que está a sus anchas en la guerra. Allí gana medallas al mérito, y en tiempos de paz puede sublimar sus dificultades dedicándose al acto

perfectamente social de la actividad revolucionaria. Digo "social" aunque, por supuesto, el orden social para el cual trabaja es un orden nuevo, futuro, ideal.

Podría afirmarse que la persona antisocial es el crítico por excelencia. Siempre sabe cómo deberían ser las cosas, y la gente nunca está a la altura de lo que él pretende. En realidad, no hay ser más encantador que el típico niño delincuente en el período en que nos ha idealizado y antes de que le hayamos fallado.

¿Y qué espera de nosotros? Espera que estemos contentos de que nos robe, de que nos fatigue, espera que adoremos el hecho de que arme un revoltijo en cualquier parte y que estemos siempre presentes para controlar su exhibición de fuerza, de modo tal que él no necesite protegerse o proteger a los demás. En suma, aún está esperando a la madre ideal de su infancia, que nunca tuvo. Pero el problema es que cree en ella.

Un niño normal, en cambio, ha tenido realmente la experiencia de su madre cuando era bebé y es capaz de sentir esa satisfacción. Cree en su satisfacción, porque la ha experimentado, y trata de recobrarla en su vida. Por lo tanto, no es necesariamente idealista e izquierdista, más bien es la desesperación de las organizaciones revolucionarias.

Como se verá, esta cuestión de la quiebra de la vida familiar puede fácilmente constituir un problema. Baste recordar el horror de la perturbación de la vida familiar en la Rusia comunista, tal como se manifestó fuertemente en los primeros años de la revolución. Es probable que Rusia deba dejar pasar aún esta generación antes de alcanzar la estabilidad, pues el carácter revolucionario tiene que ser antisocial, salvo que pueda participar en una revolución.

Es presumible que un izquierdista político desprecie francamente la vida familiar, pero a mi entender el peligro viene más bien de la derecha; las personas que más enardecidamente protestaron contra la quiebra de la familia en Rusia son las más propensas, según mi punto de vista, a aprovechar las actuales circunstancias poco comunes para quebrar la vida familiar en Inglaterra. Esto constituiría un retorno de lo reprimido, una inversión de la moral, como es previsible encontrar en tiempos de guerra, aunque uno de todos modos querría evitarla.

Si se me preguntase cuál es la mejor manera de sembrar semillas que a la postre germinen en revolución, diría que es una quiebra total de la familia como la que se proyecta con los planes de evacuación. Esto puede o no tener sentido, pero no olvido mi experiencia clínica sobre la relación entre no ser querido al comienzo de la vida y la posterior tendencia antisocial.

(1) John Bowlby, "Forty-four Juvenile Thieves: Their Characters and Homelife", *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 25 (1944), págs. 1-57, 207228. (Publicado con el mismo título en Londres, Tindall & Cox, 1946) .

P S I K O L I B R O

Biblioteca D. Winnicott

Desarrollo emocional primitivo (1945)

Leído ante la Sociedad Psicoanalítica Británica, el 28 de noviembre de 1945.

El título del presente trabajo les permitirá ver inmediatamente que he escogido un tema muy amplio. Todo lo que puedo tratar de hacer es un planteamiento personal preliminar, como si escribiera la presentación de un libro.

No pienso comenzar dando un resumen histórico para mostrarles el desarrollo de mis ideas a partir de las teorías ajenas, que no es ésa la modalidad de mi pensamiento. Lo que sucede es que voy recogiendo cosas, aquí y allá, me enfrento a mi experiencia clínica, me formo mis propias teorías y luego, al final de todo, pongo interés en ver cuáles son las ideas que he tomado de otros. Puede que este método sea tan bueno como otro cualquiera.

En lo que respecta al desarrollo emocional primitivo, es mucho lo desconocido o no adecuadamente entendido, al menos para mí. Cabría decir que la presente discusión debería aplazarse unos cinco o diez años más. Contra esto se halla el factor de que los malentendidos surgen continuamente en las reuniones científicas de la Sociedad y tal vez nos encontremos con que ya sabemos lo suficiente como para impedir algunos de tales malentendidos, mediante una discusión de estos estados emocionales primitivos.

Interesado primordialmente por el paciente infantil, y por el niño, decidí que debía estudiar la psicosis en el análisis. He tenido como una docena de pacientes psicóticos adultos, la mitad de los cuales han sido analizados extensamente. Esto sucedió durante la guerra y podría decirles de paso que apenas me di cuenta de los bombardeos, ya que me hallaba inmerso en los análisis de los pacientes psicóticos, que, como es sabido, son notorios por la falta de interés que en ellos despiertan las bombas, los terremotos y las inundaciones. Como resultado de esta labor, tengo muchas cosas que comunicar y alinear junto a las teorías en boga. Tal vez el presente escrito pueda considerarse el principio.

Escuchando lo que tengo que decirles, y criticándolo, ustedes me ayudan a dar el siguiente paso, que consiste en el estudio de las fuentes de mis ideas, tanto en la labor clínica como en los escritos publicados por los analistas. De hecho, me ha sido sumamente difícil mantener este trabajo limpio de material clínico, que, de todos modos, deseaba restringir con el fin de dejar tiempo para la discusión.

Ante todo debo preparar el camino. Permítanme que trate de describirles diversos tipos de psicoanálisis. Resulta posible efectuar el análisis de un paciente -que se preste a ello- teniendo en cuenta de modo casi exclusivo las relaciones personales que tiene con la gente, junto con las fantasías conscientes e inconscientes que enriquecen y complican estas relaciones entre personas enteras. Éste es el tipo originario del psicoanálisis. Durante los últimos dos decenios se nos ha enseñado a desarrollar el interés por la fantasía, y de qué modo la fantasía del propio paciente acerca de su organización interior y su origen en la experiencia instintiva reviste

importancia como tal (1). Se nos ha enseñado, además, que en ciertos pasos es ésta, la fantasía del paciente con respecto a su organización interior, lo que reviste una importancia vital, de manera que el análisis de la depresión y de las defensas contra ella no puede ser llevado a cabo en base exclusivamente a la consideración de las relaciones del paciente con la gente real y las fantasías en torno a ella. Este nuevo énfasis en la fantasía que de sí mismo tiene el paciente abrió el amplio campo del análisis de la hipocondría, en la cual la fantasía del paciente en torno a su mundo interior incluye la fantasía de que éste se halle localizado dentro de su propio cuerpo. Se nos hizo posible relacionar, dentro del análisis, los cambios cualitativos registrados en el mundo interior del individuo con sus experiencias instintivas. La cualidad de estas experiencias instintivas explicaba la naturaleza buena o mala de lo que está dentro, así como su existencia. Esta labor constituyó una progresión natural en el psicoanálisis; trajo consigo una nueva comprensión pero no una nueva técnica. Rápidamente nos condujo al estudio y análisis de relaciones todavía más primitivas y son éstas las que deseo comentar en este escrito. La existencia de estos tipos más primitivos de relación objetal jamás ha sido puesta en duda.

He dicho que no hizo falta ninguna modificación de la técnica freudiana para llevar a cabo la extensión del análisis con vistas a enfrentarse a la depresión y a la hipocondría. No es menos cierto, según mi experiencia, que la misma técnica nos puede llevar a elementos aún más primitivos, siempre y cuando, por supuesto, tengamos en cuenta los cambios en la situación de la transferencia inherentes a tal trabajo.

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

Antes de embarcarme directamente en la descripción del desarrollo emocional primitivo, me gustaría también dejar bien claro que el análisis de estas relaciones primitivas no puede ser emprendido salvo a guisa de extensión del análisis de la depresión. Es cierto que estos tipos de relación primitiva, en la medida en que aparecen en niños y adultos, pueden producirse en calidad de huida de las dificultades suscitadas por las siguientes fases o etapas, tras la clásica concepción de la regresión. Está bien que el analista estudiante aprenda primeramente a enfrentarse a la ambivalencia en las relaciones externas y con las represiones sencillas y que luego pase al análisis de la fantasía que el paciente tiene con respecto al interior y al exterior de su personalidad, así como el análisis de toda la gama de defensas contra la depresión, incluyendo los orígenes de los elementos persecutorios. Esto último lo puede encontrar con toda seguridad en cualquier análisis, pero para el analista sería inútil y perjudicial enfrentarse con relaciones principalmente depresivas a no ser que estuviera plenamente preparado para analizar la ambivalencia declarada. Igualmente cierto es que resulta inútil y hasta peligroso analizar las relaciones predepresivas primitivas, e interpretarlas a medida que van apareciendo en la transferencia, a menos que el analista esté bien preparado para hacer frente a la Posición depresiva, a las defensas contra la depresión y a las ideas persecutorias que surgen al paso de la interpretación a medida que el paciente va progresando.

Debo hacer unos cuantos comentarios más a modo de preparación. Se ha comentado a menudo que, entre los cinco y los seis meses, se produce un cambio en los niños, lo que hace que para nosotros nos sea más fácil que antes referimos a su desarrollo emocional en términos aplicables a los seres humanos de manera general. Anna Freud pone de relieve este particular y da a entender que, en su opinión, al niño pequeño le interesan más ciertos aspectos del cuidado que recibe que la gente en sí. Recientemente, Bowlby expresó la opinión de que,

antes de los seis meses, los niños no particularizan, de manera que el hecho de que se les separe de la madre no les afecta del mismo modo en que lo hace después de los seis meses. Yo mismo he dicho en ocasiones anteriores que los pequeños llegan a ser “algo” a los seis meses, de modo que, mientras muchos niños de cinco meses agarran un objeto y se lo meten en la boca, no es hasta los seis meses que el niño corriente sigue este acto con el de dejar caer el objeto deliberadamente, como parte de sus juegos.

Al especificar que esto sucede de los cinco a los seis meses no pretendemos hacer alardes de exactitud. En el caso de que un bebé de dos o tres meses, incluso más pequeño, llegase a la fase de desarrollo que para los fines de esta descripción hemos fijado en los cinco meses, nada malo sucederá.

A mi modo de ver, la fase que estamos describiendo -y creo que uno puede aceptar tal descripción-, es una fase muy importante. En cierta medida es cuestión de desarrollo físico, pues el niño de cinco meses adquiere capacidad en la medida en que agarra los objetos que ve, y no tarda en poder llevárselos a la boca. Esto no lo hubiese podido hacer antes. (Por supuesto que quizás hubiese deseado hacerlo. No existe un paralelo exacto entre la habilidad y el deseo y sabemos que muchos avances físicos, tales como la habilidad para andar, a menudo se ven contenidos hasta que el desarrollo emocional pone en libertad al logro físico. Sea cual fuere el aspecto físico de la cuestión, existe también el lado emocional.) Podemos decir que en esta fase un bebé, en sus juegos, adquiere la capacidad para demostrar que comprende que tiene un interior y que las cosas proceden del exterior. Demuestra que sabe que se ve enriquecido por lo que incorpora (física y psíquicamente). Más aún, demuestra que sabe que puede librarse de algo cuando ha obtenido de este algo lo que de él desea. Todo esto representa un tremendo avance. Al principio solamente se alcanza de vez en cuando y cada uno de los detalles de este avance puede perderse en forma de recesión debida a la angustia.

El corolario de esto es que ahora el pequeño da por sentado que su madre también posee su interior, que puede ser rico o pobre, bueno o malo, ordenado o confuso. Así, pues, el pequeño empieza a preocuparse por la madre y su cordura y sus estados de ánimo. En el caso de muchos niños, a los seis meses existe una relación como la que hay entre las personas normales. Ahora bien, cuando un ser humano siente que es una persona relacionada con los demás, entonces es que ya ha viajado mucho desde su primitivo desarrollo.

Nuestra tarea consiste en examinar lo que sucede en los sentimientos y la personalidad del pequeño antes de esta fase que fijamos entre los cinco y los seis meses pero que, de todos modos, puede ser alcanzada antes o después.

Se nos plantea también esta pregunta: ¿Cuándo empiezan a suceder las cosas importantes? Por ejemplo, ¿hay que tener en cuenta al niño no nacido todavía? Y, si es así, ¿a qué edad después de la concepción hace su entrada la psicología? Yo contestaría que, si hay una fase importante entre los cinco y los seis meses, también la hay alrededor del momento del nacimiento. Para afirmar tal cosa me fundo en que hay grandes diferencias que son observables si el bebé es prematuro o posmaturo. Sugiero que al finalizar los nueve meses de gestación el pequeño está maduro para el desarrollo emocional, y que, si el bebé es posmaturo, habrá alcanzado esta fase en el vientre de su madre, por lo que uno tiene que tener necesariamente en cuenta sus sentimientos antes y durante el nacimiento. Por el contrario, el niño prematuro no experimentará demasiadas cosas de importancia vital hasta que haya alcanzado la edad en que debería haber nacido, es decir, algunas semanas después del nacimiento. Cuando menos esto ofrece una base para la discusión.

Otra pregunta es la siguiente: hablando desde el punto de vista psicológico, ¿es que algo importa antes de los cinco o seis meses? Sé que en ciertos círculos se cree sinceramente que la respuesta es «No». Esta opinión es digna de respeto, pero no es la mía.

El principal objetivo de este escrito es presentar la tesis de que el desarrollo emocional precoz del niño, antes de que éste se conozca a sí mismo (y por ende a los demás) como la persona completa que es (y que los demás son), es vitalmente importante: en verdad que aquí están las claves de la psicopatología de la psicosis.

Los primeros procesos del desarrollo

Hay tres procesos que a mí me parece que empiezan muy pronto: 1) la integración, 2) la personalización, y 3) siguiendo a éstos, la apreciación del tiempo y del espacio y de las demás propiedades de la realidad, en resumen: la comprensión.

Muchas cosas que tendemos a considerar definitivas desde el principio, han tenido, sin embargo, un origen y una condición a partir de la que se desarrollaron. Por ejemplo, muchos análisis van deslizándose hasta su completamiento sin que en ningún momento entre en cuestión el tiempo. Pero un chico de nueve años a quien le gustaba jugar con Ann, de dos años, se interesó vivamente por el nuevo bebé. Dijo: «Cuando nazca el bebé, ¿nacerá antes que Ann?». Su sentido del tiempo es muy poco firme. Asimismo, un paciente psicótico era incapaz de adoptar rutina alguna, puesto que, de hacerlo, no hubiese sabido si era martes, de esta semana o de la pasada, o de la próxima.

A menudo damos por sentada la localización del ser en el propio cuerpo, y, sin embargo, durante el análisis una paciente psicótica reconoció que de pequeña creía que su hermana gemela, que yacía en el otro extremo del cochecito, era ella misma. Incluso llegó a sorprenderse al ver que alguien cogía a la otra niña sin que ella cambiase de sitio. Su sentido del ser y de lo que no es el ser no estaba desarrollado.

Otra paciente psicótica descubrió durante el análisis que la mayor parte del tiempo vivía dentro de la cabeza, detrás de los ojos. Por los ojos solamente podía ver, como por las ventanas, y no se daba cuenta de lo que había a sus pies ni de lo que éstos hacían. Por lo tanto, tenía tendencia a meterlos en los socavones y a tropezar con las cosas. No tenía «ojos en los pies». No percibía su personalidad localizada en el cuerpo, al que sentía como una máquina compleja que debía manejar con cuidado y habilidad consciente. Otra paciente, a veces vivía en una caja situada unos veinte metros sobre el nivel del suelo, conectada con su cuerpo exclusivamente a través de un tenue hilo. Estos ejemplos de falta de desarrollo primitivo se nos presentan diariamente en el consultorio y son ellos los que nos recuerdan la importancia de procesos tales como la integración, la personalización y la comprensión.

Cabe deducir que, en su principio teórico, la personalidad no está integrada y que en la desintegración regresiva existe un estado primario al que conduce la regresión. Nosotros postulamos una no integración primaria.

La desintegración de la personalidad constituye una conocida afección psiquiátrica cuya psicopatología resulta sumamente compleja. El examen analítico de estos fenómenos, sin embargo, demuestra que el estado primario no integrado provee una base para la desintegración y que ese retraso o ausencia con respecto a la integración primaria predispone a la desintegración como forma de regresión, o como resultado de algún fracaso en los demás tipos de defensa.

La integración comienza en el mismo principio de la vida, pero en nuestra labor jamás podemos darla por sentada. Tenemos que tenerla en cuenta y vigilar sus fluctuaciones.

Un ejemplo de los fenómenos de la no integración nos lo da el conocido caso del paciente que procede a darnos todos los detalles del fin de semana y que se da por satisfecho al final si lo ha dicho todo, aunque al analista le parezca no haber hecho ninguna labor analítica. A veces esto debemos interpretarlo como la necesidad que siente el paciente de ser conocido con todos sus pelos y señales por una persona: el analista. Ser conocido significa sentirse integrado al menos en la persona del analista. Esto es lo corriente en la vida del pequeño. El pequeño que no haya dispuesto de una persona que recoja sus «pedacitos» empieza con un handicap su propia tarea de autointegración y tal vez no pueda cumplirla con éxito, o al menos no pueda mantenerla confiadamente.

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

veinticuatro primeras horas de la vida son muchos los niños que ya están bien metidos en la vía de la integración durante ciertos períodos. En otros, el proceso sufre un retraso, o se producen contratiempos, debido a la inhibición precoz del ataque codicioso. En la vida del niño normal hay largos períodos de tiempo en los cuales al niño no le importa ser una serie de numerosos fragmentos o un ser global, o no le importa si vive en el rostro de su madre o en su propio cuerpo, siempre y cuándo alguna que otra vez se reúnan los fragmentos y sienta que es algo. Más adelante trataré de explicar por qué la desintegración resulta temible, mientras que la no integración, no.

En cuanto al medio ambiente, algunos fragmentos de la técnica de crianza, de las caras vistas, los sonidos oídos, los olores olidos, sólo gradualmente son reunidos en un ser al que se llamará madre. En la situación de transferencia durante el análisis de los psicóticos nos es ofrecida la prueba más fehaciente de que el estado psicótico de no integración tuvo un lugar natural en una de las fases primitivas del desarrollo emocional del individuo.

A veces se da por supuesto que, cuando está sano, el individuo está siempre integrado, así como que vive en su propio cuerpo, siendo capaz de sentir que el mundo es real. Sin embargo, hay muchos estados de salud mental que tienen una cualidad sintomática y se ven cargados con el miedo o la negación de la locura, de la posibilidad innata en todo ser humano de verse no integrado, despersonalizado, y de sentir que el mundo es irreal. La falta de sueño suficiente produce estos estados en cualquier persona (2).

De igual importancia en la integración es el desarrollo del sentimiento de que la persona de uno se halla en el cuerpo propio. También aquí es la experiencia instintiva y las repetidas y tranquilas experiencias del cuidado corporal lo que gradualmente va construyendo lo que podríamos llamar «personalización satisfactoria». Y, al igual que en la desintegración, también los fenómenos de despersonalización propios de la psicosis se relacionan con primitivos retrasos de la personalización.

La despersonalización es algo corriente en los adultos y los niños. A menudo se oculta en, por ejemplo, lo que solemos llamar «sueño profundo» y en los ataques de postración que van acompañados por una palidez cadavérica: «Fulanito está ausente», dice la gente, y tienen razón.

Un problema que está relacionado con el de la personalización es el de los compañeros imaginarios de la niñez. No se trata de simples construcciones de la fantasía. El estudio del futuro de estos compañeros imaginarios (en el análisis) demuestra que a veces se trata de otros seres de un tipo sumamente primitivo. Me es imposible formular aquí un claro planteamiento de lo que quiero decir, aparte de que no es éste el lugar de explicarles este detalle. Sin embargo, diré que esta creación, muy primitiva y mágica, de compañeros imaginarios se emplea fácilmente a modo de defensa, ya que mágicamente deja a un lado todas las angustias asociadas con la incorporación, digestión, retención y expulsión.

Disociación

Del problema de la no integración surge otro: el de la disociación. Afortunadamente, la disociación puede ser estudiada en sus formas iniciales o naturales. A mi modo de ver, de la no integración nacen una serie de estados a los que luego se llamará «disociaciones», que aparecen debido a que la integración es incompleta o parcial. Por ejemplo, existen los estados de tranquilidad y los de excitación. Creo que de un niño no se puede decir que, al principio, sea consciente de que mientras siente una serie de cosas en la cuna, o disfruta del estímulo que su piel recibe cuando lo bañan, él es el mismo niño que otras veces chilla reclamando el alimento, viéndose poseído por una necesidad apremiante de coger algo y destruirlo a menos que le aplaquen con leche. Esto quiere decir que al principio el pequeño no sabe que la madre que él mismo está edificando a través de sus experiencias tranquilas es lo mismo que la potencia que se halla detrás de los pechos que pretende destruir.

Creo también que no existe necesariamente una integración entre un niño que duerme y un niño que está despierto. Esta integración se presenta con el tiempo. Una vez los sueños son recordados e incluso transmitidos a una tercera persona, la disociación disminuye un poco; pero hay personas que jamás llegan a recordar claramente sus sueños, y los niños dependen mucho de los adultos para llegar a conocer sus sueños. Es normal que los niños pequeños sufran pesadillas y terrores angustiosos. Cuando esto sucede, los niños necesitan que alguien les ayude a recordar lo que han soñado. Es siempre valiosa la experiencia que representa soñar algo y recordarlo, debido precisamente a la rotura de la disociación que ello representa. Por muy compleja que en el niño o el adulto pueda ser esta disociación, lo cierto sigue siendo que puede empezar en la alternancia natural de los estados de sueño y vigilia a partir del nacimiento.

De hecho, la vida despierta de un niño tal vez pueda ser descrita como una disociación que se desarrolla gradualmente a partir del estado de sueño.

Paulatinamente, la creación artística va ocupando el lugar de los sueños o los complementa y resulta de vital importancia para el bienestar del individuo y por ende de la humanidad.

La disociación es un mecanismo de defensa sumamente extendido que lleva a resultados sorprendentes. Por ejemplo, la vida en las grandes ciudades es una disociación de carácter muy serio para la civilización. Igual la guerra y la paz. Son muy conocidos los extremos de la enfermedad mental. Durante la niñez, por ejemplo, la disociación aparece en cosas tan corrientes como el sonambulismo, la incontinencia fecal, en alguna variedad de estrabismo, etc. Resulta muy fácil pasar por alta la disociación cuando se estudia una personalidad.

Adaptación a la realidad

Demos ahora por sentada la integración. Si así lo hacemos, nos encontraremos ante otro tema importantísimo: la relación primaria con la realidad externa. En los análisis ordinarios podemos dar por sentado -y así lo hacemos- este paso en el desarrollo emocional, paso que es extremadamente complejo y que, una vez dado, representa un gran avance en dicho desarrollo. Pero, de hecho, es un paso que nunca acaba de darse y de quedar consolidado. Muchos de los casos que consideramos inadecuados para el análisis, en verdad lo son siempre que no podamos afrontar las dificultades de la transferencia propias de la carencia esencial de una verdadera relación con la realidad externa. Si sometemos a análisis a los psicóticos, nos encontramos con que en algunos análisis casi toda la cuestión estriba prácticamente en esta falta esencial de auténtica relación con la realidad externa.

Procuraré describir con los términos más sencillos este fenómeno tal como yo lo veo. En términos del bebé y del pecho de la madre (no pretendo decir que el pecho sea esencial en tanto que vehículo del amor materno), el bebé siente unas necesidades instintivas y apremiantes acompañadas de ideas predatorias. La madre posee el pecho y la facultad de producir leche, y la idea de que le gustaría verse atacada por un bebé hambriento. Estos dos fenómenos no establecen una relación mutua hasta que la madre y el niño vivan y sientan juntos. Siendo madura físicamente capaz, la madre es la que debe ser tolerante y comprensiva, de manera que sea ella quien produzca una situación que con suerte puede convertirse en el primer lazo entre el pequeño y un objeto externo, un objeto que es externo con respecto al ser desde el punto de vista del pequeño.

Veo los procesos como dos líneas que proceden de distintas direcciones y son susceptibles de acercarse la una a la otra. Si coinciden se produce un momento de ilusión -un fragmento de experiencia que el niño puede considerar o bien una alucinación o una cosa perteneciente a la realidad externa.

Dicho de otra forma, el niño acude al pecho cuando está excitado y dispuesto a alucinar algo que puede ser atacado. En aquel momento, el pezón real hace su aparición y el pequeño es capaz de sentir que eso, el pezón, es lo que acaba de alucinar. Así que sus ideas se ven enriquecidas por los datos reales de la vista, el tacto, el

olfato, por lo que la próxima vez utilizará tales datos para la alucinación. De esta manera el pequeño empieza a construirse la capacidad para evocar lo que está realmente a su disposición. La madre debe seguir dándole al niño este tipo de experiencia. El proceso se ve inmensamente simplificado si el cuidado del niño corre a cargo de una única persona que utiliza una sola técnica. Parece como si, desde el nacimiento, el niño estuviera pensado para ser cuidado por su propia madre, o en su defecto, por una madre adoptiva, y no por diversas niñeras.

Es especialmente al principio cuando la importancia de las madres resulta vital; y de hecho es tarea de la madre proteger al niño de las complicaciones que éste todavía no es capaz de entender, así como darle ininterrumpidamente el fragmento del mundo que el pequeño llega a conocer a través de ella. Solamente sobre estos cimientos es posible edificar la objetividad o una actitud científica. Todo fallo de la objetividad, sea cual fuere la fecha en que se produzca, está relacionado con algún fallo en esta fase de desarrollo emocional primitivo. Sólo en base a la monotonía podrá la madre añadir provechosamente riqueza.

Una de las cosas que suceden a la aceptación de la realidad externa es la ventaja que de ella puede sacarse. A menudo oímos hablar de las frustraciones reales impuestas por la realidad externa, pero no tan a menudo oímos referencias al alivio y a la satisfacción que da dicha realidad. La leche verdadera resulta satisfactoria en comparación con la leche imaginaria, pero no es esto de lo que se trata. La cuestión reside en el hecho de que en la fantasía las cosas funcionan por magia: la fantasía no tiene freno y el amor y el odio producen efectos alarmantes. La realidad externa sí tiene freno, puede ser estudiada y conocida, y, de hecho, la fantasía es solamente tolerable en plena operación cuando la realidad objetiva es bien conocida. Lo subjetivo posee un tremendo valor pero resulta tan alarmante y mágico que no puede ser disfrutado salvo paralelamente a lo objetivo.

Se verá que la fantasía no es algo que el individuo crea para hacer frente a las frustraciones de la realidad externa. Esto solamente puede decirse de las quimeras. La fantasía es más primaria que la realidad y el enriquecimiento de la fantasía con las riquezas del mundo depende de la experiencia de la ilusión.

Es interesante examinar la relación que con los objetos tiene el individuo en el mundo autocreado de la fantasía. A decir verdad, hay una gran variedad de grados de desarrollo y sofisticación en este mundo autocreado, según la cantidad de ilusión que se haya experimentado y, por ende, según la medida en que este mundo autocreado haya o no podido utilizar los objetos del mundo externo percibidos en tanto que material. Evidentemente, esto requiere un planteamiento más extenso dentro de otro marco.

En el estado más primitivo, que puede ser retenido en la enfermedad y hacia el que puede llevar la regresión, el objeto se comporta con arreglo a leyes mágicas. Es decir, existe cuando se desea, se acerca cuando se le acercan, duele cuando es dañado, y, finalmente, se esfuma cuando ya no se le necesita.

Lo último es lo más aterrador, aparte de ser la única aniquilación verdadera. El no querer, como resultado de la satisfacción, es aniquilar el objeto. Ésta es una de las razones por las que los niños no siempre parecen felices y satisfechos después de haber sido bien alimentados. Uno de mis pacientes llevó este temor consigo hasta la vida adulta y sólo el análisis pudo librarle de él. Se trataba de un señor que de niño había tenido una experiencia extremadamente buena con su madre y en su hogar (3). Su principal temor lo representaba la satisfacción.

Me doy cuenta de que esto no es más que un esbozo del inmenso problema que representan los primeros pasos del desarrollo de una relación con la realidad externa y la relación de la fantasía con la realidad. Pronto deberemos añadirle las ideas de incorporación. Pero al principio es necesario establecer un contacto sencillo con la realidad externa o compartida, mediante las alucinaciones del niño y lo que el mundo presente, con momentos de ilusión para el niño, en los cuales él cree que las dos cosas son idénticas, lo cual nunca es cierto.

Para que en la mente del niño se produzca esta ilusión es necesario que un ser humano se tome el trabajo de traerle al niño el mundo de manera constante y comprensible, y, de una manera limitada, adecuada a las

necesidades del pequeño. Por esta razón, el niño no puede existir solo, psicológica o físicamente, y al principio necesita verdaderamente que una persona le cuide.

La ilusión es un tema muy amplio que necesita ser estudiado y que aportará la clave del interés que los niños sienten por las burbujas, las nubes, el arco iris y todos los fenómenos misteriosos, así como su interés por la pelusa, hecho que resulta muy difícil explicar en términos de instinto directo. También aquí, en alguna parte, se halla el interés por la respiración. El niño nunca acaba de decidirse sobre si viene del interior o del exterior. Este interés aporta la base para la concepción del espíritu, el alma, el ánima.

La crueldad primitiva (Fase de preinquietud)

Nos hallamos ahora en situación de examinar el tipo más precoz de relación entre el bebé y su madre.

Si uno da por sentado que el individuo se está integrando y personalizando y que ha hecho un buen comienzo en su comprensión, queda aún mucho camino para que llegue a establecer una relación, en tanto que persona completa, con una madre completa, así como que llegue a inquietarse o preocuparse por el efecto que sus pensamientos y actos surtan sobre ella.

Tenemos que postular una relación objetal que al principio es cruel o despiadado. Puede que también ésta sea solamente una fase teórica, y ciertamente nadie es capaz de ser cruel, salvo en estado de disociación, después de la fase de la inquietud. Pero los estados crueles de disociación son comunes en la primera infancia y afloran a la superficie en ciertos tipos de delincuencia, de locura; asimismo, deben estar disponibles en la salud. El niño normal disfruta de una relación cruel con su madre, relación que principalmente se manifiesta en los juegos. El niño necesita a su madre porque sólo ella es capaz de tolerar tal relación cruel incluso en los juegos, toda vez que ello la daña y cansa realmente. Sin tales juegos con la madre, lo único que puede hacer el niño es ocultar un ser cruel al que dará vida en estado de disociación (4).

Podría hablar aquí del gran temor a la desintegración en contraposición a la simple aceptación de una no integración primaria. Una vez alcanzada la etapa de la inquietud, el individuo no puede olvidarse del resultado de sus impulsos, ni de la acción que realizan algunos fragmentos de su ser, tales como la boca que muerde, los ojos que acuchillan, los chillidos penetrantes, los ruidos de la garganta, etc. Desintegrarse significa abandonarse a los impulsos, incontrolados por cuanto actúan por cuenta propia; y, además, esto evoca ideas de otros impulsos igualmente incontrolados (en tanto que disociados) dirigidos hacia sí mismo (5).

La venganza primitiva

Volviendo media fase hacia atrás: es habitual, creo, postular una relación objetiva aún más primitiva en la cual el objeto actúa de manera vengativa. Esta fase precede a una verdadera relación con la realidad externa. En este caso el objeto, o el medio ambiente, es tan parte del ser como lo es el instinto que lo evoca (6). En la introversión de origen precoz, y por ende de índole primitiva, el individuo vive en este medio circundante que es él mismo, y bien pobre que es su vida. No hay crecimiento porque no hay enriquecimiento a partir de la realidad externa.

Como ejemplo de la aplicación de estas ideas añadiré a este escrito una nota sobre el hábito de chuparse el pulgar (incluyendo el hábito de chuparse los dedos e incluso todo el puño). Este hecho puede observarse a partir del nacimiento y, por consiguiente, nos es dado suponer que tiene un significado que se desarrolla desde lo primitivo hasta lo sofisticado. Se trata de una costumbre que tiene su importancia, tanto en lo que tiene de actividad normal, como en calidad de síntoma de trastorno emocional.

Estamos familiarizados con el aspecto de este hábito que queda cubierto por el término «autoerótico». La boca es una zona erógena, organizada especialmente en la infancia, y el niño que disfruta chupándose el pulgar disfruta de un placer. Además, tiene ideas que le causan placer.

También el odio halla vía de expresión cuando el niño se daña los dedos al chupárselos con demasiado vigor o con demasiada insistencia; y en todo caso no tarda en morderse también las uñas con el fin de hacer frente a esta parte de sus sentimientos. También se expone a hacerse daño en la boca. Aunque no está del todo claro que todo el daño que puedan sufrir los dedos o la boca tengan que ver con el odio. Al parecer hay en ello un elemento según el cual algo tiene que sufrir para que el niño obtenga placer: el objeto del amor primitivo sufre al ser amado, aparte de ser odiado.

En la costumbre de chuparse los dedos, Y especialmente en la de morderse las uñas, podemos ver un replegamiento del amor y del odio por causas tales como la necesidad de preservar el objeto externo de interés. Vemos asimismo un replegamiento hacia el ser, ante la frustración del amor por un objeto externo.

El tema no queda agotado con este tipo de enunciado, sino que merece ser estudiado más profundamente.

Supongo que cualquiera estaría de acuerdo en que el chuparse el pulgar es una forma de consolación, no un simple placer; el dedo o el puño sustituye al pecho de la madre, a ésta o a otra persona. Por ejemplo, un bebé de unos cuatro meses reaccionó ante la pérdida de su madre mediante la tendencia de meterse el puño hasta la garganta, de tal manera que hubiese muerto de no habersele impedido a la fuerza dicho movimiento.

Mientras que el hábito de chuparse el pulgar es normal y universal, extendiéndose hasta el empleo del chupete, así como, de hecho, a varias actividades de los adultos normales, también es cierto que dicho hábito persiste en las personalidades esquizoides, y en tales casos es extremadamente compulsivo. En uno de mis pacientes de diez años, este hábito se transformó en la compulsión a leer constantemente.

Estos fenómenos no tienen explicación como no sea sobre la base de que el acto es un intento de localizar el objeto (pecho, etc.), de sostenerlo a medio camino entre dentro y fuera. Esto es, una defensa contra la pérdida de objeto en el mundo externo o bien en el interior del cuerpo, es decir, contra la pérdida del control sobre el objeto.

No cabe ninguna duda de que el hábito normal de chuparse el pulgar tiene también su función.

El elemento autoerótico no siempre aparece como de primordial importancia y, ciertamente, el empleo del chupete y del puño pronto se convierte en una clara defensa contra los sentimientos de inseguridad y otras angustias de índole primitiva.

Finalmente, todo acto de chuparse el puño aporta una útil dramatización de la primitiva relación objetal en la cual el objeto es tanto el individuo como es el deseo de objeto, porque es creado partiendo del deseo, o es alucinado, y al principio es independiente de la cooperación de la realidad externa.

Algunos bebés se meten un dedo en la boca mientras maman; de esta manera (en cierto modo) se aferran a la realidad autocreada mientras aprovechan la realidad externa.

Resumen

He tratado de formular los procesos emocionales primitivos normales en la primera infancia y que aparecen regresivamente en la psicosis.

Notas:

(1) Principalmente a través de la obra de Melanie Klein.

(2) A través de la expresión artística nos es dado esperar mantenernos en contacto con nuestro ser primitivo, de donde emanan los sentimientos más intensos e incluso unas sensaciones terriblemente agudas, y lo cierto es que la mera cordura equivale a la pobreza.

(3) Citaré sólo otra razón por la que el niño no se satisface con la satisfacción. Se siente engañado. Tenía intención, como si dijéramos, de efectuar un ataque caníbal contra la madre y se ha visto rechazado con un narcótico: la alimentación. En el mejor de los casos lo que puede hacer es aplazar el ataque.

(4) Existe en la mitología una figura despiadada -Lilith- cuyo origen podría estudiarse con provecho.

(5) Los cocodrilos no sólo derraman lágrimas cuando no se sienten tristes -lágrimas de preinquietud-, sino que, además, representan fácilmente el ser primitivo y despiadado.

(6) Esto es importante debido a nuestra relación con la psicología analítica de Jung. Nosotros tratamos de reducirlo todo al instinto, y los psicólogos analíticos lo reducen todo a esta parte del self primitivo que se parece al medio pero que surge del instinto (arquetipos). Deberíamos modificar nuestro punto de vista con el fin de abarcar ambas ideas y para ver (si es cierto) que en el estado teóricamente más primitivo el self tiene su propio medio creado por él mismo, y que tiene tanto del mismo self como de los instintos que lo producen. Éste es un tema que requiere desarrollo.

Biblioteca D. Winnicott

La formación en psiquiatría infantil: el departamento pediátrico de la psicología - 1961 -

El aspecto psicológico de la pediatría tiene en este momento particular importancia a raíz del interés de los médicos en los seres humanos, cuyas enfermedades atrajeron antaño su exclusiva atención. En la actualidad, los estudiantes de medicina pretenden ser iniciados no sólo en las materias médicas, la cirugía y las especialidades, sino también en la psicología dinámica, y así como aprenden la medicina orgánica sobre la base de la anatomía y la fisiología, comienzan a sentir la necesidad de aprender la psicología dinámica sobre la base del psicoanálisis.

No se supone que los profesores de medicina orgánica sean capaces de enseñar psicología dinámica, y lo mismo es válido a la inversa. En otras palabras, debe haber especialistas pediátricos en psicología. Es costumbre llamar a estos especialistas "psiquiatras de niños", lo cual es lamentable, pues entre la psiquiatría de niños y la pediatría física hay una relación mucho más estrecha que entre la psiquiatría de niños y la psiquiatría general. En rigor, los psiquiatras se ocupan principalmente de los derrumbes y sus consecuencias, ya que no de los trastornos en sí, debidos a degeneración cerebral y vascular, y en general no saben mucho acerca del desarrollo emocional del bebé y el niño pequeño, o del funcionamiento de los padres, la familia y la escuela. Los propios pediatras han tardado en reconocer que la psiquiatría infantil es en esencia un campo hermanado con la pediatría física, y que es mucho lo que se pierde cuando se establece un departamento de psiquiatría infantil ya sea bajo la égida de la psiquiatría o de la psicología académica o educativa. Hay cabida, desde luego, para toda clase de clínicas, y existen ámbitos en los que se superponen la psiquiatría y la psiquiatría infantil, así como la psiquiatría infantil y la psicología académica. Pero el departamento de pediatría del futuro tendrá que tener un departamento de psicología como una mitad de sí mismo. De este modo el pediatra y el psiquiatra de niños trabajarán juntos, en un pie de igualdad, y cada uno de ellos comprobará complacido que existe un territorio que le pertenece.

Esta situación prevaleció en el Hospital Paddington Green desde que quedó subordinado al St. Mary's; antes de esa época, el departamento de psicología era un concepto teórico dentro del departamento de medicina externa general, que existía en virtud de que yo había sido designado médico asistente (luego titular) del Paddington Green en 1923. Mi jubilación, al alcanzar la edad de 65 años, pone sobre el tapete esta cuestión, y quizá justifique el hecho de que el director de esta publicación me haya invitado a escribir el presente comentario, en el que expongo mi opinión personal.

Debe enunciarse claramente que, a juicio de los psiquiatras en general, la psiquiatría infantil debe formar parte de la psiquiatría. Esto es lo que sucede en muchas clínicas, donde el control global lo ejerce

la psiquiatría, y no sé de ningún caso donde el yugo haya lastimado el cuello del buey. Sin embargo, si ésta fuera la norma general, se perdería mucho que no es conocido por el psiquiatra de adultos y que sólo pueden saber quienes trabajan al mismo tiempo en la pediatría física y psicológica. Para dar un ejemplo, hay gran cantidad de trabajos psicológicos en el campo de la alimentación del bebé, el que sin duda se halla muy lejos de la práctica psiquiátrica general.

En lo atinente a la formación en psiquiatría infantil, lo esencial es la pediatría física y el psicoanálisis. No es preciso que todos los psiquiatras de niños estén calificados para practicar la psiquiatría de adultos. Además, esta última tiende a apartarse cada vez más hoy día de los problemas de la naturaleza humana y a encaminarse hacia la exploración de los tratamientos farmacológicos, la bioquímica y las diversas terapias de choque. Nada podría estar más lejos de la psicología pediátrica o del consejo que se le debe dar a una madre que tiene dificultades para destetar a su bebé, o del que se le debe dar a un padre que tiene que decidir si está bien que su hijito se aproveche tanto de su esposa a la hora de ir a la cama que él no la pueda ver nunca, etcétera. No, la psiquiatría infantil es una entidad en sí misma, y pertenece naturalmente al campo de la pediatría física, no al de la psiquiatría.

De hecho, por el lado teórico, el psicoanálisis de niños y la práctica de la psiquiatría infantil han contribuido juntos en gran medida al estudio del trastorno psiquiátrico en los adultos, en tanto que la psiquiatría de adultos no ha aportado prácticamente nada a la psiquiatría infantil, ni siquiera una clasificación que tenga valor práctico.

Obviamente, la psiquiatría infantil se superpone con la psiquiatría, y en este terreno común no hay motivos para que las dos disciplinas no mantengan relaciones amistosas. En algunas clínicas habrá un tipo de esquema y predominará la psiquiatría, mientras que en otras la pediatría afirmará que la psiquiatría infantil es esencialmente parte de ella. Así tiene que ser.

El factor que provocó el cambio es el enorme avance realizado en las tres últimas décadas en el tratamiento de la enfermedad física, siendo la penicilina el descubrimiento más importante. Hoy es dable ver que el aspecto psicológico de la pediatría es la porción más grande de ésta, aunque pasarán muchos años antes de que la mitad de los pediatras sean psiquiatras de niños, debido a la larga formación adicional necesaria.

De esto se desprende que la cátedra universitaria de pediatría tendrá que funcionar en tándem, dando cabida a dos profesores, uno de pediatría física y el otro de pediatría psicológica. Hace mucho que tendría que haberse tomado esta medida. Lo principal, a los fines de la argumentación que aquí expongo, es que no hay cabida para una cátedra en tándem de psiquiatría de adultos y de psiquiatría infantil, pues la afinidad entre estas dos actividades es comparativamente escasa. Una de ellas se refiere a los adultos, y la otra a los bebés y los niños, y a los padres y el cuidado de los niños en general.

Al jubilarme, mi única esperanza es que el departamento de psicología del Paddington Green no se pierda para la pediatría. Dado que he trabajado en esto desde 1923, estoy en buenas condiciones de tener una opinión personal, y mi opinión es que se perdería mucho en caso de violar el principio que he enunciado, de modo tal que la psicología pediátrica sea reclamada por la psiquiatría y quede fuera del ámbito de la pediatría.

Resumen

La psiquiatría infantil es una especialidad por derecho propio, en tanto que la psiquiatría general se ocupa de procesos degenerativos y fenómenos neurológicos que carecen de importancia en un departamento típico de psiquiatría infantil. Ésta se ocupa del desarrollo emocional del niño y de las

interferencias con los procesos de maduración provenientes del medio y de los conflictos internos del niño. Esto hace que la psiquiatría infantil sea afín a la pediatría.

El psiquiatra general o el pediatra necesitan una formación adicional del tipo de la proporcionada por el psicoanálisis y la psicología analítica. Los institutos correspondientes brindan asimismo los mecanismos de selección.

Siempre habrá especialistas en psiquiatría infantil que provengan de la psiquiatría general, pero es importante mantener abierta la ruta que transita a través de la práctica pediátrica.

Biblioteca D. Winnicott

Necesidades ambientales; primeras etapas; dependencia total e independencia esencial (1948)

Ya me han escuchado en varias charlas. En lo que les dije hasta ahora traté de levantar un edificio, por decir así. Creo que ese edificio (el exterior) es lo que se puede apreciar de las charlas en este momento. (quiero considerar las distintas fases del desarrollo de los niños. Estaba pensando que podríamos compararlas tomando la palabra "moral".

Para los niños que alcanzaron cierta etapa, la de ser humano íntegro, diría que la moral es una transacción. Ellos tienen su propia idea acerca de lo que está bien y lo que está mal, pero, como saben, pueden darse cuenta de que el otro tiene su punto de vista, y entonces muy a menudo se produce una transacción o solución de compromiso. Hay una etapa un poco anterior en la que la moral parece representada por la reparación de la culpa; en este sentido, la culpa es tolerable si algo se hace al respecto. Cuando llegamos a estas cosas más primitivas, la moral se ha vuelto algo tremendo y terrible. No hay transacción: es la vida o la muerte. Si alguien no logró completar algo en estas primeras etapas, nada puede hacerse; esas personas no aceptarán ninguna solución de compromiso, preferirán pasar su vida en un hospital neuropsiquiátrico que ceder. Podemos entender qué significa eso cuando tomamos casos extremos ya sean nuestros o de niños que se las arreglan para sacar la cara por algo en ciertos momentos, por su integridad, por su individualidad, por sus derechos como seres humanos individuales. De todos modos, me parece que hay algo muy feroz en la moral del bebé, y en todo lo nuestro que corresponde a la infancia y al desarrollo infantil más temprano.

Ahora quiero referirme a la introducción de la realidad externa en el bebé humano, y no quiero que me entiendan mal si digo que sé lo que pasa entre una madre y su recién nacido. Un bebé viene al mundo y sin duda suceden muchas cosas de las que no estamos hablando, pero en cierto momento comienza a interesarse en algo externo; hay un vuelco de la personalidad hacia algo del exterior. Empieza a tener hambre. Está dispuesto a aceptar algo que viene de fuera de él y no tiene idea de lo que va a ser, pero tiende una línea hacia algo, la madre. Entonces, está la madre con su pecho, y tiene algo que ofrecerle y parece tan fácil, si uno no lo pensó. El bebé ve y siente lo que hay ahí y lo estimula, y a su vez el bebé estimula al pecho y a todo lo fisiológico, y es verdadero pero no suficiente. Tenemos que advertir que aquí hay una situación muy engañosa, que me hace temblar cuando pienso cuán fácilmente interfieren los médicos y las enfermeras. Está el bebé con su capacidad de alucinar algo, y está la madre, que tiene lo que ella sabe que es bueno para el bebé pero éste aún no lo sabe, y la madre debe ingeniárselas para situarse de modo que lo que el bebé desee encontrar sea efectivamente a ella misma. En tal caso, podríamos decir que se las ingenia para darle al bebé la ilusión de que lo que él obtiene, encuentra y toma es lo que creó a partir de sus propios sentimientos, de su propio poder de alucinar. Esto, desde luego, es una cuestión de vivencia. La madre organiza de diversas maneras su trato y su contacto con el bebé, pero el asunto sigue adelante, y en el caso corriente, la madre se ha situado muchas veces en la

dirección apropiada para el bebé y éste, poco a poco, ha llegado a tener, a partir de la experiencia real, material para alucinar, y se las ingenia para ver el pezón efectivo, y experimenta los detalles del pecho, su olor y todo eso, y gradualmente, a través de un largo y penoso proceso, es capaz de imaginar en qué va a convertirse realmente. Esto es algo que se hace, y cuando se hace con éxito, le da al bebé la base de su salud mental, y es muy difícil que la pierda. Pero nunca el éxito es completo, y ahora veremos qué pasa en el caso de haber fallas.

Las palabras "ilusión" y "realidad" aparecen en los escritos de psicólogos y filósofos... Podríamos afirmar que nos hablan de algo parecido a esto, pero es probable, les decimos, que dejen fuera la base, que es esta experiencia entre la madre y el bebé en los comienzos. No se trata de un concepto teórico. Si no hay dificultades, se le debe algo a alguien; éste es el factor externo. Parecería que pudiera decirse que cierto grado de falla es muy común, y a veces una falla total.

En un nivel muy temprano se produce una escisión de la personalidad, que es uno de los sentidos de la palabra "esquizofrenia". En ese caso el niño tiene dos relaciones con la realidad externa. En una hay sometimiento, el tomar efectivo sobre la base de la sumisión; y luego hay una experiencia puramente imaginaria con una realidad imaginada. En el caso extremo, tiene lugar muy poco contacto, el niño no tiene nada para imaginar salvo lo que está en él mismo, lo que equivale a chuparse el pulgar o hacer movimientos de vaivén, algo muy empobrecido. Por otro lado, puede haber tenido lugar para un bebé un contacto real y una ilusión suficientes para edificar un mundo con mucho dentro que, según podemos reconocer, proviene de nuestra realidad compartida. Y en el caso de que esto haya pasado a constituir un rasgo importante a raíz de un derrumbe posterior, y el niño vuelve a una escisión, con frecuencia tenemos un niño en un mundo extremadamente rico, rico de cosas que conocemos, propias de nuestra realidad compartida.

En los niños se aprecian dos relaciones con la realidad externa. Una parece a veces muy satisfactoria, en el sentido de que el niño toma todo, si hablamos de comida, o, si hablamos de aprendizaje, acepta todo y se comporta bien, pero uno tiene todo el tiempo la sensación de que algo falta, y no le sorprende encontrar, más adelante, que esta relación -que no era con la realidad externa sino con el mundo interno- se derrumba. Quiero referirme a una niña que permaneció dormida tres años, que había vivido durante un largo período en este mundo y luego hizo una regresión y se retiró al suyo. Cuando uno se encuentra con un niño que se retira ya sea por unos minutos, unas semanas o años enteros, le interesa tratar de averiguar qué habrá del mundo externo que todos conocemos en su experiencia interna del mundo.

Si hablamos de Shakespeare y de la capacidad de introducirse en el propio mundo interno, vemos que el mundo interno de Shakespeare era tan rico como el mundo en que vivimos. Todo lo que nos viene de él podría haberse basado en observaciones muy agudas sobre los seres humanos del mundo real. Todo lo que él conoció y sintió se le metió adentro, y cuando pudo sacarlo, lo reconocemos y verificamos. Podemos considerarlo a Shakespeare para mantener un sentido de proporción en esto. Pero si tomamos a un músico como Beethoven también encontraremos que ahí están representadas todas las emociones y los sentimientos y las relaciones humanas, no en persona sino en términos del "vaivén" de las fuerzas de la espontaneidad, sin que aparezcan seres humanos. Si ahora contemplan las actividades de "meterse adentro" de los niños que están al cuidado de ustedes, notarán que algunos no se preocupan mucho porque tienen un rico mundo interno, relacionado con el mundo externo, y su vida es rica; pero otros tienen un mundo interno muy empobrecido, tan separado que uno reconoce en eso una enfermedad.

Tomemos dos niños, ambos preocupados. Uno de ellos no nos inquietará si sabemos que está lleno de riqueza, pero el otro sí si lo sabemos enfermo, si su preocupación carece de riqueza; si en los comienzos no hubo nadie que le diera a este niño lo suficiente como para formarse una ilusión acerca de la realidad. La realidad permaneció para él como algo que nunca podrá ser totalmente aceptado.

En otra ocasión tuve la osadía de hablar acerca de la infancia de Julieta. Ocurre que Shakespeare se tomó el trabajo de decirnos mucho sobre la infancia de Julieta (1). Quizá no sea ajeno a nuestro tema. La cuestión es si se puede hablar de Shakespeare de esa manera. En el Sunday Times, Desmond McCarthy se enfadó mucho con un psicólogo por haber escrito un libro sobre Hamlet. "¿Cómo puede hablarse de la niñez de alguien que nunca

vivió?" Afirmó que el motivo por el cual Shakespeare hizo que Hamlet tuviese un dilema... ¿era que la obra tenía que durar dos horas! Pero lo que yo creo es que cuando tomamos a alguien como Shakespeare, cualquier pequeño detalle de la conversación tiene algo que ver con los temas fundamentales de su obra. No creo que haya incluido el fragmento sobre la infancia de Julieta porque sabía que la primera noche iban a aparecer algunas parteras. Nos cuenta que la madre de Julieta tenía unos 13 años, y la nodriza 14, y el hijo de esta última había muerto y ella amamantó a Julieta. Así nos da a entender que la nodriza tenía mucha dulzura y conocía la diferencia entre amamantar al hijo propio y al de otro. Y Julieta tuvo dificultades semejantes a las de un hijo adoptivo. La nodriza no pudo destetarla hasta que tuvo casi tres años, después de que Julieta mantuvo una conversación espontánea con el marido de la nodriza el día anterior. La criatura había tropezado y caído, y el marido hizo unos comentarios risueños. Y cuando la destetó, no lo hizo de la forma habitual, sino de una manera indirecta, mediante el amargo áloe.

Ami parecer, Shakespeare intenta mostrarnos por qué Julieta debía tener esa división en su temperamento. El sometimiento a su madre y a todos está bien a cambio de lo otro, el romanticismo extremo, por el cual va a suceder lo imposible. Ella va a tener los máximos sentimientos amorosos con alguien que sobrevendrá, lo cual está destinado a terminar en la muerte, y de hecho por envenenamiento. Se ha hablado mucho de que el envenenamiento es una experiencia del pecho, que es bueno porque es malo. Todo esto implica que Shakespeare comprendía la necesidad de retrotraerse a la infancia para explicar la evolución posterior del tipo de vida de una persona. Pero el rico mundo interno de un individuo como Shakespeare tiende puentes entre los mundos interno y externo. Estaba describiendo a alguien que no tenía ningún puente tendido entre el mundo interno y la realidad externa.

Volviendo al asunto de los sentimientos de culpa y la reparación, les comenté qué enorme es lo que ustedes, maestros, brindan cuando se trata de reparar la culpa, al ser una persona o una configuración en la que el niño puede encontrar, con el correr del tiempo, el amor y la agresión y la culpa y la oportunidad de dar. Cuando mencionan cosas primitivas, están hablando de procesos que suceden permanentemente. Hacen mucho por un niño porque no pueden amoldarse a todos los niños. Permitirán que éste tenga algunas cosas pero no otras; pero estando ahí, confiables, les dan la oportunidad de experimentar su propio amor y odio. Ningún niño completa estas experiencias, ellas siguen en el trabajo escolar, donde los usan a ustedes para reforzar el buen comienzo que tuvieron.

Al tratar pacientes, vemos esto ilustrado numerosas veces. Ya les conté antes acerca de la paciente a quien voy a describir.

Durante un largo período no mantuvo ninguna relación conmigo a menos que yo estuviera esperándola, del otro lado de la puerta, cuando ella venía y tocaba el timbre. Yo tenía que estar ahí en ese momento, de un modo muy, muy real. Durante varios meses tuve que dejar de lado todo veinte minutos antes de su llegada, porque si lo hacía teníamos una buena sesión, pero si algo funcionaba mal, no había relación. Era una persona enferma, para ilustrar el caso extremo. Le llevó dos años a esta paciente derrumbarse y enfermar tanto como debía. Cuando acudió por primera vez, estaba aparentemente bien. Mantenía buenas relaciones con todos y todo el mundo la llamaba "mi pequeña amiga" y le decía: "Si hay alguien sano, eres tú". Y al fin, un día se derrumbó, por una enfermedad física que resultó ser producida en cierta forma por ella misma; pero todo esto llevó mucho tiempo. En los comienzos se lo había perdido. Era melliza, y la habían entregado a otra gente; así que yo debía proveerla de algo que nunca había tenido.

Un paciente o niño corriente es alguien que ha tenido una buena posición temprana, y ustedes pueden deslizarse en esa posición y reforzarla convirtiéndola en una posición creada por otras personas, guiando, ampliando y expandiendo su crecimiento; pero si ha habido una falla de entrada tendrán que hacer un trabajo difícil, ser como médicos, y esto sería imposible.

Pregunta: ¿Es importante, entonces, quedarse en la misma escuela varios años?

D. W. W.: Es una pregunta interesante. Uno llega a conocer a los niños, todo eso se pierde si uno se va. Siempre hay víctimas cuando un maestro se va, y un suspiro de alivio de uno o dos. Hay fases que los niños deben atravesar. Advertirán que algunos los usan en ciertos momentos con determinados propósitos. Algunos ya no los necesitan más por el momento. Creo que cuando un maestro se va, se crea un montón de trastornos; por otro lado, eso plantea todo el tema de si uno se lleva o no su clase consigo. Los adolescentes son como niños pequeños, con instintos tremendos, instintos que los arrastran, y luego esa particular necesidad de encontrar gente que refuerce lo que hay en su experiencia.

Un caso típico es un muchacho de 17 años que recientemente estaba en dificultades. Dijo en el colegio que debía ver a un psicólogo. Las autoridades del colegio se preocuparon, pero los padres me encontraron a mí. Cuando vino, el muchacho se quedó mudo y no pasó nada, así que le dije: "Nos veremos alguna otra vez". Un día, me llama por teléfono y me pregunta: "¿Puedo verlo mañana?". Yo sabía que tenía que responderle que sí. En una situación como ésa, uno o le falla al otro o hace lo correcto. Tuve que reorganizar todos mis planes, como una madre con su minúsculo bebé. Entonces el muchacho vino y tuvimos un encuentro de una hora y media sumamente rico, trabajamos muchísimo y con grandes efectos. Tomó su vida en sus manos, dejó el colegio, consiguió un trabajo en Londres para poder tener un largo tratamiento. Todo dependía de que yo hiciera todo por él en ese momento.

Hay momentos como ése, y otros en que a uno le parece estúpido renunciar a ciertas cosas para satisfacer las necesidades inmediatas del niño.

Pero si miran alrededor, se darán cuenta cuándo los niños están deprimidos... no lo pueden disimular. Si están enfermos, ustedes ya sabrán que si intentan establecer contacto con ellos, no podrán. Tienen que dejarlos que ellos mismos sientan la urgencia, y en ese caso estar disponibles.

Aunque a ustedes se los emplea para que asuman responsabilidad por los niños, mantener una relación con un niño es algo mucho más difícil. Tomemos el caso de un médico en una clínica. Es como si la comunidad tratase de averiguar si se le dará cabida para que haga eso tan difícil de ser un buen médico. Es extraño que los médicos respondan. ¿Por qué suponer que pedirán que se les dé cabida para que los llamen en medio de la noche? Tal vez piensen que de eso extraerán algo muy importante, pero si es cuestionado, renunciarán. Lo mismo pasa con las madres. No van a escoger hacer lo difícil, la responsabilidad de alimentar y criar al bebé, para luego entregárselo al Estado. Lo mismo con los maestros; no todos los maestros asisten a cursos como éste, que tornan su tarea aún más difícil. Quizás alguno pensaba que se la haría más fácil, pero en la práctica o no hay diferencia, o bien a medida que pasa el tiempo uno comprueba que está asumiendo una responsabilidad personal: la de hacer cosas, vivir experiencias con los niños que están a su cuidado; pensar cosas, arriesgar cosas que de otro modo habría soslayado o habría hecho dejándose guiar por un método práctico. Si han venido a este curso, significa que han reflexionado sobre estos temas. Si la psicología es dinámica y aporta algo, en cierto modo agrega tensiones y vuelve las cosas más difíciles. Lo arduo de la psicología es que si uno se sale de los carriles académicos y habla acerca de los sentimientos, esto no puede dejar de perturbarlo. De ahí que no sería una buena idea obligar a todos los maestros a asistir a conferencias de psicología, ya que así se reduciría la ira y el odio y la gente sería menos buena. Tampoco sería conveniente que todas las madres acudiesen a conferencias sobre la psicología de la infancia. Y si les dijese a todos los artistas y poetas "Deben venir a esta charla sobre psicología", se toparía con terribles sentimientos de su parte, porque los mejores artistas abominan de la psicología.

Notas:

(1) En el acto 1, escena 3, de Romeo y Julieta.

Biblioteca D. Winnicott

El valor de la depresión

(Trabajo presentado en la Asamblea General de la Asociación de Trabajadores Sociales Psiquiátricos, septiembre de 1963) El término "depresión" tiene un significado popular y otro psiquiátrico; curiosamente, ambos son muy semejantes. Tal vez, si esto es así, haya una razón que pueda enunciarse. El estado o trastorno afectivo que llamamos depresión se acompaña de hipocondría e introspección; por lo tanto, la persona deprimida es consciente de que se siente mal y también está demasiado pendiente de su corazón, sus pulmones y su hígado, así como de sus dolores reumáticos. En cambio, el término psiquiátrico, "hipomanía", que quizás equivalga a lo que los psicoanalistas llaman "defensa maníaca", implica que el humor depresivo está siendo negado, y al parecer no tiene equivalente alguno en el lenguaje popular. (El término griego hubris podría servir, pero parece referirse más a la elación que a la hipomanía.)

La opinión que aquí sostengo es que la depresión tiene valor; sin embargo, también es evidente que quienes están deprimidos sufren, pueden dañarse a sí mismos o poner fin a su vida, y algunos de ellos son enfermos psiquiátricos. Hay en todo esto una paradoja que me propongo examinar.

Los psicoanalistas y los trabajadores sociales psiquiátricos se ven llevados a hacerse cargo de casos graves y a administrar psicoterapia pese a que ellos mismos no están a salvo de la depresión. Y puesto que el trabajo constructivo es uno de los mejores medios para librarse de ese estado, a menudo ocurre que utilizamos nuestro trabajo con las personas deprimidas (y con otros pacientes) para hacer frente a nuestra propia depresión.

Cuando estudiaba medicina me enseñaron que la depresión encierra en sí el germen de la recuperación. Este es el punto luminoso en psicopatología, y vincula la depresión con el sentimiento de culpa (la capacidad de sentir culpa es señal de un desarrollo saludable) y con el proceso de duelo. También el duelo tiende a la larga a completar su cometido. La tendencia innata a la recuperación enlaza asimismo la depresión con el proceso madurativo que se cumple durante la primera infancia y la niñez del individuo, proceso que (en un ambiente facilitador) lleva a la madurez personal, que equivale a la salud.

Desarrollo emocional del individuo

En un comienzo el bebé es el ambiente y el ambiente es el bebé. Mediante un proceso complejo (que comprendemos sólo en parte y sobre el que tanto yo como otros autores hemos escrito extensamente) [\(1\)](#), el bebé excluye algunos objetos, y luego el ambiente en su totalidad, de su self. Hay un estado intermedio en el que los objetos con que se relaciona son objetos subjetivos.

Entonces el bebé se convierte en una unidad, al principio por momentos y más tarde casi todo el tiempo. Una de las múltiples consecuencias de este nuevo desarrollo es que el bebé llega a tener un interior. Entre lo que está adentro y lo que está afuera comienza entonces un complejo intercambio que ha de proseguir durante toda la vida y que constituye la principal relación del individuo con el mundo. Esta relación es más importante incluso que la relación con objetos y la gratificación de los instintos. El intercambio en ambas direcciones

incluye los mecanismos mentales llamados "proyección" e "introyección". Posteriormente ocurren muchas cosas, muchísimas en realidad, pero sería inadecuado tratarlas con mayor detalle en este contexto.

La fuente de estos desarrollos es el proceso madurativo innato del individuo, facilitado por el ambiente. El ambiente facilitador es necesario, y si no es suficientemente bueno, el proceso madurativo se debilita o decae. (Me he referido a menudo a estas cuestiones complejas.) (2)

De este modo surgen la estructura y la fortaleza yoicas, y progresivamente la dependencia del nuevo individuo respecto del ambiente deja de ser absoluta y cede su lugar a la independencia, que nunca llega a ser absoluta.

El desarrollo y consolidación de la fortaleza yoica es el indicio básico de la salud. Naturalmente, el término "fortaleza yoica" va adquiriendo un significado cada vez más amplio a medida que madura el niño, y al principio el yo sólo es fuerte porque recibe el apoyo del yo de la madre, quien durante cierto tiempo es capaz de identificarse estrechamente con su bebé.

Se llega así a una etapa en la que el niño es ya una unidad, puede expresar yo soy, tiene un interior, es capaz de dominar sus tempestades instintuales y de contener las presiones y tensiones que surgen en su realidad psíquica interna. El niño ha adquirido la capacidad de sentirse deprimido. Se trata de un logro del desarrollo emocional.

Mi opinión sobre la depresión, por lo tanto, está estrechamente relacionada con mi concepto de la fortaleza yoica, el afianzamiento del self y el descubrimiento de la identidad personal, y es por eso que podemos examinar la idea de que la depresión es valiosa.

En psiquiatría clínica la depresión puede presentar características que la definen claramente como enfermedad, pero siempre, incluso en los trastornos afectivos graves, la presencia del humor depresivo proporciona cierta base a la creencia de que el yo no está desorganizado y tal vez pueda mantener sus posiciones, cuando no hallar algún tipo de solución a la guerra interna.

Psicología de la depresión

No todos admiten que exista una psicología de la depresión. Muchas personas (entre ellas algunos psiquiatras) alientan una creencia casi religiosa en que la depresión tiene una base bioquímica, o sea en el equivalente moderno de la teoría de la bilis negra, que permitió que un genio del Medioevo acuñara el término "melancolía". La idea de que hay una organización mental positiva inconsciente que confiere un sentido psicológico al humor depresivo es muy resistida. Pero en mi opinión, tanto el humor depresivo como sus diversas impurezas, que originan rasgos patológicos, tienen un significado, y trataré de exponer una parte de lo que sé al respecto. (Lo que sé se basa en lo que he descubierto en mi trabajo aplicando mis propias teorías, inspiradas en la obra de Freud, Klein y varios otros pioneros.)

Naturalmente, detrás de todo esto se oculta el odio. Tal vez lo difícil sea aceptar ese odio, aunque el humor depresivo implica que el odio está bajo control. Lo que vemos es el esfuerzo clínico por controlar.

Un caso simple de depresión asociada con psiconeurosis

Una muchacha de catorce años fue llevada al Hospital de Niños de Paddington Green a causa de una depresión lo bastante intensa como para perjudicar seriamente su desempeño escolar. En una entrevista psicoterapéutica que se extendió por espacio de una hora, la muchacha describió e ilustró con dibujos una pesadilla en la que su madre era atropellada por un auto. El conductor del auto tenía puesta una gorra como la que usaba su padre.

Como explicación de que se le hubiera ocurrido la idea de la muerte de su madre, le interpreté su intenso amor por su padre, y también que lo que aparecía representado con características de violencia era el coito. Ella comprendió que el amor y la tensión sexual habían determinado la pesadilla. Aceptó entonces el hecho de que

odiaba a su madre, a quien estaba muy apegada. Su estado de ánimo mejoró. Volvió a su casa libre de depresión y pudo disfrutar otra vez de las actividades escolares. La mejoría se mantuvo.

Este caso pertenece al tipo más simple. Cuando una persona tiene un sueño, lo recuerda y lo relata en forma adecuada, está demostrando su capacidad de hacer frente a las tensiones internas que se manifestaron en el sueño. El sueño de esa muchacha, que ella no sólo relató sino también dibujó, da cuenta de su fortaleza yoica y, a través de su contenido, proporciona una muestra de la dinámica de su realidad psíquica interna.

Con referencia a este caso podríamos decir que el odio reprimido y el deseo de muerte en la posición heterosexual determinaron la inhibición de los impulsos instintuales. Pero al expresarnos de ese modo omitiríamos lo más característico, es decir la depresión, la renuncia a vivir de la muchacha. De cobrar ella vida, su madre hubiera resultado dañada. Vemos aquí un sentimiento de culpa que se anticipa a los hechos.

El self como unidad

Si no se oponen al empleo de diagramas, les diré que es útil representar al individuo como una esfera o un círculo.

Dentro del círculo se produce la interacción de fuerzas y objetos que constituye la realidad interna del individuo en este momento. Los detalles de ese mundo interior hacen que se asemeje a un mapa de Berlín, en el que el Muro simboliza un lugar para las tensiones del mundo.

En el diagrama, la niebla que cubre la ciudad -si es que hay niebla en Berlín- representa la depresión. Todo se hace más lento y se aproxima a un estado de no-vida. Ese estado de inercia relativa controla todas las cosas y, en los seres humanos, desdibuja los instintos y debilita la capacidad de relacionarse con objetos externos. Gradualmente la niebla se hace menos espesa en algunos lugares, o incluso comienza a desvanecerse. Entonces pueden producirse fenómenos sorprendentes y provechosos, como el resquicio en el Muro durante la Navidad. La intensidad de la depresión disminuye y la vida recomienza aquí y allá, donde la tensión es menor. Se producen nuevos arreglos, un alemán del Este huye a Alemania occidental y quizás un alemán occidental se traslada al Este. De un modo u otro hay intercambios y llega un momento en que la depresión puede cesar sin riesgo. En el ejemplo humano, el equivalente del Muro se habrá corrido un tanto hacia el Oeste o hacia el Este, cosa que no puede suceder en Berlín.

La depresión y su término dependen de la disposición de los elementos internos buenos y malos; es la estructuración de una guerra. Es como la mesa del comedor en la que un niño ha dispuesto su fortín y sus soldaditos.

Las niñas tienden a preservar el carácter subjetivo -no específico- de esos elementos porque son capaces de pensar en posibles embarazos y bebés. Los bebés contrarrestan naturalmente la idea de un interior sin vida. Ese potencial de las niñas provoca la envidia de los varones.

Lo que aquí tomamos en cuenta no es tanto la angustia y su contenido como la estructura yoica y la economía interna del individuo. Una depresión que sobreviene, se prolonga por un tiempo y finalmente cesa indica que la estructura yoica no ha cedido durante una fase crítica. Es un triunfo de la integración.

Naturaleza de la crisis

Sólo podemos referirnos brevemente al modo como comienzan las crisis y a lo que puede aliviarlas.

La causa principal de la depresión es una experiencia inédita de la destructividad y de las ideas destructivas que acompañan al amor. Estas experiencias requieren una reevaluación interna, y lo que percibimos como

depresión es esa reevaluación.

En cuanto a las cosas que pueden servir para aliviarla, esforzarse por levantar el ánimo de la persona deprimida no es una de ellas. No es útil tratar de alegrarla ni hacer saltar sobre las rodillas a un niño deprimido, ofrecerle dulces o señalar un árbol y decir: "¡Mira qué hermosas se ven esas trémulas hojas verdes!". La persona deprimida sólo ve un árbol mustio y hojas inmóviles. O no ve hojas sino apenas un brezal marchito y ennegrecido y un árido paisaje. Nos pondremos en ridículo si tratamos de alegrarla.

Lo que da resultado es una buena persecución: la amenaza de una guerra, por ejemplo, o una enfermera rencorosa en el hospital psiquiátrico, o una traición. En estos casos el fenómeno malo externo puede utilizarse como lugar para una parte de la maldad interna y producir alivio mediante la proyección de las tensiones internas; la niebla puede empezar a desvanecerse. Pero sería difícil prescribir el mal. (Tal vez el electroshock sea el mal deliberadamente prescrito y dé a veces por eso mismo un buen resultado clínico, sin dejar de ser, no obstante, un engaño si pensamos en función del dilema humano.)

Pero podemos ayudar a una persona deprimida adoptando el principio de que debe tolerarse la depresión hasta que ceda espontáneamente y reconociendo el hecho de que sólo la recuperación espontánea resulta satisfactoria para el individuo. Ciertas condiciones apresuran o retardan el proceso o influyen en los resultados. La más importante es el estado de la economía interna del individuo. Ese estado, ¿es precario?, ¿o hay una reserva de elementos benignos en las fuerzas que se enfrentan en la perpetua neutralidad armada de la economía interna?

Para nuestra sorpresa, puede ocurrir que al salir de una depresión una persona sea más fuerte, más sabia y más estable de lo que era anteriormente. En gran parte esto depende de que la depresión haya estado libre de lo que podríamos denominar "impurezas". Trataré de explicar en qué consisten esas impurezas.

Impurezas de la depresión

1. En esta categoría incluiré todas las fallas de la organización del yo que indican una tendencia del paciente a un tipo más primitivo de enfermedad: la esquizofrenia. En estos casos existe una amenaza de desintegración, y son las defensas psicóticas (escisión, etc.) las que determinan el cuadro clínico, en el que se observan escisión, despersonalización, sentimientos de irrealidad y falta de contacto con la realidad interna. La depresión puede complicarse con un elemento esquizoide difuso, lo que justifica que se hable de "depresión esquizoide". El término implica que se mantiene cierto grado de organización general del yo (depresión) a pesar de la amenaza de desintegración (esquizoide).

2. En esta segunda categoría incluiré a los pacientes que, aunque conservan la estructura yoica que posibilita la existencia de la depresión, tienen ideas delirantes de persecución. La presencia de ideas delirantes indica que el paciente está utilizando factores externos adversos o bien el recuerdo de ciertos traumas para obtener alivio ante la intensa actividad de las persecuciones internas, cuya amortiguación provoca el humor depresivo.

3. En esta tercera categoría me refiero a los paciente que obtienen alivio al permitir que sus tensiones internas se manifiesten como síntomas hipocondríacos. Pueden aprovechar la existencia de una enfermedad somática o bien, como en el caso de las ideas delirantes de persecución (categoría 2), la enfermedad puede ser imaginada o producida por alteración de los procesos fisiológicos.

4. En esta categoría me refiero a un tipo distinto de impureza, que en psiquiatría se llama hipomanía y al cual alude el término psicoanalítico defensa maníaca. En este caso la depresión existe pero es negada o anulada. Todos los aspectos de la depresión (inercia, pesadez, oscuridad, seriedad) se reemplazan con los opuestos (actividad, liviandad, luminosidad, ligereza). Es una defensa útil, pero que tiene su precio: el retorno de la inevitable depresión, que deberá soportarse en privado.

5. En esta categoría me refiero a la psicosis maníaco-depresiva, que presenta alguna semejanza con el paso de

la depresión a la defensa maníaca, pero en realidad es muy diferente a causa de un rasgo particular: la disociación entre ambos estados. En la psicosis maníaco-depresiva el paciente está o bien deprimido, porque se esfuerza por controlar una tensión interior, o bien maníaco, porque se encuentra poseído y activado por algún aspecto de la tensa situación interior. En cada uno de estos estados, no está en contacto con la condición que corresponde al estado opuesto.

6. Aquí me refiero a la exageración de las fronteras del yo, producto del temor a caer en mecanismos esquizoides de escisión. Clínicamente el resultado es una rígida organización de la personalidad según una pauta depresiva; ésta puede persistir sin cambios durante largo tiempo e incorporarse a la personalidad del paciente.

7. En el mal humor y la melancolía hay una especie de "retorno de lo reprimido". Aunque el odio y la destrucción están controlados, el estado clínico que resulta del ejercicio de ese control es en sí mismo insoportable para quienes están en contacto con el paciente. El estado de ánimo es antisocial y destructivo, pese a que el odio del paciente es indisponible y estable.

No me es posible desarrollar más extensamente estos temas aquí y ahora. Lo que deseo destacar es que la "pureza" del humor depresivo pone de manifiesto la fortaleza del yo y la madurez del individuo.

Resumen

La depresión corresponde a la psicopatología. Aunque puede ser grave e invalidante y durar toda la vida, con frecuencia es un estado de ánimo pasajero que afecta a personas relativamente saludables. En el extremo de la normalidad la depresión, que es un fenómeno muy común, casi universal, se relaciona con el duelo, con la capacidad de experimentar culpa y con el proceso de maduración. En todos los casos implica fortaleza yoica, por lo que tiende a disiparse, y la persona deprimida tiende a recuperarse en lo que concierne a la salud mental.

NOTAS:

(1) D. W. Winnicott, "Paediatrics and Psychiatry" y "Transitional Objects and Transitional Phenomena", en *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, Londres, Tavistock Publications, 1958.

M. Balint, "Three Areas of the Mind", *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 39, 1958.

M. Milner, "Aspects of the Symbolism of the Comprehension of the Not-Self", *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 33, 1952.

W. Hoffer, "The Mutual Influences in the Development of Ego and Id: Earliest Stages", en *The Psychoanalytic Study of the Child*, vol. 7, 1952..

(2) D. W. Winnicott, "The Observation of Infants in a Set Situation" y "Clinical Varieties of Transference", en *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, Londres, Tavistock Publications, 1958.

D. W. Winnicott, "Psycho-Analysis and the Sense of Guilt", en *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, Londres, Hogarth Press, 1965. [Trad. esp.: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, Buenos Aires, Paidós, 1993.].

Biblioteca D. Winnicott

La madre deprivada ⁽¹⁾ **(1940)**

Escrito en la época de la primera evacuación.

EL CUIDADO INFANTIL tiene una significación muy especial para los padres y, para comprender los problemas de las madres de niños evacuados, primero resulta necesario reconocer que, en general, los sentimientos concernientes a los niños no son los mismos que los sentimientos especiales que experimentan los padres hacia sus propios hijos.

Lo que da sentido a la vida para muchos hombres y mujeres es la experiencia de la primera década de vida matrimonial, el período en que se construye una familia, y en que los niños necesitan todavía esas contribuciones a la personalidad y el carácter que los padres pueden hacer. Esto es válido en general, pero sobre todo en el caso de quienes se ocupan personalmente del manejo de su casa, sin servicio doméstico, y de aquellos cuya posición económica, o nivel cultural, impone un límite a la cantidad y cualidad de intereses y distracciones posibles. Para tales progenitores, renunciar al contacto permanente con sus hijos constituye sin duda una difícil prueba.

Una madre dijo: "Renunciaríamos a nuestros hijos por tres meses, pero, si es por más tiempo, quizás incluso tres años, ¿qué sentido tiene la vida?" Y otra manifestó: "Todo lo que tengo ahora para cuidar es el gato, y mi única distracción es el bar". Estos son pedidos de ayuda que no deberían desoírse.

La mayoría de los relatos sobre padres cuyos hijos han sido evacuados no parecen captar esta simple verdad. Por ejemplo, se ha expresado la opinión de que las madres lo pasan muy bien, pues están libres para flirtear, levantarse tarde, ir al cine, o trabajar y ganar dinero, a tal punto que seguramente no desean que sus hijos vuelvan.

Sin duda existen casos que justifican tal criterio, pero éste no se aplica a la mayoría de las madres; y cuando ese comentario resulta válido en la superficie, ello no significa que sea necesariamente cierto en un sentido más profundo, pues es bien sabido que una característica de los seres humanos es la de mostrarse indiferentes ante la amenaza de un dolor que no se puede tolerar.

Nadie sugeriría que dar a luz y criar un niño es todo dulzura, pero la mayoría de la gente no espera que la vida carezca de toda amargura; sólo piden que la parte amarga sea la que ellos mismos han elegido.

A la madre urbana se le pide, se le aconseja e incluso se la presiona para que renuncie a sus hijos. A menudo se siente casi atropellada, pues no puede comprender que la dureza de la exigencia surge de una realidad: el

peligro de las bombas. Una madre puede mostrarse sorprendentemente sensible a la crítica; el sentimiento de culpa latente, relativo a la posesión de hijos (o de cualquier cosa valiosa), es tan poderoso que la idea de la evacuación tiende en primer lugar a hacerla sentir insegura y dispuesta a hacer cualquier cosa que se le indique, sin tener en cuenta sus propios sentimientos. Uno puede imaginársela diciendo: "Sí, por supuesto, llévenselos, yo nunca fui digna de ellos; los bombardeos no son el único peligro, yo misma no puedo proporcionarles el hogar que deberían tener". Por supuesto no siente esto conscientemente, sólo se siente confusa o aturdida.

Por ésta, y por otras razones, el sometimiento inicial frente al proyecto no puede ser duradero. Eventualmente las madres se recuperan del choque, y entonces se necesita un largo proceso para que el sometimiento se transforme en cooperación. A medida que pasa el tiempo la fantasía cambia, y lo real se torna gradualmente claro y definido.

Si uno intenta colocarse en el lugar de la madre, se plantea de inmediato esta pregunta: ¿por qué, en realidad, se aleja a los niños del riesgo de los ataques aéreos a un precio tan alto y causando tantas dificultades? ¿Por qué se pide a los padres que hagan semejante sacrificio?

Hay varias respuestas.

O bien los padres mismos realmente desean alejar a sus hijos del peligro, cualesquiera sean sus propios sentimientos, de modo que las autoridades sólo actúan en nombre de los padres, o bien el estado atribuye más valor al futuro que al presente, y ha decidido hacerse cargo del cuidado y el manejo de los niños, sin tener para nada en cuenta los sentimientos, deseos y necesidades de los padres.

Como es natural en una democracia, se ha tendido a considerar como válida la primera alternativa. A ello se debe que la evacuación haya sido voluntaria, y que se haya permitido que fracasara hasta cierto punto. De hecho, hubo incluso algún intento, aunque no muy entusiasta, por comprender el punto de vista de la madre.

Conviene recordar que los niños son objeto de cuidados no sólo para que lo pasen bien, sino también para ayudarlos a crecer. Algunos de ellos se convertirán a su vez en progenitores. Resulta razonable afirmar que los padres son tan importantes como los niños, y que es sentimental suponer que los sentimientos de los padres deben sacrificarse necesariamente por el bienestar y la felicidad de los hijos. Nada puede compensar a un progenitor corriente por la pérdida de contacto con un hijo, y de responsabilidad por el desarrollo corporal e intelectual de aquél.

Se afirma que la vastedad del problema y de la organización requerida para efectuar la evacuación en masa es lo que limita la participación de los padres en cosas tales como la elección de ubicación. La mayoría de los padres pueden aceptar este argumento. Con todo, el propósito de mi artículo es el de señalar que por mucho que las autoridades intenten establecer reglas y normas de aplicación general, la evacuación sigue siendo una cuestión que involucra un millón de problemas humanos individuales, todos distintos entre sí, y todos de vital importancia para alguien. Por ejemplo, una madre puede conocer muy bien los problemas de la evacuación, y estar al tanto de sus múltiples dificultades, pero ese conocimiento no la ayudará a tolerar la pérdida de contacto con su propio hijo.

Los niños cambian rápidamente. Al cabo de los años que esta guerra puede durar, muchos ya no serán niños y todos los bebés de hoy habrán salido de la etapa de rápido desarrollo emocional para pasar a la de desarrollo intelectual y de ocio emocional. No tiene sentido hablar de postergar el momento de llegar a conocer a un niño, sobre todo si es pequeño.

Además, las madres saben una cosa que quienes no están cerca del niño tienden a olvidar: el tiempo mismo es muy distinto según la edad a que se tenga la experiencia de él. Un día feriado que puede pasar casi desapercibido para los adultos, puede parecer a los niños un enorme trozo de vida, y es casi imposible hacer

sentir a un adulto la enormidad de tiempo que tres años significan para un niño evacuado. Realmente es una gran proporción de lo que el niño conoce de la vida, equivalente quizás a veinticinco años de vida para un adulto de 40 ó 50 años. El reconocimiento de este hecho torna a una mujer aún más ansiosa ante la posibilidad de perder su oportunidad de ser madre.

Por lo tanto, la investigación de todos los detalles del problema de la evacuación pone de manifiesto problemas individuales que son importantes, incluso urgentes, a su manera.

Partiendo ahora de la base de que los deseos de los padres están representados por las autoridades que actúan así en nombre de aquellos, resulta posible comprender cuáles son las complicaciones que posiblemente sobrevendrán.

Mucha gente, incluyendo a los mismos padres, cree que todo estaría bien si se cuidara eficazmente de sus hijos; que éstos, sí estuvieran bastante desarrollados emocionalmente como para soportar la separación, podrían en realidad beneficiarse con el cambio; sin duda los niños harían la experiencia de vivir en un hogar distinto, ampliarían sus intereses, y quizás tendrían un contacto con la vida de campo de la que suelen privarse los niños urbanos e incluso los suburbanos.

No tiene sentido negar, sin embargo, que la situación es compleja y que de ningún modo puede confiarse en que los padres se sientan seguros en cuanto al bienestar de sus hijos.

Hay una historia antigua y conocida, pero que rara vez deja de perturbar y sorprender a quienes tienen a su cargo niños ajenos. Los padres suelen quejarse por el tratamiento que sus hijos reciben mientras están lejos del hogar, y creen todo lo que un niño puede inventar en cuanto a malos tratos y, sobre todo, a mala alimentación. El hecho de que un niño regrese al hogar al salir de una institución para convalecientes en óptimo estado de salud, no impide que la madre presente una queja en el sentido de que su niño ha sido descuidado. Cuando se investigan tales quejas, rara vez permiten descubrir fallas reales; quejas similares en el caso de los hogares a los que se envía a los niños evacuados son de esperar, y resultan bastante naturales si se tienen en cuenta las dudas y los temores de las madres. Debe esperarse que una madre sienta antipatía por toda persona que descuide a su hijo, pero es igualmente razonable esperar que experimente esa misma antipatía por quien cuida de su hijo mejor que ella misma, pues ese tipo de cuidado despierta su envidia o sus celos. Es su hijo y, simplemente, quiere ser la madre de su propio hijo.

No es difícil imaginar lo que ocurre. Un niño regresa al hogar de vacaciones y pronto capta una atmósfera, de tensión en cuanto se le pregunta sobre algún detalle. "¿Te daba la señora fulana de tal un vaso de leche antes de dormirte?" El niño puede sentir alivio al contestar que no y complacer así a su madre sin tener que mentir. El niño se ve envuelto en un conflicto de lealtades, y se siente desconcertado. ¿Qué es mejor, estar en casa o lejos de ella? En algunos casos, la defensa contra ese mismo conflicto ha sido preparada mediante un rechazo de la comida en el hogar, en el campo, durante los primeros y los últimos días de su estada allí. Si la madre muestra considerable alivio, el niño siente la tentación de agregar unos pocos detalles fabricados por su imaginación. La madre comienza entonces a sentir realmente que ha habido un cierto descuido, y presiona al niño para obtener más información. Ahora la tensión crece cada vez más, y el niño prácticamente no se atreve a examinar sus propias afirmaciones. Es menos peligroso aferrarse a unos pocos detalles y repetirlos cada vez que surge el tema. Y así la desconfianza de la madre aumenta hasta que termina por presentar una queja.

Esta difícil situación tiene dos fuentes de origen; el niño siente que sería desleal contar que ha estado alegre y bien alimentado, y la madre abriga la esperanza de que su competidora no pueda ni siquiera compararse con ella. Hay momentos en que resulta fácil establecer un círculo vicioso de desconfianza por parte del progenitor real y de resentimiento por parte de la madre circunstancial. Cuando pasa ese momento, queda abierto el camino para la amistad y la comprensión entre esas rivales en potencia.

Todo esto quizás le parezca muy absurdo a un observador, que puede darse el lujo de ser razonable, pero la lógica (o el razonamiento que niega la existencia o la importancia de los sentimientos y conflictos

inconscientes) no basta cuando una madre debe separarse de su hijo. Aunque una madre privada desee realmente cooperar con el proyecto, tales sentimientos y conflictos inconscientes deben tenerse en cuenta.

Entre un momento de desconfianza y otro, las madres tienden con igual facilidad a sobreestimar la bondad y la responsabilidad de los hogares circunstanciales, y a creer que sus hijos están a salvo y bien cuidados sin conocer los hechos reales. Así trabaja la naturaleza humana. Probablemente nada despierte tanto los celos maternos como el cuidado excepcional. Puede ocultar sus celos incluso de sí misma, pero así como tiene razones para preocuparse por la posibilidad de que descuiden a su hijo, tiene iguales motivos de preocupación en el sentido de que su hijo se acostumbre a situaciones que no pueden mantenerse a su regreso. Ello ocurre sobre todo cuando esa situación es sólo un poco mejor que la hogareña, pues si su hogar temporal es un castillo, toda la experiencia ingresa al mundo de los sueños.

El siguiente incidente revela la forma en que las pequeñas cosas pueden magnificarse.

Una madre se quejó de una madre circunstancial, y resultó que la queja consistía tan sólo en que esta última era generosa y propietaria de una confitería, mientras que la madre verdadera no sólo carecía de los medios para comprar al niño muchas golosinas, sino que también se las limitaba por temor a que se le arruinara la dentadura.

Estos problemas no son distintos de los de la vida diaria. Cuando un pariente o un amigo se muestra muy generoso con un niño, la madre sufre al verse obligada a adoptar un papel estricto e incluso cruel, y la situación hogareña suele aliviarse cuando el niño encuentra una actitud firme en otra parte.

Es obvio que no resulta prudente enterar a una madre de la maravillosa comida que el niño recibe en otro lado, y de todas las otras ventajas especiales que el hogar temporal puede tener con respecto al verdadero. Tampoco tiene sentido decir (sobre todo cuando es cierto) que el niño es más feliz fuera del hogar. De hecho, puede haber mucho de oculta sensación de triunfo en tales comentarios.

Con todo, los padres esperan y, sin duda, deben recibir informes, escritos sin intención de triunfo y con el objeto de permitirles seguir compartiendo la responsabilidad por el bienestar de sus hijos. Si no se mantiene el contacto, la imaginación comienza a suplir los detalles sobre una base fantástica.

En un estudio más detallado de la madre privada, es necesario ir más allá de lo que cabe esperar que ella sepa sobre sí misma. Algo importante que se debe tener en cuenta es que una madre no sólo desea tener hijos, sino que los necesita. Cuando comienza a formar una familia, la madre organiza sus ansiedades, así como sus intereses, a fin de poder movilizar todo lo posible su impulso emocional con vistas a ese fin. Considera valioso el verse permanentemente molestanda por las ruidosas necesidades de sus hijos, y esto es cierto aunque se queje abiertamente de que sus lazos familiares son una molestia.

Quizás nunca haya pensado en este aspecto de su experiencia maternal hasta que, cuando los chicos ya no están, se encuentra por primera vez poseedora de una cocina tranquila, al mando de un navío sin tripulación. Aunque su personalidad tenga la flexibilidad suficiente como para permitirle adaptarse a esa nueva situación, este desplazamiento de sus intereses requiere tiempo.

Quizás se tome unas breves vacaciones de sus hijos sin necesidad de reorganizar sus intereses vitales; pero hay un período más allá del cual no puede ir sin tener algo o alguien que le parezca digno de cuidar, e incluso de muchos sacrificios; también comienza a buscar alguna otra manera de ejercer poder en forma útil.

En las situaciones corrientes, la madre se acostumbra gradualmente a intereses nuevos a medida que los hijos crecen, pero en la época actual de guerra se pide a las madres que pasen por este difícil proceso en unas pocas semanas. No es de extrañar que a menudo fracasen y lleguen a deprimirse o bien insistan absurdamente en el retorno de sus hijos.

Este mismo problema presenta otro aspecto. Las madres pueden tener una dificultad similar para recibir a sus

chicos de vuelta, después de haber reorganizado sus intereses y ansiedades para hacer frente a la experiencia de la paz y la tranquilidad hogareña. También aquí es necesario tener en cuenta el factor tiempo. Esta segunda reorganización puede resultar más difícil que la primera, porque después del regreso de los chicos, habrá un período, por breve que sea, en el que la madre deberá fingir ante sus hijos que está preparada para ellos, y que los necesita tanto como antes de su alejamiento; y tendrá que fingir porque, al principio, no se sentirá en condiciones de recibirlos. Necesita tiempo para adaptar sus pensamientos, así como los arreglos exteriores en el hogar, a su regreso.

En primer lugar, los niños realmente han cambiado, son mayores y han tenido nuevas experiencias; y también ella ha tenido toda clase de ideas sobre ellos mientras estuvieron lejos, y necesita vivir con ellos algún tiempo antes de poder llegar a conocerlos tal como realmente son.

Ese temor a tener que hacer una adaptación profunda y penosa, con el riesgo de fracasar en el intento, impulsa a las madres a arrancar a sus hijos de los hogares circunstanciales, cualesquiera sean los sentimientos de quienes han hecho todo lo posible por el bien de esos niños. Es como si las madres estuvieran en un juego en el que hubieran sido robadas, y en el que su claro deber consiste en rescatar a los niños de manos de una bruja; como salvadoras vuelven a sentirse seguras de la existencia y de la fuerza de su propio amor.

También habría que describir las actitudes especiales de madres más anormales. Hay un tipo de madre que piensa que su hijo sólo es bueno cuando ella lo controla personalmente. Incapaz de reconocer las cualidades positivas innatas del niño, previene a los futuros padres circunstanciales en cuanto a las posibles dificultades, y queda atónita cuando se entera de que el niño se comporta normalmente. Hay otro tipo de madre que habla mal de su hijo, tal como un artista se muestra despectivo para con su obra y es, por lo tanto, la persona menos indicada en el mundo para venderla. Esa madre, como el artista, teme tanto el elogio como la crítica, y evita esta última mediante la propia subestimación de su obra.

Resumen

Dentro de los límites de este artículo, he tratado de mostrar que cuando un niño es alejado de sus padres surgen sentimientos muy intensos.

Quienes se ocupan de los problemas relativos a la evacuación de niños deben tener en cuenta los problemas de las madres tanto como los de las madres circunstanciales, si aspiran a comprender las consecuencias de lo que hacen.

Cuidar de niños ajenos puede ser una tarea difícil y exigente, y puede vivirse como una tarea de guerra. Pero el simple hecho de verse privada de los propios hijos es una tarea de guerra muy poco satisfactoria, que no puede atraer a ningún progenitor, y que sólo puede tolerarse si se aprecia debidamente las posibilidades de peligro. Por esa razón es necesario hacer un verdadero esfuerzo por descubrir cómo se siente una madre privada de su hijo.

Notas:

(1) Deprivada debe entenderse como privada del afecto y contacto de sus hijos.

Biblioteca D. Winnicott

La posición depresiva en el desarrollo emocional normal

1954

Escrito leído ante la Sociedad Psicológica Británica,
Sección Médica, febrero de 1954, Brit. J. Med. Psychol., vol. XXVIII, 1955.

Esto es un intento de dar una visión personal del concepto de Melanie Klein de la posición depresiva. Para ser justo con Klein, deseo decir que no fui analizado por ella ni conocí a nadie que lo fuese. Me sentí atraído al estudio de su obra por el valor que la misma tenía en mi labor con niños y recibí su enseñanza de ella entre 1935 y 1940 en la supervisión de casos. La versión de la propia Melanie Klein se hallará en sus escritos (1935, 1940).

La palabra «normal» que aparece en el título es importante. El complejo de Edipo caracteriza al desarrollo sano o normal de los niños, y la posición depresiva constituye una fase normal del desarrollo de los niños sanos (y lo mismo sucede con la dependencia absoluta, o narcisismo primario, que es una fase normal del niño sano en el comienzo o cerca del comienzo de la vida).

Lo que pondré de relieve es la posición depresiva en el desarrollo emocional en lo que tiene de logro positivo.

Uno de los rasgos de la posición depresiva estriba en que es aplicable a una zona de la psiquiatría clínica que se encuentra a medio camino entre el lugar de origen de la psiconeurosis y el de la psicosis.

El niño (o el adulto) que haya alcanzado la capacidad para las relaciones interpersonales que caracteriza la salud del pequeño, y para el cual sea posible el análisis corriente de las infinitas variaciones de las relaciones humanas triangulares, habrá pasado y superado la posición depresiva. Por el contrario, el niño (o el adulto) que se preocupe principalmente por los problemas innatos de la integración de la responsabilidad así como con la iniciación de una relación con el medio, todavía no habrá llegado a la posición depresiva de su desarrollo personal.

Hablando en términos de medio, el niño que da los primeros pasos se encuentra inserto en una situación familiar, viviendo una vida instintiva dentro del marco de las relaciones interpersonales. El bebé, por su parte, es sostenido por una madre que se adapta a las necesidades del yo. Entre uno y otro se halla el niño pequeño que está llegando a la posición depresiva. Este niño pequeño es sostenido por la madre, la cual seguirá sosteniéndole durante una fase de su vida. Se observará

que el factor tiempo acaba de entrar en escena. La madre sostiene la situación de tal manera que el pequeño tenga oportunidad de preelaborar las consecuencias de las experiencias instintivas; como veremos, la preelaboración es comparable desde todo punto de vista con el proceso digestivo y es comparablemente compleja.

La madre sostiene la situación, y lo hace una y otra vez, en un crítico período de la vida del pequeño. La consecuencia es que es posible hacer algo sobre algo. La técnica de la madre permite al pequeño resolver el amor y el odio que en él coexisten, interrelacionarlos y someterlos gradualmente a un control procedente de dentro de una forma sana (1).

Piensen en un niño a la edad del destete. El momento en que el destete se lleva a cabo varía según el patrón cultural, pero para mí la edad del destete es aquella en la que el pequeño empieza a ser capaz de jugar a dejar caer cosas. El juego de dejar caer cosas empieza en algún momento situado cerca de los cinco meses, constituyendo un rasgo regular hasta el año o año y medio de edad. Así, pues, pensemos en un niño pequeño que haya desarrollado el arte de dejar caer cosas, digamos a los diecinueve meses de edad (véase Freud, 1920, y también el capítulo 2 de la segunda parte).

La posición depresiva constituye un logro perteneciente a la edad del destete. Si todo marcha bien, la posición depresiva se alcanza y se instaura cerca de la segunda mitad del primer año. A menudo tarda mucho más en instaurarse, incluso dentro de un desarrollo más o menos sano. Sabemos también que en muchos niños y adultos sometidos a análisis, el acercamiento a la posición depresiva constituye un rasgo importante del análisis, un rasgo que indica progreso y al mismo tiempo entraña un fallo anterior en esta fase del desarrollo. No hace falta determinar una edad concreta. Tal vez haya niños que alcancen la posición depresiva antes de los seis meses, o quizás antes incluso. Semejante logro sería un indicio favorable, pero no implicaría la instauración de dicha posición. Si me encuentro con un analista que tiene demasiadas pretensiones acerca de la posición depresiva en el desarrollo propio de los primeros seis meses, me siento inclinado a comentar que es una lástima echar a perder un concepto tan valioso sólo porque sea difícil creer en él.

El motivo por el cual no busco esta fase durante los primeros seis meses no estriba en que piense que la primera infancia transcurre sin incidentes. ¡Lejos de ello! Es mucho lo que depende del mismísimo comienzo, incluso de antes del nacimiento; pero dudo que sea algo de tanta complejidad como la de la posición depresiva, como por ejemplo la retención de una angustia y una esperanza durante un período de tiempo. Sin embargo, si se llega a demostrar que el bebé puede alcanzar la posición depresiva durante la primera semana de vida, no me inquietaré por ello. Mientras tanto, la posición depresiva sigue siendo algo que corresponde a los seis primeros meses o al primer año y que constituye una creciente prueba del desarrollo personal, desarrollo que depende de un medio ambiente sensible y continuado.

Nos es posible enunciar las condiciones previas para el logro de la posición depresiva. Tenemos mucha experiencia práctica a la que recurrir debido a las veces que hemos visto cómo los pacientes, de todas las edades, alcanzan esta fase del desarrollo emocional bajo las condiciones de un análisis que va por buen camino. Para poder llegar a la posición depresiva es necesario haber superado las primeras fases, ya sea en la vida real, ya en el análisis, o en ambos. Para alcanzar dicha posición el bebé debe estar ya instaurado en calidad de persona completa relacionada con otras personas completas. En este contexto cuento con el pecho como persona completa, ya que, a medida que el bebé va convirtiéndose en persona completa, percibe como tal el pecho de la madre, su cuerpo, etc.

Si damos por sentado todo lo que haya sucedido antes, podemos decir, al hablar de un bebé completo que se relaciona con una madre completa, que el camino ya está preparado para la consecución de la posición depresiva. En el caso de que no sea posible dar por sentados estos factores, entonces nada de lo que pueda decir acerca de la posición depresiva tendrá valor. El niño

se las arregla sin ella, como hacen muchos. De hecho, en los tipos esquizoides a veces la posición depresiva no es significativa, por lo que es necesario recurrir a la explotación de la recreación a falta de lo que se denomina «reparación y restitución». Sé de analistas que buscaban la posición depresiva en pacientes que carecían de las condiciones previas. Es, por supuesto, bastante patético ser testigo de un fracaso; y la conclusión resultante en el sentido de que la posición depresiva es un falso concepto no resulta demasiado convincente. A la inversa, hay analistas que tratan de demostrar la posición depresiva cuando no es esto lo principal en el análisis de pacientes que ya la han alcanzado al lograr su condición unitaria en la infancia.

Si en el desarrollo de un bebé podemos dar por sentado que éste se siente persona completa, también podemos dar por sentado que el bebé vive en el cuerpo. Este detalle es importante, pero no puedo desarrollar el tema aquí.

Así, pues, aquí tenemos una persona, un bebé humano completo, y una madre que sostiene la situación y permite al niño preelaborar ciertos procesos que describiré posteriormente.

Primero, sin embargo, debo hacer algunas observaciones acerca del término «posición depresiva».

El término «posición depresiva» no es adecuado para un proceso normal, pero nadie ha sido capaz de inventar uno mejor. Mi propia sugerencia consiste en que debería denominarse la fase de la inquietud, pues creo que el término explica fácilmente el concepto. La misma Melanie Klein utiliza la palabra «inquietud» en sus propias descripciones. No obstante, este término descriptivo no abarca la totalidad del concepto, por lo que me temo que el nombre original seguirá vigente.

A menudo se ha señalado que para la descripción de un proceso normal no debería emplearse un término que entraña enfermedad. El término posición depresiva parece implicar que los niños sanos pasan por una etapa de depresión o enfermedad anímica. De hecho no es esto lo que se quiere decir.

Cuando Spitz (1946) descubre y describe la depresión en niños que se ven privados de los buenos cuidados de costumbre, tiene razón al decir que esto no es un ejemplo de la posición depresiva; en realidad no tiene nada que ver con ella. Los bebés descritos por Spitz están despersonalizados y se sienten impotentes acerca de los contactos externos. Y en esencia carecen de las condiciones previas para el logro de la posición depresiva.

El concepto de posición depresiva dentro del desarrollo normal no implica que los niños se depriman normalmente. La depresión, por muy común que sea, es un síntoma de enfermedad e indica un estado anímico y entraña unos complejos que podrían hacerse inconscientes. Los procesos inconscientes tienen que ver con los sentimientos de culpabilidad y éstos corresponden al elemento destructivo inherente al amor. La depresión, en tanto que trastorno afectivo, no es inanalizable ni un fenómeno normal.

Entonces, ¿qué es esto que llamamos «posición depresiva»?

Existe una forma útil de enfocar el problema que empieza con la palabra «cruel». Al principio, el pequeño es cruel (desde nuestro punto de vista); carece todavía de la inquietud acerca de los resultados del amor instintivo (2). Originariamente, este amor es una forma de impulso, de gesto, de contacto, de relación, y produce en el pequeño la satisfacción de la autoexpresión, liberándole de la tensión instintiva; es más, hace que el objeto se coloque fuera del ser.

Hay que tener presente que el pequeño no se siente cruel, pero al mirar hacia atrás (cosa que sucede en las regresiones) el individuo puede decir: «¡Qué cruel era entonces!». Se trata de una fase de precompasión.

En un momento u otro del desarrollo de todo ser humano normal se pasa de la precompasión a la compasión. Nadie lo pone en duda. Lo único que cabe preguntarse es cuándo, cómo y en qué condiciones sucede esto. El concepto de la posición depresiva constituye un intento de contestar a estas tres preguntas. De acuerdo con este concepto, el paso de la crueldad a la compasión se produce gradualmente, bajo ciertas condiciones definidas de maternalización, durante el período comprendido entre los cinco y los doce meses, y su instauración no es necesariamente definitiva hasta una fecha muy posterior. Además, en el análisis es posible comprobar que el citado cambio no se ha producido jamás.

La posición depresiva, pues, es una cuestión compleja, un elemento inherente a un fenómeno no controvertible: el de que cada individuo surge de la precompasión para meterse en la compasión o inquietud.

La función del medio ambiente

Nos hallamos examinando la psicología de la fase inmediatamente posterior a la consecución del estado unitario por parte del nuevo ser humano. Que quede entendido que deliberadamente omito todo cuanto precede a la consecución del citado estado. Sin embargo, quiero hacer la observación de que cuanto más se retrocede, más se ve que es cierto que no tiene sentido hablar del individuo sin postular al mismo tiempo una adaptación suficiente del medio a las necesidades del individuo. En la fase más precoz se llega incluso a la posición en la que sólo el observador es capaz de distinguir el individuo del medio (narcisismo primario); el individuo no quede hacerlo, por lo que es conveniente hablar de una organización medio-individuo más que de un individuo a secas.

Una vez alcanzado el estado de unidad, el desarrollo ulterior sigue dependiendo de la estabilidad ;y sencillez segura del medio.

La madre tiene que ser capaz de combinar dos funciones y de persistir con ellas, de manera que el pequeño puede gozar de la oportunidad de utilizar este marco especializado. La madre se ha estado adaptando a las necesidades del pequeño mediante su técnica para el cuidado del mismo (véase A. Freud, 1953), y el pequeño ha llegado a identificar esta técnica con la madre, como parte de ella, al igual que su rostro, su oreja, el collar que lleva al cuello y sus actitudes variables (que son afectadas por la prisa, la pereza, la angustia, la preocupación, la excitación, etc.). La madre ha sido amada por el pequeño como la persona que incorpora todo esto. Aquí podemos hablar del afecto o cariño, y son estas cualidades de la madre las que son incorporadas en el objeto que tantos niños manosean y abrazan.

Al mismo tiempo, la madre ha recibido una serie de asaltos durante las fases de tensión instintiva. Como se verá, hago una distinción en las funciones de la madre según el bebé esté quieto o excitado. La madre tiene dos funciones que corresponden a los estados de tranquilidad y de excitación del pequeño.

Al final todo queda dispuesto para que en la mente del pequeño se junten estas dos funciones de la madre. Es precisamente aquí donde cabe que surjan grandes dificultades. Melanie Klein las estudió en sus trabajos, que en ningún otro campo fueron tan ricos y productivos.

El bebé humano no puede aceptar que su madre, tan valorada en las fases de tranquilidad, sea la misma persona que será y ha sido cruelmente atacada en las fases de excitación.

El pequeño, al ser una persona completa, es capaz de identificarse con la madre, pero para él

todavía no hay una clara distinción entre lo que se pretende y lo que realmente sucede. Las funciones y sus elaboraciones imaginativas todavía no están claramente separadas en hechos y fantasías. Resulta pasmoso ver lo que debe hacer el bebé más o menos en esta época.

Veamos qué sucede si la madre «tranquila» sostiene la situación a tiempo, de manera que el bebé puede experimentar relaciones «excitadas» y enfrentarse a sus consecuencias.

Hablando del modo más sencillo posible, el bebé excitado, que a duras penas sabe lo que está sucediendo, se deja llevar por los crudos instintos e ideas que corresponden a los mismos. (Debemos dar por sentado que se le ha alimentado satisfactoriamente, o bien que ha vivido otra experiencia instintiva igualmente satisfactoria.)

Llega el momento en que el pequeño debe ver que la misma madre ofrece dos posibilidades de uso completamente distintas. Ha surgido un nuevo tipo de necesidad basado en el impulso y en la tensión instintiva, una necesidad que busca alivio y que entraña un punto culminante u orgasmo. Allí donde exista una experiencia orgásmica debe existir necesariamente un aumento del dolor ante la frustración. Tan pronto como la excitación haya empezado y la tensión haya subido, el riesgo habrá hecho su aparición.

Pienso que tenemos que hacernos cargo de que es mucho lo que hay que experimentar antes de alcanzar el pleno significado de lo que esto implica (3).

Como he dicho, son dos las cosas que suceden. Una consiste en la percepción de la identidad de los dos objetos: la madre de las fases tranquilas y la madre utilizada e incluso atacada en el clímax instintivo. La otra estriba en el comienzo del reconocimiento de la existencia de ideas, fantasía, elaboración imaginativa de la función, la aceptación de ideas y de fantasías relacionadas con hechos pero que no deben confundirse con éstos.

Tal progresión compleja del desarrollo emocional del individuo no es posible sin la ayuda de un medio ambiente suficientemente bueno, representado aquí por la supervivencia de la madre. Hasta que el niño haya recogido material mnémico no habrá lugar para la desaparición de la madre (4).

Según yo la veo, la teoría de Klein postula que el individuo humano no puede aceptar el crudo hecho de la relación excitada o instintiva, incluso el asalto a ella, con la madre «tranquila». La integración, en la mente del pequeño, de la escisión de ambos medios, el de los cuidados y el excitante (es decir, los dos aspectos de la madre) no puede hacerse salvo por medio de una maternalización suficiente y la supervivencia de la madre durante un período de tiempo.

Pensemos ahora en un día en que, con la madre a cargo de la situación, el bebé, en algún momento del día, ha vivido una experiencia instintiva. En beneficio de la sencillez, daré por sentado que tal experiencia es la de la nutrición, toda vez que en realidad ésta es la base de toda la cuestión. Se produce un ataque cruel y de índole caníbal que se manifiesta parcialmente en el comportamiento físico del bebé y que en parte corresponde a la elaboración imaginativa que de la función física hace el propio bebé. Éste ata cabos y empieza a ver que la respuesta es una y no dos. La madre de la relación dependiente (anaclítica) es, asimismo, el objeto del amor instintivo (biológicamente impulsado).

El bebé se siente engañado por la misma nutrición; la tensión instintiva desaparece y el bebé se siente a la vez satisfecho y engañado. Con demasiada facilidad se cree que al ser alimentado el pequeño se siente satisfecho y con ganas de dormir. A menudo el engaño va seguido por la aflicción, especialmente si la satisfacción física despoja al niño de su gusto con demasiada rapidez. Entonces el pequeño se queda con lo siguiente: una agresión no liberada debido a que en el proceso nutritivo no se empleó suficiente erotismo muscular o impulso primitivo (o movilidad); o con

un sentimiento de «fracaso» al haber desaparecido súbitamente una fuente del gusto por la vida, sin que el pequeño sepa si va a volver. Todo esto aparece claramente en la experiencia clínica analítica y cuando menos, no se contradice con la observación directa de niños.

Sin embargo, no podemos afrontar demasiadas complicaciones simultáneamente. Demos por sentado que el bebé experimentó una descarga instintiva. La madre sostiene la situación y el día sigue su curso, y el niño se da cuenta de que la madre «tranquila» no sólo participó en la experiencia instintiva sino que también sobrevivió a ella. Esto se repite un día tras otro y a la larga hace que el niño se dé cuenta de la diferencia entre la realidad y la fantasía, o entre la realidad externa y la interna.

Angustia depresiva

Seguidamente debo describir una cuestión más completa. La experiencia instintiva da al pequeño dos tipos de angustia. El primero es el que ya he descrito: angustia acerca del objeto del amor instintivo. La madre no es la misma después que antes. Si queremos podemos recurrir a las palabras para describir lo que siente el pequeño y lo que dice: hay un agujero, donde antes había un cuerpo rico y completo. Hay otras muchas maneras de expresar esto, según la forma en que permitamos al niño tener unas cuantas semanas más y tener unas ideas más complejas.

La otra angustia corresponde al propio interior del pequeño. Éste ha vivido una experiencia y no siente lo mismo que antes. Sería perfectamente legítimo comparar esto con el cambio para mejorar o empeorar que efectúa el adulto después de la experiencia sexual. Recuerden que en todo momento la madre está sosteniendo la situación. Ahora debemos estudiar detalladamente los fenómenos personales e interiores del pequeño.

Sigamos utilizando la experiencia nutritiva (5). El niño absorbe alimento, que será bueno o malo según haya sido ingerido durante una experiencia instintiva satisfactoria o durante una experiencia complicada por la ira excesiva ante la frustración. Cierta grado de ira ante la frustración es, por supuesto, parte esencial hasta de la experiencia satisfactoria.

Aquí simplificaré en extremo el fenómeno interior, pero más adelante volveré a realizar una valoración más fidedigna de la fantasía que se forja el pequeño acerca del interior del self, con sus fuerzas contrapuestas y sus sistemas de control.

Podemos hablar de las ideas del pequeño acerca de su interior porque hemos postulado el hecho de que el pequeño ha alcanzado su estado de unidad; el niño ya se ha hecho una persona con una membrana limítrofe, con un interior y un exterior.

Para nuestros fines presentes, este pequeño, después de ser alimentado, aparte de sentir aprensión en torno al agujero imaginario en el cuerpo de la madre, se ve también sumamente atrapado en la lucha que se desarrolla dentro de su self, lucha en la que contienden lo que es percibido como bueno, es decir, lo que es apoyo del self, y lo que se percibe como malo, es decir, lo que resulta persecutorio para el self.

Se ha creado un complejo estado de cosas en el interior, y al niño sólo le cabe esperar el resultado, exactamente del mismo modo que, después de comer, hay que esperar el resultado de la digestión. Sin duda se produce una diferenciación silenciosa que se desarrolla a su propio ritmo. Totalmente aparte del control intelectual y con arreglo a los patrones personales que gradualmente se van desarrollando, los elementos de apoyo y persecutorios se interrelacionan hasta que se alcanza cierto equilibrio, como resultado del cual el pequeño retiene o elimina, de acuerdo con su necesidad

interior. Junto con la eliminación, el pequeño una vez más adquiere cierto control, ya que la eliminación implica una vez más a las funciones corporales (6).

Pero mientras en el proceso físico de la digestión vemos solamente la eliminación del material inservible, en el proceso imaginativo la eliminación posee un potencial bueno y malo a la vez.

Premeditadamente no haré ninguna referencia a las experiencias anales y uretrales en tanto que tipos de satisfacción por derecho propio, ya que lo hago en otro lugar. En el presente contexto, las experiencias anales y uretrales constituyen la parte eliminativa del proceso ingestivo y digestivo global.

Durante todo el tiempo la madre se halla sosteniendo la situación. Así, el día va avanzando, la digestión física y también la correspondiente preelaboración van teniendo lugar en la psique. Esta preelaboración lleva tiempo y lo único que puede hacer el pequeño es esperar el resultado rindiéndose pasivamente a todo cuanto sucede en el interior (7). En estado de salud, este mundo interior personal se convierte en el núcleo infinitamente rico del self.

Al finalizar este día, en la vida de cualquier pequeño sano, a resultados del trabajo interior que haya hecho, puede ofrecer bondad y maldad. La madre coge lo bueno y lo malo y se la supone capaz de distinguir lo que se le ofrece de bueno y lo que se le ofrece de malo. He aquí el primer acto de dar, sin el cual no existe un verdadero acto de recibir. Todas estas cuestiones son muy prácticas en el cuidado cotidiano de niños y, a decir verdad, en el análisis.

El niño que recibe la bendición de una madre que sobrevive, de una madre que sabe reconocer un gesto obsequioso cuando le es ofrecido, se halla ahora en condiciones de hacer algo con respecto al agujero antes citado, el que hay en el pecho o en el cuerpo de la madre y que ha sido hecho imaginativamente en el momento instintivo originario. Aquí podemos emplear las palabras "reparación" y "restitución", palabras que tanto significan en el marco apropiado, pero que fácilmente quedan reducidas a meras fórmulas si se utilizan con demasiada desaprensión. El gesto obsequioso puede alcanzar el agujero si la madre desempeña su papel.

Podrán ver por qué he insistido en la importancia de que la madre sostenga una situación en el tiempo.

Ahora se ha organizado un círculo benigno. Entre las complicaciones podemos organizar las siguientes:

Una relación entre el pequeño y la madre que se ve complicada por la experiencia instintiva.
Una tenue percepción del efecto (el agujero).
Una preelaboración interior: la clasificación de los resultados de la experiencia.
Una capacidad para dar, debida a la clasificación de lo bueno y de lo malo que hay dentro.
Reparación.

El resultado del refuerzo que día tras día va recibiendo el círculo benigno estriba en que el pequeño se hace capaz de tolerar el agujero (el resultado del amor instintivo). He aquí, pues, el principio del sentimiento de culpabilidad. Ésta es la única culpabilidad verdadera, ya que la impuesta es falsa para el self. La culpabilidad empieza al unir a las dos madres, al unir el amor tranquilo y el excitado, el amor y el odio. Es un sentimiento que va creciendo gradualmente hasta convertirse en una fuente, sana y normal, de actividad en las relaciones. Se trata de una fuente de potencia y de aportación social, así como de ejecución artística (pero no del arte propiamente dicho, cuyas raíces se hallan a un nivel más profundo).

La grandísima importancia de la posición depresiva es, por lo tanto, evidente, y la aportación

kleiniana al psicoanálisis constituye en este aspecto una verdadera aportación a la sociedad, así como al cuidado y educación de los niños. El niño sano posee una fuente personal de sentimiento de culpabilidad y no es necesario enseñarle a sentirse culpable o inquieto. Por supuesto, cierto número de niños no gozan de este estado de salud, no han alcanzado la posición depresiva y es necesario enseñarles el sentido de lo que está bien y lo que está mal. Esto es el corolario de la primera afirmación. Pero, cuando menos en teoría, cada niño cuenta con el potencial para el desarrollo del sentimiento de culpabilidad. Clínicamente, vemos niños que carecen de tal sentimiento, pero no existe ningún niño humano que sea incapaz de encontrar un sentimiento personal de culpabilidad si se le da la oportunidad, antes de que sea demasiado tarde, para la consecución de la posición depresiva. En los casos límite vemos realmente cómo esto tiene lugar fuera del análisis; por ejemplo, en la observación de niños antisociales a los que se cuida en las escuelas para niños llamados «inadaptados».

En el funcionamiento del círculo benigno, la inquietud se hace tolerable para el pequeño al darse éste cuenta gradualmente de que es posible hacer algo con respecto al agujero y de los diversos efectos del impulso del ello en el cuerpo de la madre. Así, el instinto se hace más libre y es posible correr más riesgos. Se genera una mayor cantidad de culpabilidad, pero asimismo se intensifica la experiencia instintiva con su elaboración imaginativa, de manera que se produce un mundo interior más rico, seguido a su vez por un mayor potencial de reparación.

Esto lo vemos una y otra vez en el análisis, cuando se alcanza la posición depresiva en el marco de la transferencia. Vemos una expresión de amor seguida por la angustia en torno al analista y por temores hipocondríacos. O, si no, vemos, más positivamente, una liberación del instinto y un desarrollo que conduce a la riqueza de la personalidad, así como a un aumento en la potencia o en el potencial general para la aportación social.

Parece ser que al cabo de un tiempo el individuo es capaz de edificar recuerdos de las experiencias que percibiera como buenas, de tal manera que la experiencia de la madre sosteniendo la situación pasa a formar parte del self, a ser asimilada en el yo. De esta manera, la madre real se va haciendo paulatinamente menos necesaria. El individuo adquiere un ambiente interior. De esta manera el pequeño es capaz de encontrar nuevas experiencias sostenedoras de la situación y con el tiempo puede hacerse cargo de la función de ser la persona que sostiene la situación en beneficio de otra persona, sin resentimiento.

Son notables algunas de las cosas que surgen de este concepto del círculo benigno de la posición depresiva:

1. Cuando el círculo benigno se rompe, y la madre sostenedora de la situación deja de ser un hecho, entonces el proceso se deshace; al principio el resultado consiste en la inhibición de los instintos y en un empobrecimiento personal generalizado, luego también se pierde la capacidad para el sentimiento de culpabilidad. El sentimiento de culpabilidad puede ser recuperado, pero sólo por medio de la reinstauración de la existencia de una madre que sostiene la situación y es lo suficientemente buena. Sin sentimiento de culpabilidad el niño puede proseguir las satisfacciones sensuales de los instintos, pero pierde la capacidad para los sentimientos afectuosos.

2. Durante un largo tiempo el niño pequeño necesita de alguien que no sólo sea amado sino que además acepte la potencia (se trate de un chico o de una chica) en términos de un dar que sea reparativo y retributivo. Dicho de otro modo, el niño pequeño debe seguir teniendo oportunidad de dar en relación con la culpabilidad propia de la experiencia instintiva, ya que ésta es la forma de crecer. Hay aquí dependencia de alto nivel, pero no se trata de la dependencia absoluta de las primeras fases.

Este dar se expresa en los juegos, pero al principio los juegos constructivos requieren la presencia cercana de la persona amada, aparentemente implicada si no realmente apreciable en el verdadero logro constructivo del juego. Síntoma evidente de que no se comprende a los niños pequeños (o a los que necesitan una experiencia regresiva que les cure) es la costumbre de los adultos de dar sin más, sin ver la importancia que tiene el que reciban también.

3. Si los fenómenos interiores causan problemas, el niño (o el adulto) «se moja» en la totalidad del mundo interior y funciona a un bajo nivel de vitalidad. El estado anímico es de depresión. En mi descripción ésta es la primera vez que he establecido una relación íntima entre la palabra «depresión» y el concepto de posición depresiva.

Las depresiones que surgen clínicamente ante el psiquiatra son, principalmente, no del tipo relacionado con la «posición depresiva», sino que están más asociadas con la despersonalización o la pérdida de esperanza en relación a las relaciones objetales; o con un sentimiento de futilidad resultante del desarrollo de un falso self. Estos fenómenos pertenecen al período anterior a la posición depresiva en el desarrollo individual.

La defensa maníaca

Al enfrentarse con el estado anímico depresivo específicamente asociado con las angustias de la posición depresiva, se produce la tristemente célebre huida de la depresión que llamamos defensa maníaca. En la defensa maníaca se niega todo lo que es serio. La muerte se convierte en una exageración de la vida, el silencio en ruido, no hay aflicción ni inquietud, ni trabajo constructivo ni descanso placentero. Ésta es la formación de reacción relativa a la depresión, cuyo concepto es necesario examinar por sí mismo. Clínicamente, su presencia implica que se ha alcanzado la posición depresiva y que pérdida ésta, antes que perderse, se mantiene latente aunque negada.

El diagnóstico más común en una clínica pediátrica es lo que yo solía llamar (en 1930, antes de conocer las ideas de Klein) «inquietud angustiosa común»; se trata de un estado clínico cuyo rasgo principal es la negación de la depresión. A veces, se pasa por alto la enfermedad de un niño porque se esconde tras la rapidez y la inquietud o desasosiego propios de una vida joven. En su calidad de enfermedad, el desasosiego angustioso común corresponde al estado hipomaniaco de los adultos, que acarrea muchos y diversos trastornos psicósomáticos.

El desasosiego maniaco debe diferenciarse del desasosiego persecutorio y de la elación de la manía.

Examen del mundo interior

Aunque con excesiva brevedad, vamos a examinar más detenidamente los fenómenos del mundo interior. Se trata de un tema realmente amplio.

Se recordará que deliberadamente simplifiqué en demasía al tratar la posición depresiva en términos de nutrición y del alimento ingerido por el pequeño durante la misma. Pero no se trata simplemente de una cuestión de alimentos o de leche. Lo que nos interesa son las experiencias instintivas de toda clase y los objetos «buenos» y «malos» resultan ser sentimientos buenos y malos resultantes de la vida instintiva del individuo, elaborados imaginativamente. Es necesario efectuar un planteamiento más complejo aun tratándose de una breve presentación como la

presente.

El mundo interior del individuo se edifica con arreglo a tres principios fundamentales:

- A. La experiencia instintiva.
- B. Las materias incorporadas, retenidas o eliminadas.
- C. Relaciones o situaciones completas introyectadas mágicamente.

De estos tipos, el primero es fundamental para todos los seres humanos, y siempre lo será. El mundo es más o menos parecido entre los pequeños de todas partes, aunque, por supuesto, los observadores pueden percibir diferencias (pecho, biberón, leche, plátanos, jugo de coco, cerveza, etc.), según las costumbres predominantes en la cultura respectiva. El tercero es esencialmente personal y pertenece al individuo en el marco real, incluyendo acontecimientos con la madre, la niñera, la tía en la casa, cabaña, tienda, con la realidad que verdaderamente se presenta. Deberíamos incluir la angustia, el estado anímico, la falta de confianza de la madre, así como su buena maternalización. El padre participa indirectamente como marido y directamente como sustituto de la madre.

A fin de enlazar el mundo interior de la posición depresiva con la obra de C. G. Jung y los psicólogos analíticos sobre los arquetipos, debemos confinarnos al estudio del primer grupo. Lo que en él sucede es propio de la humanidad en general y aporta la base para lo que es común en los sueños, el arte, la religión y los mitos del mundo, independientemente del tiempo. De esto está hecha la naturaleza humana, pero sólo en la medida en que el individuo haya llegado al logro de la posición depresiva. Sin embargo, esto no es la totalidad del mundo interior del niño y en nuestra labor clínica no podemos descuidar los otros dos grupos.

Sea del tipo que sea lo que encontremos de organización arquetípica en el mundo interior, debemos recordar que los cambios terapéuticos permanentes sólo pueden ser producidos por nuevas experiencias instintivas, y de éstas sólo podemos disponer cuando se producen en la neurosis transferencial de un análisis; mostrándole a un paciente que una fantasía es lo mismo en él que en la mitología, no lograremos cambiar los arquetipos.

Al examinar el mundo interior de un individuo que haya alcanzado la posición depresiva vemos:

- Fuerzas que contienden (grupo A).
- Objetos o material objetal, buenos y malos (grupo B).
- Buen material percibido, introyectado para el enriquecimiento personal y la estabilización (grupo C).
- Mal material percibido e introyectado para ser controlado (grupo C).

Cuando decimos que en la terapia los cambios reales con respecto a los grupos A y B se producen en la labor de la transferencia, sabemos que una secuencia ordenada está implícita, aunque reconozcamos su infinita complejidad en un caso real, incluso cuando el paciente es un niño de corta edad.

Es el análisis del sadismo oral en la transferencia lo que económicamente aminora el potencial persecutorio en el mundo interior del paciente.

Tipos de defensa

Una de las defensas contra la angustia depresiva consiste en una inhibición relativa del mismo instinto, lo cual da una disminución cuantitativa de todas las secuelas de las experiencias instintivas.

En el mundo interior se emplean otros mecanismos de defensa, como por ejemplo:

Un control global cada vez mayor (estado anímico depresivo). Compartimentación. Aislamiento de ciertos agrupamientos persecutorios. Encapsulación. Introyección de un objeto idealizado. Ocultación secreta de cosas buenas. Proyección mágica de lo bueno. Proyección mágica de lo malo. Eliminación. Negación.

Repasar este terreno es como repasar toda la gama de juegos infantiles; de hecho es precisamente lo mismo, ya que todo ello aparece en los juegos. Es demasiado fácil para el individuo obtener un alivio temporal de la encapsulación de un agrupamiento persecutorio mediante la proyección del mismo. El resultado, sin embargo, es un estado ilusorio al que llamamos «locura», a menos que casualmente la realidad externa provea un ejemplo perfecto del material que vaya a ser proyectado.

Hay que citar una complicación más. Ya se habrán dado cuenta de que esta edificación del mundo interior a través de innumerables experiencias instintivas ha empezado mucho antes del período que estamos examinando. Mucho antes de cumplir los seis meses, el bebé humano va formándose partiendo de las experiencias que constituyen la vida de la infancia, instintiva y no instintiva, excitada y tranquila. Basándose en esto puede aducirse que algunas de las cosas de que les estoy hablando arrancan del nacimiento o del período prenatal. Esto, sin embargo, no representa llevar la misma posición depresiva hacia atrás, hasta alcanzar estos primeros meses, semanas y días, ya que la posición depresiva depende del desarrollo de un sentido del tiempo, de una apreciación de la diferencia entre la realidad y la fantasía, y sobre todo del hecho de la integración del individuo. Es muy difícil tener en cuenta todas estas cosas, ver a la madre que sostiene la situación y al bebé que realmente se aprovecha de este hecho, excepto en el caso de un bebé que sea lo bastante mayor como para jugar a dejar caer cosas.

(Vi a un pequeño de doce semanas que metía un dedo en la boca de su madre cada vez que ésta le amamantaba. El pequeño estaba siendo magníficamente cuidado y en la actualidad es uno de los niños de diez años más sano que conozco. Resulta tentador decir que tal vez se hallaba en la posición depresiva; pero hay que tener en cuenta todos los extraños procesos de identificación y, además, no es corriente que esta clase de cosas ocurran ya a las doce semanas y, mucho menos aún, antes de esa edad. Debemos también tener en cuenta la integración aparente que procede de unos cuidados dignos de confianza más que de la verdadera consecución de la integración en el marco de la dependencia.)

Si uno empieza a investigar, no la posición depresiva, sino el origen de los perseguidores así como de las fuerzas de apoyo dentro del yo, entonces uno debe ir mucho más allá, retroactivamente, que hasta la segunda mitad del primer año. Pero uno debe también remontarse a la no integración, a una falta de sensación de vivir en el cuerpo, a una difuminación de la línea que divide la fantasía de la realidad y sobre todo, uno debe remontarse a la dependencia de la madre que en todo momento está sosteniendo al pequeño, y a la larga a lo que puede denominarse doble dependencia, donde la dependencia es absoluta debido a que no se percibe el medio.

Sin embargo, puedo prescindir de la psicología sumamente compleja de la primera formación del elemento benigno y persecutorio y atenerme a mi primera intención, es decir, empezar por el punto en que el individuo se convierte en un todo, en una unidad, tratando entonces las cuestiones importantes que inherentemente siguen a esa fase en la salud.

Reacción ante la pérdida

La obra de Melanie Klein ha venido a enriquecer la comprensión que Freud nos dio acerca de la reacción ante la pérdida. Si en un individuo la posición depresiva ha sido alcanzada y plenamente instaurada, entonces la reacción ante la pérdida consiste en aflicción o tristeza. Allí donde haya un cierto fracaso de la posición depresiva, el resultado de la pérdida es la depresión. El duelo significa que el objeto perdido ha sido mágicamente introyectado y (tal como Freud demostró) se halla ahí, sujeto al odio. Supongo que lo que se quiere decir es que se le permite el contacto con los elementos persecutorios interiores. Incidentalmente, esto turba el equilibrio de fuerzas en el mundo interior, de tal manera que los elementos persecutorios son incrementados mientras disminuyen las fuerzas benignas o de apoyo. Hay una situación de peligro y el mecanismo de defensa consistente en un amortecimiento general produce un estado anímico de depresión. La depresión constituye un mecanismo curativo; cubre el campo de batalla con una especie de neblina, permitiendo una clasificación a ritmo lento, dando tiempo a que todas las defensas posibles entren en liza y dando asimismo tiempo a una preelaboración, de manera que a la larga pueda producirse una recuperación espontánea. Clínicamente, la depresión (de esta clase) tiende a levantarse, lo cual es una observación psiquiátrica muy conocida.

En el sujeto cuya posición depresiva se halla firmemente instaurada se acumulan lo que he dado en llamar «introyecciones del grupo C», o recuerdos de experiencias buenas y de objetos amados, las cuales permiten al sujeto seguir adelante incluso sin apoyo del medio ambiente. El amor por la representación interna de un objeto perdido puede atemperar el odio del objeto amado introyectado que la pérdida entrafna. El duelo se experimenta y se preelabora, en ésta y otras formas, y la aflicción puede sentirse como tal.

El juego del niño consistente en arrojar cosas a lo lejos, que ya he enfatizado, es indicio de su creciente habilidad para dominar la pérdida y, por consiguiente, una indicación para el destete. Este juego indica cierto grado de introyección perteneciente al grupo C.

El concepto del «Pecho Bueno»

Finalmente, consideremos el término «pecho bueno».

Externamente, el pecho bueno es aquel que, habiendo sido comido, espera ser reconstruido. Dicho de otro modo, resulta no ser nada más ni nada menos que la madre que sostiene la situación del modo que he descrito.

En la medida en que el pecho bueno es un fenómeno interior (dando por sentado que el individuo haya alcanzado la posición depresiva) debemos aplicar nuestro principio de los tres agrupamientos a fin de comprender el concepto.

Grupo A. No hay en este grupo lugar para el empleo del término «pecho bueno». En su lugar nos referimos a una experiencia arquetípica o a una experiencia instintiva satisfactoria.

Grupo B. No hay aquí ningún pecho bueno reconocible va que, si es bueno, habría sido comido y esperamos que gozado. No habrá ningún material relacionado con el pecho y que pueda ser reconocido como tal. El niño a medida que se hace mayor abandona este material y elimina lo que no le es necesario o lo que percibe como malo.

Grupo C. Aquí podemos aplicar por fin el término «pecho interior bueno».

Los recuerdos de las buenas experiencias sostenedoras de la situación ayudan al niño a navegar con la marea durante los breves períodos en los que la madre falla; asimismo, aportan la base primero para el «objeto transicional» y luego para la conocida sucesión de sustitutos del pecho y de la madre.

Quisiera añadir una advertencia en el sentido de que la introyección de un pecho bueno es a veces sumamente patológica, una organización de defensa. Entonces el pecho es un pecho (madre) idealizado y esta idealización indica una falta de esperanza con respecto al caos interior y a la crueldad del instinto. Un pecho bueno basado en unos recuerdos seleccionados o en la necesidad materna de ser buena aporta confianza. Semejante pecho idealizado e introyectado domina la escena y todo parece ir bien para el paciente. Pero no así para los amigos del paciente sin embargo, ya que semejante pecho bueno e introyectado debe ser proclamado y el paciente se convierte en abogado del «pecho bueno».

Los analistas se encaran con este difícil problema: ¿debemos nosotros mismos ser reconocibles en nuestros pacientes? Siempre lo somos. Pero lo deploramos. Odiamos vernos convertidos en pechos buenos interiorizados, en los demás, y oír que nos proclaman aquellos cuyo propio caos interior se ve precariamente sostenido gracias a la introyección de un analista idealizado.

¿Qué es lo que queremos? Pues queremos que nos coman, no que nos introyecten mágicamente. No busquen masoquismo en ello. Ser comido es el deseo, mejor dicho, la necesidad de una madre durante una fase muy precoz del cuidado de su niño. Esto significa que quienquiera que no se vea atacado de modo canibalesco tiende a sentirse fuera de las actividades reparadoras y restitutivas de la gente, es decir, fuera de la sociedad.

Si, y solamente si, hemos sido comidos, gastados, robados, podemos soportar en menor grado ser igualmente introyectados mágicamente y ser colocados en el depósito de reserva del mundo interior de alguien.

En resumen, la posición depresiva, que puede estar en buen camino bajo condiciones favorables entre los seis y los nueve meses, con mucha frecuencia no se alcanza hasta que el sujeto se somete a análisis. Con respecto a las personas de tipo más esquizoide, así como a los internados en los hospitales psiquiátricos -personas que nunca han alcanzado una verdadera autoexpresión o personalidad-, la posición depresiva no es lo que importa; para ellas queda como algo semejante al color para los que padecen daltonismo. En contraste, para todo el grupo de maníacos depresivos, entre los que se incluye la mayoría de las personas llamadas normales, el tema de la posición depresiva en el desarrollo normal no puede soslayarse; es y sigue siendo el problema de 1ª vida, salvo en la medida en que sea alcanzada. En las personas completamente sanas se da por sentada y es incorporada a la vida activa en sociedad. El niño, sano por haber alcanzado la posición depresiva, puede proseguir adelante para enfrentarse al problema del triángulo en las relaciones interpersonales, el clásico complejo de Edipo.

(1) Es aquí donde se encontrará el origen de la capacidad para la ambivalencia. El término «ambivalencia» en su empleo popular significa que el odio reprimido ha deformado los elementos positivos de una relación. Esto, sin embargo,

no debe oscurecer el concepto de una capacidad para la ambivalencia como logro del desarrollo emocional.

(2) Tengan aquí en cuenta algo que debo omitir: una agresión que no es inherente y que es propia de toda clase de casualidades de persecución adversa que aquejan a algunos niños pero no a la mayoría.

(3) No debe olvidarse que estoy hablando clínicamente y que estoy describiendo tanto situaciones de la infancia real como situaciones analíticas.

(4) Sin duda, existen otras raíces precoces de la apreciación de la fantasía, pero me veo obligado a omitirlas.

(5) Doy por sentado que la experiencia instintiva se hallaba en la línea de los procesos del yo, de lo contrario tendría que comentar las reacciones del pequeño ante los ataques procedentes del medio ambiente, representadas por la tensión instintiva y por la actividad reactiva.

(6) Esto concuerda con una tendencia principal observable en la obra de Fairbairn (1952).

(7) Esta idea se corresponde con las ideas propuestas por A. Freud (1952).



Biblioteca D. Winnicott

Influencia del desarrollo emocional en los problemas alimentarios

- 1967 -

Ustedes se encuentran aquí para examinar ciertos problemas de la infancia y traen a esta reunión, cada cual a su manera, la experiencia que han recogido en el trato de bebés, basados en la teoría de su crecimiento y desarrollo y en las distorsiones del desarrollo que obedecen a factores físicos. Mi exposición estará forzosamente fuera de tono con las otras porque deseo hablar acerca de dificultades que no dependen de la enfermedad física. Para simplificar, tendré que suponer que el bebé se halla en buen estado físico. Espero que no les importe que dirija mi atención a los aspectos no físicos del cuidado del bebé, ya que ustedes se ocupan todo el tiempo, en su práctica, de estos problemas y necesariamente su interés desborda el campo de la enfermedad física efectiva.

Mi problema tiene que ver aquí con la presentación. Como ustedes probablemente saben, comencé como pediatra y poco a poco pasé a ser psicoanalista y psiquiatra de niños; y el hecho de que haya sido originalmente un médico de lo corporal influyó mucho en mi obra. He tenido, por cierto, una cuantiosa experiencia, procedente simplemente de haber estado en la práctica activa durante cuarenta y cinco años, lapso en el cual uno acumula sin duda muchísimos datos.

En media hora no puedo hacer mucho más que mencionar la teoría, sumamente compleja, del desarrollo emocional del individuo humano como persona. Lo que sí debo hacer, empero, en mi propio bien, es transmitir en parte los intensos sentimientos que he acumulado en estos 45 años.

Aunque resulte extraño, la formación de médicos y enfermeras en lo tocante al aspecto físico sin duda les sustrae cierto interés en los bebés como seres humanos. Cuando yo me inicié, era consciente de mi poca capacidad para dejarme llevar por mi natural empatía hacia los niños de modo de incluir en ella la empatía hacia los bebés. Tenía plena conciencia de esta deficiencia y fue un gran alivio para mí cuando poco a poco pude sentirme incorporado a la relación madre-bebé o padres-bebé. Supongo que muchos de los que han recibido esa formación física tienen el mismo tipo de bloqueo que yo y deben trabajar mucho sobre sí mismos para poder ponerse en los zapatos de un bebé. Me doy cuenta de que esta frase es una curiosa manera de hablar, ya que los bebés no nacen con los zapatos puestos, pero imagino que entienden lo que quiero decir.

Para el pediatra es importante conocer las cuestiones humanas tal como se presentan en los comienzos de la vida de un nuevo individuo, pues al hablar con los padres tienen que ser capaces de estar al tanto de la importante función que éstos cumplen. El médico aparece cuando hay una enfermedad, pero los padres tienen importancia durante todo el tiempo, más allá de las enfermedades que tenga la criatura. Para una madre o un padre constituye una terrible complicación que el médico al cual llaman con tanta

confianza si el niño tiene una neumonía sea ciego ante todo lo que ellos hacen para adaptarse a las necesidades del niño cuando éste no está enfermo.

Por ejemplo, la gran mayoría de las dificultades en la alimentación del bebé no tienen nada que ver con infecciones o con las malas propiedades bioquímicas de la leche, sino con el enorme problema que enfrenta toda madre para adaptarse a las necesidades de su criatura. Tiene que hacerlo por su cuenta, porque no hay dos bebés que sean iguales, y en todo caso tampoco hay dos madres iguales, y una misma madre no es la misma con cada uno de sus hijos. La madre no puede aprender lo que necesita de los libros, las enfermeras o los médicos. Tal vez haya aprendido mucho por haber sido ella misma un bebé, y también por haber visto a muchos padres con bebés o haber participado en el cuidado de sus hermanos; y sobre todo, aprendió muchísimas cosas vitales al jugar a la mamá y al papá a una tierna edad.

Es verdad que algunas madres encuentran ayuda limitada en los libros, pero debe recordarse que si una madre tiene que ir a buscar ayuda en un libro o en alguien para tratar de aprender lo que debe hacer, nos preguntaremos si está preparada para su tarea. Debe conocerla en un nivel más profundo, y no necesariamente en esa parte de la mente donde hay palabras para todo. Lo principal que una madre hace con su bebé no lo hace a través de las palabras. Esto es evidente, pero también es fácil olvidarlo. En mi larga experiencia he tenido oportunidad de conocer a muchos médicos, enfermeras y maestros que se suponían capaces de decirles a las madres lo que ellas tenían que hacer, y que pasaban mucho tiempo dándoles instrucciones a los padres; y luego, cuando se convertían ellos mismos en padres, tuve largas charlas con ellos sobre sus dificultades y comprobé que habían tenido que olvidarse de todo lo que creían saber y más aún de lo que habían estado enseñando. Muy a menudo advertían que lo que habían llegado a saber de ese modo interfería tanto al comienzo, que no podían actuar de manera natural con su primer hijo. Gradualmente se las arreglaban para deshacerse de esta capa inútil de conocimientos que está entremezclada con las palabras, y decidían involucrarse con su bebé.

El hecho es que ser madre, o ser maternal (incluyendo al hombre), implica un alto grado de identificación con el bebé, aunque por supuesto mientras establece esta identificación la madre conserva su estado adulto.

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

El desarrollo del sentido de lo correcto y lo incorrecto en el niño, 1962

Charla radial emitida por la BBC el 11 de junio de 1962.

Algunos piensan que las ideas de lo correcto y lo incorrecto se desarrollan en el niño igual que el caminar y el hablar, aunque algunos piensan que hay que inculcárselas. Mi opinión es que hay lugar para algo intermedio entre estos dos extremos, hay lugar para la idea de que el sentido de lo bueno y de lo malo, como tantas otras cosas, le sobreviene naturalmente a cada bebé y niño, siempre que puedan darse por descontadas ciertas condiciones de cuidado ambiental. Estas condiciones esenciales no pueden describirse en pocas palabras, pero lo principal es esto: que el ambiente debe ser predecible y en un comienzo debe adaptarse en

alto grado a las necesidades del bebé. La mayoría de los bebés y de los niños pequeños reciben, de hecho, estos elementos esenciales.

Deseo señalar que la base de la moral es la experiencia fundamental del bebé en ser auténticamente él mismo, de seguir siendo; en caso de tener que reaccionar ante lo impredecible, este seguir siendo se interrumpe y se produce una interferencia en el desarrollo del ser propio, del self. Pero nos hemos remontado demasiado atrás para este comentario. Debo pasar a la fase siguiente del desarrollo.

A medida que cada bebé empieza a reunir una vasta experiencia de seguir siendo a su buena manera, y de sentir que existe un self, un ser propio que puede ser independiente de la madre, los temores comienzan a dominar la escena. Estos temores son de naturaleza primitiva y se fundan en la expectativa que tiene el bebé de recibir burdas represalias. El bebé se excita, con impulsos o ideas agresivos o destructivos que se manifiestan en sus gritos y en sus deseos de morder, y de inmediato siente que el mundo está lleno de bocas que muerden y de dientes y garras hostiles, y de toda clase de amenazas. El mundo sería, pues, un lugar aterrador si no fuese por la función protectora general que cumple la madre, que oculta estos grandes temores correspondientes a la temprana experiencia del vivir del bebé. La mamá (y no me olvido aquí del padre) altera el carácter de los temores del niño siendo un ser humano. Gradualmente el bebé la reconoce como ser humano, y entonces en vez de un mundo de represalias mágicas, lo que obtiene es una madre que lo comprende y reacciona ante sus impulsos.

Ahora bien: la madre puede ser dañada o enojarse. Al expresarlo de este modo, ustedes entenderán de inmediato que para el bebé existe una enorme diferencia si las fuerzas que actúan en la represalia se humanizan. Ante todo, la madre conoce la diferencia entre la destrucción efectiva y la intención de destruir. Grita "¡Ay!"

cuando es mordida, pero no la perturba en absoluto reconocer que el bebé quiere comérsela. Más aún, lo siente como un cumplido, la única manera que él tiene de manifestar su amor excitado. Y por supuesto, no es fácil comérsela. Grita "¡Ay!", pero eso sólo significa que siente algún dolor. El bebé puede lastimar el pecho, sobre todo si, por desgracia, los dientes le aparecen pronto; pero la madre sobrevive, y el bebé tiene una oportunidad de tranquilizarse por esta supervivencia. Además, a los bebés se les da algo duro, ¿no es cierto?, algo que posea valor de supervivencia, como un sonajero o un aro de hueso, porque uno sabe que es un alivio para él poder morder algo a su antojo.

De esta manera, el bebé cuenta con la posibilidad de desarrollar el uso de la fantasía junto a la acción impulsiva efectiva, y este paso importante es el resultado de una actitud coherente de la madre y de su confiabilidad general. Por otra parte, esta confiabilidad ambiental brinda un medio en el que puede tener lugar el próximo avance evolutivo, que depende de la contribución que pueda hacer el bebé a la felicidad de los padres. La madre está allí en el momento oportuno y recibirá los gestos impulsivos que el bebé le destina, y que tanto significa para ella, porque realmente son parte del bebé, no meras reacciones. Está la sonrisa reactiva que poco o nada significa, pero también aparece a la larga la sonrisa que significa que el bebé siente amor, en ese preciso momento, por la madre. Más adelante, la salpica en su bañaderita o le tira de los cabellos o le muerde el lóbulo de la oreja, o le da un abrazo, y todas esas cosas. O bien el bebé produce una excreción de un modo particular, dando a entender que tiene el significado de un regalo, que tiene un valor. La madre se siente inmensamente reconfortada por estas cosas minúsculas si son espontáneas. A raíz de ello, el bebé puede avanzar en su integración, aceptar de una forma nueva y más cabal su responsabilidad por todas las cosas desagradables y destructivas que sintió en los momentos de excitación -o sea, en la experiencia de los instintos-.

El instinto más importante para el bebé es el activado en la alimentación, que se suma al hecho del amar y gustar, al juego afectuoso. Las fantasías de comerse a la madre y al padre se mezclan con la realidad del comer, desplazada al comer alimento. El bebé puede empezar a aceptar su plena responsabilidad por toda cruel destrucción porque sabe que aparecen gestos que indican su impulso a dar, y también porque conoce, por experiencia, que la madre estará allí en el momento en que surjan los auténticos impulsos amorosos. Así, sobreviene un cierto control sobre lo que se siente bueno y malo, y mediante un complejo proceso -y la creciente capacidad del bebé para reunir en sí diversas experiencias, lo que llamamos integración-, poco a poco el bebé se torna capaz de tolerar la angustia por los elementos destructivos de las experiencias instintivas, sabiendo que tendrá oportunidad de reparar y de reconstruir. A esta tolerancia de la angustia la llamamos sentido de culpa. Podemos ver que se desarrolla concomitantemente con el establecimiento de la confianza del bebé en el ambiente, y que el sentido de culpa desaparece, se pierde esa seguridad y el ambiente deja de ser confiable, cuando la madre tiene que alejarse del bebé, o está enferma, o quizá preocupada.

Una vez que el bebé ha comenzado a ser capaz de tener sentimientos de culpa, o sea, de relacionar la conducta destructiva con la angustia por la destrucción, está en condiciones de discriminar lo que siente bueno de lo que siente malo. No es que asuma directamente el sentido moral de los padres, sino que aparece un nuevo sentido moral en cada nuevo individuo, como corresponde. El sentimiento de que algo es correcto ciertamente se liga con la idea del bebé sobre las expectativas maternas o paternas, pero más profundamente hay un significado de lo bueno y lo malo conectado a este sentido de culpa: el equilibrio entre la angustia por los impulsos destructivos y la capacidad y oportunidad de enmendar y de construir. Todo lo que aminora los sentimientos de culpa del bebé es bueno para éste, y es malo todo

lo que los incrementa.

En verdad, la moral innata del bebé, tal como surge a partir de sus burdos temores, es mucho más rigurosa que la de sus padres. Para el bebé sólo cuenta lo que es verdadero y real. Es una ímproba tarea enseñarle a un hijo a decir "¡Ta!", en señal de agradecimiento, no por gratitud sino porque así lo indican los buenos modales.

Verán que, de acuerdo con la teoría que utilizo en mi trabajo, el progenitor le permite al bebé desarrollar un sentido de lo correcto y lo incorrecto siendo una persona confiable para él en esta temprana fase formativa de sus experiencias vivientes. En tanto y en cuanto cada niño haya descubierto su propio sentido de culpa, sólo en esa medida tiene sentido que el progenitor le presente sus propias ideas acerca de lo bueno y lo malo.

Si uno no tiene éxito con el niño en este aspecto (y puede irle mejor con un hijo que con otro), tendrá que empeñarse en ser un ser humano estricto, aunque sepa que en el proceso natural de desarrollo del niño sucederían cosas mejores. Si falla por entero, deberá tratar de inculcarle las ideas de lo correcto y lo incorrecto mediante enseñanzas y ejercitaciones.

Pero esto no es más que un sucedáneo de lo real y la admisión del fracaso propio, y todo progenitor odiará hacerlo; de todos modos, este método sólo funciona en la medida en que el progenitor, o quien lo represente, esté allí para poner en práctica su voluntad. Por otro lado, si de entrada, mediante la propia confiabilidad, se le permite al bebé desarrollar un sentido personal de lo correcto y lo incorrecto en lugar de los burdos temores primitivos a la represalia, se comprobará que más adelante es posible reforzar las ideas del niño y enriquecerlas con las propias, pues cuando los niños crecen les gusta imitar a sus padres -o rebelarse contra ellos, lo cual en definitiva es tan bueno como lo otro-.

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

Desilusión temprana, 1939

Fechado el 24 de octubre de 1939.

Nuestros pacientes, que tanto nos enseñan de lo que llegamos a saber, con frecuencia manifiestan con claridad que han enfrentado la desilusión por cierto en una fecha muy temprana. No tienen dudas al respecto, y en relación con esta idea pueden alcanzar un grado de tristeza cada vez más profundo.

El análisis prosigue, pero hay que trabajar muchísimo hasta que esa desilusión pueda ser descrita verbalmente con esa actitud. No hay manera de abreviar este proceso, pero es interesante registrar los resultados individuales a medida que se presentan.

A menudo la queja planteada es que la madre amada e idealizada

le enseñó al niño a ser insincero. Parecería que la sinceridad es algo que está muy próximo a los fundamentos de la naturaleza humana, y aquí expresaré por qué pienso que no es tan fundamental y cómo creo que puede ser ulteriormente analizada. Pero sea cual fuere su origen, lo cierto es que el niño pequeño - estaba por escribir el bebé- puede sufrir un fuerte impacto al descubrir que no es bueno ser sincero.

¿Cómo ocurre que al niño se le hace entender tan precozmente que la sinceridad no sólo no es la mejor política, sino que ni siquiera es buena?

En dos palabras, la beba está ahí acostada chupándose el pulgar y pensando cosas, y alguien viene y le saca el pulgar de la boca. Ella tendrá que aprender a seguir con sus pensamientos sin que el acompañamiento orgástico cumpla su obvio papel.

No hay duda de que lo que confiere eficacia a la acción parental en este caso es la culpa que siente el -bebé por los elementos destructivos del contenido de su fantasía. Podría decirse, entonces, que en un extremo de la escala hay una culpa mínima y un máximo de interferencia parental, en tanto que en el otro extremo la culpa es máxima (a causa de los elementos destructivos) y produce inhibición, siendo pues escasa o nula la necesidad de la interferencia parental.-En términos aproximados, cabe sostener que en el primero de los extremos mencionados hay un ocultamiento de las partes obvias del funcionamiento orgástico; con tensión provocada por el funcionamiento oculto, mientras que en el otro extremo hay una inhibición más completa del funcionamiento corporal, un divorcio más seguro entre el material de la fantasía y la vida instintiva del cuerpo.

Con respecto a los sentimientos conscientes, .nos encontramos aquí con una vasta gama que se extiende desde el intento desesperado de ser sincero (un intento que jamás tiene éxito), pasando por la

posesión de un mundo fantaseado- secreto, el sentimiento de irrealidad vinculado con la fantasía y su-repudio, hasta la imposibilidad de aceptar como propio cualquier contenido fantaseado que se inmiscuya.

Una paciente mía está muy próxima a finalizar su análisis, pero no puede ponerle término, y una de sus dificultades para ello es ésta: por fin puede decirme "gracias", por fin puede creer que me está agradecida, pero no puede tener la certeza de que yo sea capaz de aceptar plenamente su gratitud. Es capaz de sentir todo esto en términos muy primarios. Ha tenido avidez del pecho, lo ha amado, lo ha querido apresar, lo ha desgarrado y lastimado, lo convirtió en algo viejo y exhausto. Ahora quiere darle algo a la madre. Siente que tiene dentro de sí color, valor y vida, pero por alguna razón no cree que yo acepte el movimiento perfecto que ella haría.

Es capaz de tomar contacto con las partes destructivas de su fantasía. En la transferencia ha experimentado el odio con una intensidad mayor que la que he visto en cualquier otro paciente. También es capaz de contarme sus funciones orgásticas, mostrarme la terrible intensidad de su chupeteo del pulgar, el placer que le producen sus meneos y contorsiones, sus eróticas funciones excretorias. Pero hay algo notable: al masturbarse nunca usa las manos, e insiste con suena vehemencia en que no hay ninguna acción manual perdida u olvidada. "¿Por qué usaría mis manos -declara- si puedo lograr que todas las partes de mi cuerpo estén vivas, excitadas y gratificadas sin recurrir a ellas?" O también: ¿Para qué me voy a frotar los genitales si puedo extraer tanto placer (incluso genital) chupándome el dedo?", etcétera.

Desde el inicio del análisis ha quedado claro que las manos tienen gran importancia en esta paciente. Ha sufrido inhibiciones en su función manual pero se las ha arreglado para conseguir empleos que implicaban fundamentalmente trabajar con las manos; y en los últimos tiempos ha conseguido una llamativa liberación de -su

capacidad para usarlas (en trabajos de jardinería, dactilografía, etc.).

Resulta evidente que esta paciente no puede hacerle saber a su madre que se masturba con las manos, o sea, que en su fantasía las manos- de hecho roban y matan, y que ella hasta cierto punto disfruta de ese modo. Sabe por cierto que le gusta destruir con las manos, conocimiento éste que se remonta a su niñez temprana; pero algo le falta en cuanto a su capacidad de sincerarse con la madre y hacérselo saber a través de su masturbación (aunque podía hacérselo saber rompiendo papeles en forma compulsiva, o haciendo líos y revoltijos con las cosas, vale decir, en forma desafiante).

Es posible que de hecho la madre contribuyera a crear esta dificultad,, no necesariamente sacándole a la niña las manos de sus genitales, sino más probablemente quitándole las manitas de la boca y dándole una palmada en ellas. Esta pauta perduró y quizá fue ello lo que le impidió a la niña recurrir jamás a sus manos en una masturbación genital. Desde luego, no puedo estar seguro de esto, y lo cierto es que madre e hija tuvieron una buena pelea porque la beba se rascaba la piel. (No pude llegara-determinar en este caso la importancia relativa de la excitación anal.)

Creo posible hacer ahora el análisis de la sinceridad.

Esta joven mujer quiere que yo reciba un don de su interior, a cambio de lo que he hecho. Es un. don perfecto, y ella no cree que yo pueda creer en él. Así es: no creo.

Lo principal es que si yo (su madre) no pude. tolerar lo que sinceramente trató de mostrarme cuando era bebé con sus actividades orgásticas manifiestas, ¿cómo podré tolerar ahora las cosas malas que sin duda contendrá el don de su interior? De hecho, mantuvo en secreto una buena porción de material

fantaseado bueno y malo, para que yo (su madre) no lo conociera, y en tanto esto es así no puede ver con alegría su capacidad de gratitud.

O sea, ella sabe que en realidad le es imposible restaurarle a la madre un pene bueno; el pene ha sido robado y lastimado. Pero algo puede hacer para llenar el agujero del cuerpo de la madre con ciertas porciones preservadas del pene, que incluso han sido amorosamente desarrolladas, siempre y cuando logre manejar la dificultad original en cuanto al secreto de lo que robó.

La extrema sinceridad ha sido una de las causas de la ruina de esta persona en su vida, y la haría muy feliz el alivio de esa sinceridad compulsiva, alivio que podría proporcionárselo un análisis exitoso de su fracaso original en encontrar una madre capaz de tolerar su sinceridad.

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

El destino del objeto transicional, 1959

Trabajo preliminar para una charla pronunciada en la Asociación de Psicología y Psiquiatría Infantil, de Glasgow, el 5 de diciembre de 1959.

Aunque ya muchos de ustedes están bien familiarizados con lo que he dicho acerca de los objetos transicionales, quisiera ante todo volver a enunciar mi concepción al respecto; para luego pasar a mi tema principal de hoy, que es la cuestión de su destino. Enunciaré, pues, cuál es á mi parecer la significación de los objetos transicionales.

A mi entender, a estos objetos los encontramos en diversos procesos de transición. Uno de ellos se vincula con las relaciones de objeto; el bebé se lleva el puño a la boca, luego el pulgar, luego

hay una mezcla del uso del pulgar y de los demás dedos, y escoge algún objeto para manipularlo. Poco a poco comienza a usar objetos que no son parte de él ni de la madre.

Otra clase de transición tiene que ver con el pasaje de un objeto que es subjetivo para el bebé a otro que es objetivamente percibido o externo. Al principio, cualquier objeto que entabla relación con el bebé es creado por éste -o al menos ésa es la teoría a la que yo adhiero-. Es como una alucinación. Se da cierto engaño y un objeto que está a mano se superpone con una alucinación. Como es obvio, aquí tiene suprema importancia la forma en que se conduce la madre o su sustituto. Habrá madres que son buenas y otras que son malas en lo que atañe a posibilitar que un objeto real esté exactamente allí donde el bebé alucina un objeto, de modo tal que el bebé se haga la ilusión de que el mundo puede ser creado y de que lo que es creado es el mundo.

En este punto, ustedes estarán pensando en la expresión de la señora Sechehaye (1), "realización simbólica", o sea, el convertir al símbolo en algo real; salo que desde nuestro punto de vista, al ocuparnos de la primera infancia, pensamos que lo que se convierte en real es la alucinación. De hecho, esto pone en marcha la capacidad del bebé para el uso de símbolos, y si el crecimiento prosigue su marcha el objeto transicional resulta ser el primer símbolo. En este caso el símbolo es al mismo tiempo la alucinación y una parte objetivamente percibida de la realidad externa.

De todo esto se deduce que estamos describiendo la vida de un bebé que significa asimismo la relación que el ambiente tiene con él, a través de la madre o de su sustituto. Nos estamos refiriendo a una "pareja de crianza», para emplear la expresión de Merrill Middlernore (2). Nos referimos al hecho de que no existe eso denominado bebé, pues cuando vemos a un bebé en esta temprana etapa sabemos que vamos a encontrar tos cuidados del bebé, cuidados de los cuales el bebé forma parte.

Esta manera de enunciar el significado del objeto transicional nos fuerza a utilizar la palabra "ilusión". La madre posibilita al bebé tener la ilusión de que los objetos .de la realidad externa pueden ser reales para él, vale decir, pueden ser alucinaciones, ya que sólo .a las alucinaciones las siente reales. Para que a un objeto exterior se lo sienta real, la relación con él debe ser la relación con una alucinación. Ustedes coincidirán conmigo en que esta hace estallar un antiguo enigma filosófico, y tal vez ya estén pensando en esos dos tercetos, uno de Ronald Knox:

¿La piedra y el árbol siguen existiendo cuando no hay nadie en el patio?

y la réplica:

La piedra y el árbol siguen existiendo mientras los observa su seguro servidor... (3)

El hecho es que un objeto exterior carece de ser para ustedes o para mí salvo en la medida en que ustedes o yo lo alucinamos, pero si somos cuerdos pondremos cuidado en no alucinarlo salvo en los casos en que sabemos qué se tiene que ver. Por supuesto, si estamos cansados ó anochece, cometeremos algunas-equivocaciones. En mi opinión, con su objeto transicional el bebé se halla todo el tiempo en ese estado en que le posibilitamos ser, y aunque es algo loco, no lo calificamos así. Si el bebé pudiera hablar, diría: "Este objeto es parte de la realidad Externa y yo lo creé". Si alguno de ustedes o yo dijéramos esto; nos encerrarían, o tal vez nos practicarían una leucotomía.

Esto nos da un significado de la palabra "omnipotencia" que realmente necesitamos, porque cuando hablamos de la omnipotencia de la primera infancia no sólo queremos decir. omnipotencia del pensamiento: pretendemos señalar también que

el bebé cree en una omnipotencia que se extiende a cientos objetos; y quizás abarque a la madre y a algunos otros integrantes del ambiente inmediato. Una de las transiciones es la que va del control omnipotente de los objetos externos a la renuncia á asé control, y eventualmente al reconocimiento de que hay fenómenos que están fuera del control personal. El objeto transicional que forma parte tanto del bebé como de su madre adquiere un nuevo carácter, el de una "posesión".

Creo que durante el periodo en que el bebé utiliza objetos transicionales se procesan otras transiciones. Por ejemplo; la que corresponde a las capacidades en desarrollo del niño, su creciente coordinación y el paulatino enriquecimiento de su sensibilidad. El sentido del olfato está entonces en su apogeo y probablemente nunca en la vida alcance otra vez esa intensidad, excepto quizás en el curso de episodios psicóticos. También la textura tiene el mayor significado que jamás pueda alcanzar y lo seco y lo húmedo y también lo frío y lo cálido poseen un significado tremendo.

Junto a ello, debe mencionarse la extrema sensibilidad de los labios infantiles y, sin duda, del sentido del gusto. La palabra "repugnante" nada significa todavía para el niño, y al principio ni siquiera le preocupan sus excreciones. El babeo y baboseo característicos de la primera infancia cubren al objeto, haciéndonos acordar del león en su jaula del zoológico, que casi parece ablandar al hueso con su saliva antes de poner fin a su existencia mediante un mordisco y comérselo. ¡Qué fácil resulta imaginar los muy tiernos y acariciadores sentimientos del león hacia ese hueso que está a punto de aniquilar! Así pues, en los fenómenos transicionales vemos surgir la capacidad para los sentimientos tiernos, al par que la relación instintiva directa sucumbe a la represión primaria.

De esta manera, apreciamos que el uso que hace el bebé de un objeto puede articularse, de una forma o de otra, con el

funcionamiento corporal, y en verdad es inimaginable que un objeto tenga significado para un bebé si no está así articulado. Este es otro modo de decir que el yo se basa en un yo corporal.

He dado algunos ejemplos con el único propósito de recordarles todas las posibilidades que existen, según ilustra el caso de sus propios hijos y de los niños que ustedes atienden. A veces caemos que la madre misma es utilizada como si fuese un objeto transicional, lo cual si persiste puede dar origen a grandes perturbaciones; por ejemplo, un paciente del que me ocupé recientemente utilizaba el lóbulo de la oreja-de la madre. Como ustedes conjeturarán, en estos casos en que es utilizada la madre, es casi seguro que hay algo en la madre misma una necesidad inconsciente de su hijo o hija- a cuya pauta se amolda el niño.

Tenemos luego el uso del pulgar o de otros dedos, que puede perdurar, y puede haber o no simultáneamente un acariciarse con cariño una parte del rostro ,o alguna parte de la madre o de un objeto. En algunos casos estas caricias continúan y se pierde de vista el chupeteo del pulgar o de otros dedos. Con frecuencia sucede, asimismo, que un bebé que no empleaba la mano o el pulgar para la gratificación autoerótica use, sin embargo, un objeto de alguna clase. En tales casos, habitualmente el interés del bebé se hace extensivo y pronto otros objetos se vuelven importantes para él. Por alguna razón, las niñas tienden a persistir con los objetos suaves hasta que usan muñecas, y los varones tienden a adoptar más prontamente objetos duros. Tal vez sería más apropiado decir que el varón que hay en los niños de ambos sexos pasma los objetos duros, y la niña que hay en los niños de ambos sexos tiende a conservar su interés por la blandura y la textura, que a la larga se articulará con la identificación materna. A menudo, cuando hay un neto objeto transicional desde época temprana, éste persiste aunque el niño. de hecho se aplique en mayor medida a nuevos objetos, menos importantes; tal vez en momentos de gran congoja, tristeza o deprivación vuelva al objeto original o al pulgar, o

perda por completo la capacidad de utilizar símbolos y sustitutos.

Quisiera. dejar el tema en este punto. El cuadro clínico muestra una variedad infinita, y sólo podemos hablar fructíferamente de las consecuencias teóricas.

El transito del objeto transicional

Hay dos enfoques de este tema:

Los viejos soldados nunca mueren,, sólo desaparecen. El objeto transicional, tiende a ser relegado al limbo de ras cosas a medias olvidadas que-se amontonan en el fondo del cajón o en la parte posterior del estante de los juguetes. Sin embargo, lo usual es que el niño lo sepa. Por, ejemplo, un varoncito que ya ha olvidado su objeto transicional tiene ano fase regresiva luego de padecer una deprivación, y vuelve a él. Más tarde ,habrá un retorno gradual a las otras posesiones, adquiridas con posterioridad. El objeto transicional puede ser, entonces,

i. suplantado pero conservado

ii. gastado

iii. entregado (lo cual no resulta satisfactorio)

iv. conservado por la madre.-como reliquia de una preciosa época de su vida (identificación)-.

v. etc.

Todo esto se vincula con el destino del objeto en sí.

B. Llego ahora al punto principal que quiero exponer para su debate. No es una idea nueva, aunque creo que lo era cuando la referí en mi artículo original. (Ahora que me ocupo de esto, temo que ustedes lo encuentren demasiado obvio, salvo, por supuesto, que no estén de acuerdo conmigo.)

Si es cierto que el objeto transicional y los fenómenos transicionales están en la base misma del simbolismo, creo que podemos sostener con derecho que estos fenómenos marcan el origen, en la vida del bebé y el niño; de una tercera zona de existencia, tercera zona que, según creo, ha sido difícil acomodar dentro de la teoría psicoanalítica, la cual tuvo que edificarse en forma gradual según el método de la ciencia, que es el de poner piedra sobre piedra.

Puede resultar que esta tercera zona sea la vida cultural del individuo.

¿Cuáles son estas tres zonas? Una, la fundamental, es la realidad psíquica o interior del individuo; el inconsciente si ustedes prefieren (no el inconsciente reprimido, que sobreviene muy pronto pero, decididamente, más tarde). A partir de esta realidad psíquica personal es que él individuo "alucina" o "crea" a "piensa" cosas o las "concibe". De ella están hechos los sueños, aunque éstos se revisten de materiales recogidos en la -realidad exterior.

La segunda zona es la realidad exterior, el mundo que paulatinamente es reconocido como DISTINTO DE MI por el bebé sano en desarrollo que ha establecido un self, con una membrana limítrofe y un adentro y un afuera; el universo en expansión, a partir del cual el hombre se contrae [contracta], por decirlo así.

Ahora bien, los bebés y los niños y los adultos traen hacia dentro suyo la realidad exterior, como ropaje para revestir sus sueños, y se proyectan en los objetos y personas externos enriqueciendo la

realidad exterior mediante sus percepciones imaginativas.

Pero pienso que encontramos en verdad una tercera zona, una zona del vivir que corresponde a los fenómenos transicionales del bebé y en verdad deriva de éstos. En la medida en que el bebé no haya llegado a los fenómenos transicionales, pienso que su aceptación de los símbolos será deficiente y su vida cultural quedará empobrecida.

Sin duda, ustedes apreciarán lo que quiero decir. En términos algo burdos: vamos a un concierto y escuchamos uno de los últimos cuartetos de cuerdas de Beethoven (como ven, soy una persona refinada). Este cuarteto no es un mero -hecho externo producido por Beethoven y ejecutado por los músicos; ni tampoco es un sueño mío, que a decir verdad jamás habría sido tan bueno. La experiencia, sumada a mi manera de prepararme para ella, me permite crear un, hecho glorioso: Lo disfruto porque, como digo, yo lo he creado, lo aluciné, y es real y estaría de todos modos allí aunque yo no hubiese sido concebido.

Esto es loco. Pero en nuestra vida cultural aceptamos la locura, exactamente como aceptamos la locura del niño que afirma (aunque no pueda expresarlo con sus balbuceos): "Yo lo aluciné y es parte de mi madre, que estaba ahí antes de que yo viniese al mundo".

De ello inferirán por qué pienso que el objeto transicional es esencialmente distinto del objeto interno de la terminología de Melanie Klein. El objeto interno es una cuestión de realidad interior, y se vuelve más y más complejo a medida que transcurre cada momento de la vida del bebé. El objeto transicional es para nosotros un pedazo de su frazadita, pero para el bebé es representativo tanto del pecho de la madre como del pecho internalizado de la madre.

Repárese en cuál es la secuencia cuando la madre está ausente. El bebé se aferra a su objeto transicional. Luego de un cierto-tiempo la madre internalizada se diluye y. el objeto transicional deja de tener significado. En otras palabras, el objeto transicional es simbólico del objeto infante, al que la presencia viva de la madre mantiene vivo.

De igual manera, quizás, un adulto puede hacer el duelo por alguien, y en el curso de su duelo deja de disfrutar de las actividades culturales; la recuperación será acompañada de un retorno a todos los intereses intermedios (incluidas las experiencias religiosas) que enriquecen la vida de un individuo sano.

Pienso, entonces, que los fenómenos transicionales no "pasan", al menos no cuando hay. salud. Pueden convertirse en un arte perdido, pero esto forma parte de la enfermedad de un paciente, de una depresión, y es algo equivalente a la reacción frente a la privación en la infancia, cuando el objeto y los fenómenos transicionales pierden en forma temporaria (o a veces permanente) su sentido o son inexistentes.

Me gustada mucho conocer sus reacciones frente a esta idea de una tercera zona del experiencias, su relación con la oída cultural y, según he sugerido, el hecho de que derive de los fenómenos transicionales de la infancia.

El efecto de los padres psicóticos sobre el

desarrollo emocional del niño

Al considerar la psicosis y la vida familiar en el capítulo precedente, la mayoría de los casos se describieron en términos de los problemas creados por la psicosis en el niño. Quisiera seguir examinando ahora el efecto que la psicosis de los padres ejerce sobre el desarrollo emocional del niño y sobre la familia.

Como punto de partida, trataré de transmitir parte de la belleza de un poema escrito por una niña de once años. No puedo reproducirlo aquí porque ya se ha publicado en otra parte con el nombre de su autora, pero lo que sí diré es que, a través de una serie de versos breves, ofrece una imagen perfecta de la vida hogareña en un marco familiar feliz. La sensación que transmite es la de una familia formada por hijos de diversas edades, en la que éstos ejercen una acción recíproca, se experimentan celos pero también se los tolera y donde toda la familia palpita al unísono con una tremenda potencialidad vital. Por fin, llega la noche, y la atmósfera se traslada entonces al mundo exterior, a los perros y las lechuzas. Dentro de la casa, reina la calma, la seguridad y la quietud. Parecería que el poema no fuera sino el reflejo de la vida de su joven autora. ¿De qué otro modo podría ella conocer todas esas cosas?

La historia de Esther

Permítaseme llamar Esther a la autora de este poema y preguntar: ¿Cuál es la historia de Esther? Es la hija adoptiva de un matrimonio inteligente de clase media, que tiene también un hijo adoptivo y acaba de aumentar la familia adoptando a otra niña. El

padre siempre fue muy afectuoso con Esther y muy sensible en lo que se refiere a entenderla. La pregunta es: ¿Cuál es la historia temprana de esta niña y cómo hizo para alcanzar la serenidad que trasunta este poema, impregnado de la atmósfera y los detalles de la vida familiar?

La verdadera madre de Esther era una mujer muy inteligente que hablaba bien varios idiomas, pero su matrimonio fracasó y luego vivió con una especie de vagabundo. Esther fue el fruto ilegítimo de esa unión. Por lo tanto, durante los primeros meses de su vida Esther vivió junto a una madre que le pertenecía por completo. La madre era la menor de muchos hermanos. Durante su embarazo se le recomendó que se tratara pero ella no aceptó ese consejo. La madre amamantó a la niña desde el nacimiento y, según el informe del asistente social, idolatraba a su bebé.

Esta situación persistió hasta que Esther tuvo cinco meses, época en que la madre comenzó a comportarse en forma extraña y a adquirir un aspecto algo estafalario y dudoso. Después de una noche de insomnio, se lanzó a vagabundear por un campo cercano a un canal, y se puso a observar a un ex policía que cavaba el terreno. A continuación caminó hasta el canal y arrojó en él a la niña. El ex policía rescató a la niña en un santiamén, ilesa, pero la madre fue detenida, e internada luego en un hospital como esquizofrénica con tendencias paranoides. Así, cuando tenía cinco meses, Esther quedó bajo la custodia de las autoridades locales y más tarde se la describió como una niña "difícil" en la nursery en la que permaneció hasta que la adoptaron cuando tenía dos años y medio.

Durante los primeros meses posteriores a la adopción, su nueva madre tuvo que enfrentar toda clase de dificultades, lo cual nos indica que la niña todavía no había renunciado a sus esperanzas. Por ejemplo, solía tenderse en la calle y ponerse a gritar. Poco a poco las cosas fueron mejorando, pero los síntomas reaparecieron

cuando un nuevo bebé de seis meses fue incorporado a la familia, contando Esther por esa época casi tres años de edad. El niño fue adoptado legalmente, cosa que no había ocurrido en el caso de Esther. Ésta no permitía que su madre adoptiva fuera llamada "mamita" por el niño, ni que nadie se refiriera a ella como la "mamita" del niño. Se volvió muy destructiva, pero luego modificó totalmente su actitud y comenzó a proteger al hermano. El cambio se produjo cuando, con gran prudencia, la madre adoptiva le permitió portarse como un bebé y la trató exactamente como si tuviera seis meses. Esther aprovechó esta experiencia en forma constructiva y se inició en su profesión de madre y, simultáneamente, estableció una excelente relación con el padre, la cual se mantuvo. Por esa misma época, sin embargo, la madre adoptiva y Esther comenzaron a estar casi permanentemente en litigio, a tal punto que, debido a las continuas peleas, un psiquiatra aconsejó que Esther, que tenía en ese momento cinco años, se alejara del hogar por algún tiempo. Quizás ahora, al mirar retrospectivamente y comprender qué es lo que estaba ocurriendo, consideremos que fue un pésimo consejo. El padre, siempre sensible a las necesidades de su hija, consiguió que volviera a vivir con ellos. Como él mismo afirmó, toda la fe de la niña en su hogar adoptivo se había marchitado. El padre, aparentemente se convirtió en la madre de Esther y quizás a ello pueda atribuirse la enfermedad paranoide que aquél desarrolló más tarde, así como su sistema delirante en el cual veía a su mujer como a una bruja.

Esther siguió desarrollándose a pesar de las tensiones siempre presentes en la relación entre ambos progenitores, que más adelante se separaron, dando origen a un interminable pleito legal. Asimismo, la madre siempre prefirió abiertamente al hijo adoptivo, quien se ha desarrollado lo suficientemente bien como para recompensarla con su amor.

Esta es, entonces la complicada y triste historia de la autora del poema que nos parece tan pleno de seguridad y vida hogareña.

Examinemos algunas de las implicaciones del caso.

Una persona tan enferma como la verdadera madre de Esther puede, sin embargo, haberle dado a su hija una iniciación excepcionalmente buena. Creo que la madre de Esther no sólo le proporcionó una experiencia satisfactoria de la lactancia, sino que también le brindó el apoyo y el apoyo que un bebé necesita en las primeras etapas, y que la madre puede dar sólo si se identifica con su hijo. Es bastante probable que esta madre haya estado muy unida a su bebé. Yo me atrevería a conjeturar que trató de desembarazarse de esa criatura suya a la que estaba indisolublemente unida, porque advirtió que se insinuaba ya una nueva fase que no se sentía en condiciones de manejar; una fase en la que la niña necesitaría separarse de ella. Sentía que no sería capaz de satisfacer esas necesidades correspondientes a una nueva etapa del desarrollo de su hija. Podía arrojar la niña al canal, pero no separarse de ella. Sin duda, actuó impulsada por fuerzas muy profundas y, cuando arrojó la niña al canal (después de haber elegido la hora y el lugar que prácticamente garantizaran la salvación de la niña) lo que intentaba en realidad era solucionar algún tremendo conflicto inconsciente, como por ejemplo su temor a experimentar el impulso de devorar a la niña en el momento de tener que separarse de ella. Sea como fuere, la niña de cinco años puede haber perdido, en el momento de ser arrojada al canal, a una madre ideal, una madre que aún no se había convertido en una madre mordida, repudiada, expulsada, desgarrada, despojada y odiada, ni tampoco destructivamente amada; de hecho, una madre ideal para conservar a través de la idealización.

Siguió luego un largo período del que no conocemos los detalles, excepto que en la nursery la niña siguió siendo difícil, esto es, conservó parte de la primera experiencia buena. No cayó en un estado de sometimiento, lo cual hubiera significado renunciar a toda esperanza. Cuando la madre adoptiva apareció ya habían sucedido muchas cosas. Como es natural, a medida que su nueva

madre comenzó a cobrar importancia para ella, Esther empezó a descargar en ella todo lo que su verdadera madre no le dio oportunidad de hacer: morder, repudiar, expulsar, desgarrar, despojar y odiar. No cabe duda de que en ese momento la madre adoptiva necesitaba, casi imperiosamente, que se le explicara a qué se exponía, qué debía esperar y cómo podía prepararse para enfrentarlo. Tal vez se hizo algún intento por explicarle lo que estaba sucediendo, pero carecemos de información al respecto. Recibió a una niña que había perdido a una madre ideal, y que desde los cinco meses hasta los dos años y medio tuvo una experiencia muy caótica; asimismo, recibió a una niña con la que no tenía ese vínculo fundamental que se establece a través del temprano cuidado infantil. De hecho nunca logró establecer una buena relación con Esther, a pesar de que no tuvo problemas con el varón; y cuando más tarde adoptó otra niña, no cesaba de repetirle a Esther: "Ésta es la niña que siempre quise tener".

La madre buena o idealizada en la vida de Esther fue su padre adoptivo, situación que persistió hasta que la familia se separó. Quizás fuera precisamente esta la causa de esa separación: el hecho de que el padre se sintiera cada vez más obligado a proporcionar a la niña la actitud materna que aquélla necesitaba, y que la madre adoptiva se viera cada vez más obligada a asumir el papel de perseguidor en la vida de la niña. Este problema desbordó la existencia de la madre adoptiva, que era en general satisfactoria, y que se llevaba bien con sus otros dos hijos adoptivos.

Evidentemente, Esther heredó de su madre el placer que encontraba en las palabras y también su inteligencia, y creo que nadie diría que se trata de una psicópata. No obstante, padece una privación y uno de sus problemas es su tendencia compulsiva a robar. También tiene problemas escolares. Vive con su madre adoptiva, que se ha vuelto muy posesiva con respecto a ella y le impide ver al padre. Además, este último ha desarrollado un serio trastorno mental caracterizado por delirios paranoides.

Los padres adoptivos sabían que la madre de Esther era psicótica, es decir, que era una enferma mental, pero no conocían los detalles porque en esa época el asistente social psiquiátrico advirtió que ellos temían que Esther heredara la locura de su madre. Resulta interesante observar que la preocupación relativa a la posible herencia de insania en tales casos parece superponerse al problema mucho más serio del efecto que ejerce sobre el niño el período que pasa en una nursery residencial antes de ser adoptado. Durante este período, y desde el punto de vista de la niña, en el caso de Esther se cometieron serios errores, y ella encontró un embrollo, donde debió haber existido algo muy simple y directo, y sin duda muy personal.

La enfermedad psicótica

La psicosis de los padres no ocasiona psicosis infantil; la etiología no es un problema tan simple. La psicosis no se transmite directamente como el cabello oscuro o la hemofilia, ni tampoco a través de la leche con que la madre amamanta a su hijo. Para los psiquiatras que no se interesan tanto en las personas como en las enfermedades -enfermedades mentales, como dirían ellos- la vida es relativamente fácil, pero para quienes tendemos a considerar a los enfermos mentales no tanto como un conjunto de enfermedades, o casos, sino como seres humanos que integran la lista de bajas en la lucha del hombre para poder desarrollarse, adaptarse y vivir, la tarea resulta infinitamente más compleja. Cuando vemos a un paciente psicótico, pensamos "éste, si no fuera por la gracia de Dios, bien podría ser yo". Conocemos el trastorno, del cual sólo vemos en el paciente un ejemplo exagerado.

Quizás algún tipo de clasificación ayude a distinguir los diversos tipos de enfermedad. En primer lugar, podemos dividir a los progenitores psicóticos en padres y madres, pues hay ciertos efectos que sólo tienen que ver con la relación madre-hijo, dado que ésta se inicia tan temprano, o bien, si se refieren al padre, lo hacen en tanto aquél actúa como sustituto materno. Cabe señalar aquí que un padre puede desempeñar un papel mucho más importante, a través del cual humaniza algo en la madre y anula en ella un elemento que, de otro modo, se vuelve mágico y potente y menoscaba la actitud maternal de la madre. Los padres tienen sus propias enfermedades, cuyo efecto sobre los hijos es posible estudiar, pero que no afectan a los niños en la más temprana infancia. Además, es necesario que el niño sea antes lo bastante grande como para reconocer al padre como un hombre.

Luego dividiría a la psicosis desde un punto de vista clínico en psicosis maníaco-depresivas, y los trastornos esquizoides en cuyo extremo está la esquizofrenia propiamente dicha. Junto con estos últimos, se da un grado variable de delirio de persecución, sea el que alterna con la hipocondría o el que aparece como una hipersensibilidad paranoide general.

Consideremos ahora la esquizofrenia, la más grave de todas estas enfermedades, y avancemos hacia la salud clínica (dejando de lado la psiconeurosis, que no nos interesa aquí).

Si consideramos las características de las personas esquizoides, encontramos una delimitación muy imprecisa entre la realidad interna y la externa, entre lo que se concibe subjetivamente y lo que se percibe objetivamente. Si observamos un poco mejor, encontramos en el paciente sentimientos de irrealidad y, asimismo, que las personas esquizoides tienen una mayor facilidad para fusionarse con objetos e individuos que las personas normales y experimentan mayor dificultad para vivirse como entidades

separadas. Notamos también una relativa imposibilidad para establecerse sobre la base de un yo corporal: la psiquis no está claramente vinculada con la anatomía y el funcionamiento del cuerpo. Existe una mala relación operativa entre la psiquis y el soma y quizás los límites de la primera no correspondan exactamente a los del cuerpo. Por otro lado, puede suceder que los procesos intelectuales pueden ser los más afectados. Los individuos esquizoides no entablan relaciones fácilmente ni las mantienen, una vez establecidas, con objetos que son exteriores a ellos, o reales en el sentido corriente del término. Se relacionan en sus propios términos y no en función de los impulsos de los demás.

Los padres que poseen estas características fracasan en múltiples y sutiles maneras en el manejo de sus hijos, excepto en la medida en que, conscientes de sus propias deficiencias, los dejan en manos de otras personas.

La necesidad de apartar al niño de un progenitor enfermo

Quisiera aclarar otra cuestión: en mi experiencia he reconocido siempre la existencia de cierto tipo de caso en el que resulta esencial apartar a un niño de uno de sus progenitores, sobre todo cuando este último es psicótico o seriamente neurótico. Podría ofrecer muchos ejemplos, de los cuales elegiré sólo uno, el caso de una niña que padecía severa anorexia:

Esta niña tenía ocho años cuando la aparté de su madre, y en cuanto se hubo alejado comenzó a tener un comportamiento totalmente normal. La madre se encontraba en un estado de depresión, que en ese momento constituía una reacción frente a la ausencia de su esposo, que se encontraba en el frente durante la guerra. Cada vez que la madre se deprimía, la niña tenía anorexia. Más tarde, la madre tuvo un varón, quien a su vez presentó el

mismo síntoma como defensa contra la anormal necesidad de la madre de demostrar sus méritos atiborrando a los niños de comida. Esta vez fue la hija quien solicitó tratamiento para su hermano. No pude conseguir que éste se alejara de la madre ni siquiera durante un breve período, y hasta el momento no ha podido independizarse del todo de su madre.

A menudo debemos aceptar el hecho de que un niño queda irremediablemente atrapado en la enfermedad de un progenitor sin que pueda hacerse nada al respecto. Debemos reconocer que ello es así, a fin de conservar nuestra propia salud mental.

De muy diversas maneras, estas características psicóticas de los padres, sobre todo cuando se trata de la madre, afectan el desarrollo del niño. Con todo, es necesario recordar que la enfermedad del niño es exclusivamente del niño, aunque en la etiología del caso, las fallas ambientales resulten decisivas. A veces un niño encuentra la manera de crecer a pesar de los factores ambientales, o bien enferma a pesar de que se le proporcionan excelentes cuidados. Cuando tomamos las medidas necesarias para que un niño se aleje de un progenitor psicótico, confiamos en poder trabajar con él, pero nos encontramos con que el niño rara vez se comporta en forma normal cuando se lo aparta del progenitor enfermo, como ocurrió en el caso ya citado.

La madre "caótica"

La vida de los niños se ve seriamente perturbada cuando la madre se encuentra en lo que se llama un estado caótico, de hecho, un estado de caos organizado. Se trata aquí de una defensa: se establece un estado caótico y se lo mantiene firmemente, sin duda para ocultar una desintegración subyacente más grave que constituye una amenaza constante. La convivencia con madres que

padecen este tipo de enfermedad resulta casi intolerable, como lo demuestra el siguiente ejemplo:

Una paciente que completó su análisis conmigo tenía una madre de este tipo, y quizás se trate de la clase más difícil de madre enferma que sea posible encontrar. El hogar parecía bueno, el padre era benévolo y firme y los hijos eran numerosos. Todos ellos se vieron afectados, de una manera u otra, por el trastorno mental de la madre, muy similar al de su propia madre.

Este caos organizado obligaba constantemente a la madre a fragmentarlo todo y a introducir una serie infinita de distracciones en la vida de los hijos. De innumerables maneras, y sobre todo a partir de que mi paciente, cuando era niña, aprendió a hablar, la madre no había hecho otra cosa que confundirla. No siempre actuaba de esta manera; a veces era una madre excelente pero siempre confundía todo con distracciones y con acciones inesperadas y por lo tanto traumáticas. Cuando hablaba con la hija utilizaba retruécanos y juegos de palabras, ciencia ficción y hechos reales presentados como fantasías. Los estragos que causó fueron casi ilimitados. Todos sus hijos tuvieron serios problemas y el padre nada pudo hacer al respecto, y su única alternativa fue enfrascarse totalmente en su trabajo.

Progenitores depresivos

La depresión puede constituir una enfermedad crónica, que empobrece a un progenitor en cuanto a su provisión de afecto, o bien presentarse como una enfermedad grave con fases alternativas y una retracción más o menos repentina del rapport. La depresión a que me refiero aquí no es tanto de tipo esquizoide como reactivo. Cuando un niño está en la etapa en que necesita que la madre se ocupe de él, puede resultarle seriamente

perturbador el hecho de comprobar de pronto que la madre se ocupa de alguna otra cosa, de algo que simplemente pertenece a la vida de aquélla. Un niño se siente infinitamente abandonado en esa situación. El siguiente caso muestra la influencia de este factor en una etapa algo más tardía, pues se trata de un niño de dos años.

Tony tenía una obsesión por los piolines cuando lo trajeron para que lo examinara a los siete años de edad. Estaba a punto de convertirse en un perverso con peligrosas habilidades, y ya había jugado a que estrangulaba a la hermana. La obsesión desapareció cuando la madre, siguiendo mi consejo, habló con él sobre su temor a perderla. Dicho temor obedecía a varias separaciones tempranas, la peor de las cuales, y también la que mayor repercusión tuvo, fue la depresión sufrida por la madre cuando el niño tenía dos años.

Una fase aguda de la enfermedad depresiva de la madre la apartó totalmente del niño, y toda reaparición de la depresión en los años posteriores renovaba la obsesión de Tony con respecto a los piolines. Para él, un piolín constituye el último recurso, la posibilidad de unir cosas que parecen estar separadas.

Así, la fase melancólica en la depresión crónica de una madre excelente en un buen hogar, fue la causa de la privación que, a su vez, provocaba el síntoma manifiesto en el caso de Tony.

En otros casos, la fuente de dificultad para los hijos son las oscilaciones maníaco-depresivas en el estado de ánimo de los progenitores. Resulta sorprendente comprobar que hasta los niños muy pequeños aprenden a percibir el estado de ánimo de los padres. Lo hacen al despuntar de cada día y a veces aprenden a vigilar con un ojo a la madre y con el otro al padre durante casi todo el tiempo. Supongo que, cuando son más grandes, contemplan el cielo o escuchan el boletín meteorológico de la BBC.

Citaré como ejemplo a un niño de cuatro años, muy sensible y temperamentamente muy parecido a su padre. Estaba en mi consultorio, jugando en el suelo con un tren, mientras la madre y yo hablábamos sobre él. De pronto dijo, sin levantar la vista: "Doctor Winnicott, ¿está cansado?". Le pregunté por qué pensaba eso y me respondió: "por su cara". Evidentemente, me había mirado bien al entrar a la habitación. Lo cierto es que me sentía muy cansado pero confiaba en haberlo ocultado. La madre dijo que el niño siempre sabía cómo se sentía la gente, porque el padre, un buen clínico y excelente padre, no siempre se sentía con ánimos como para jugar con el niño y éste debía sondear primero cuál era el estado de ánimo de su progenitor, que se sentía a menudo cansado y deprimido.

Por lo tanto, los niños pueden prepararse para soportar los cambios en el estado de ánimo de sus padres si los observan atentamente, pero lo que les resulta traumático es la imposibilidad de predecir cuál será la reacción de aquellos. Una vez que los niños han pasado por las primeras etapas de máxima dependencia, creo pueden hacer frente a casi cualquier factor adverso que permanezca constante o que sea posible prever. Naturalmente, los niños de gran inteligencia tienen una gran ventaja en lo que se refiere a la predicción, pero a veces comprobamos que la capacidad intelectual de los niños muy inteligentes ha sido sometida a un esfuerzo desmedido, que la inteligencia se ha prostituido en aras de la tarea de predecir estados de ánimo y tendencias muy complejas en los padres.

Los padres enfermos como terapeutas

La existencia de una seria enfermedad mental no impide que madres o padres soliciten ayuda para sus hijos en el momento adecuado.

Percival, por ejemplo, acudió a mi consultorio debido a un agudo episodio psicótico cuando tenía once años. Su padre había tenido esquizofrenia a los veinte y fue precisamente el psiquiatra de aquél quien me envió al niño. El padre tenía en ese momento más de cincuenta años y había llegado a manejar bastante bien su enfermedad mental crónica. Se mostró tremendamente comprensivo con su hijo cuando éste enfermó. La madre de Percival es también una personalidad esquizoide, con un sentido de la realidad muy limitado, a pesar de lo cual pudo cuidar de su hijo durante la primera fase de su enfermedad hasta que el niño estuvo en condiciones de recibir tratamiento fuera del hogar. Percival necesitó tres años para recuperarse de su enfermedad, que estaba muy vinculada a la de sus padres.

He presentado este caso porque pude utilizar a ambos progenitores, a pesar de su enfermedad, o quizás gracias a ella, para que ayudaran a Percival a atravesar la primera fase crítica de su enfermedad. La madre se convirtió en una excelente enfermera y permitió que la personalidad de Percival se fundiera con la propia en la forma en que el niño lo necesitaba. Yo sabía que no podría tolerar esta situación durante demasiado tiempo y, al cabo de seis meses, cuando recibí el pedido de ayuda que ya esperaba, alejé a Percival del hogar sin demora, pero para ese entonces, la principal parte de la tarea ya había sido cumplida.

La experiencia del padre con su propia esquizofrenia le permitió tolerar la locura extrema en el niño, y la enfermedad de la madre la hizo participar en la enfermedad de su hijo hasta que ella misma comenzó a necesitar también un período de cuidado psicológico. Desde luego, a medida que el niño mejoró, una de las cosas que tuvo que aprender fue que sus padres también eran enfermos, cosa que logró hacer sin mayores dificultades. Ahora, ya entrado en la pubertad, y gracias en gran medida a sus padres muy enfermos, es un niño sano.

Veamos aquí otro caso, muy distinto, tomado de mi consultorio hospitalario.

En este caso, el padre padece de cáncer, no de un trastorno psiquiátrico. Milagrosamente, los médicos lo han mantenido vivo durante diez años a pesar de la gravedad de su dolencia. El resultado es que su esposa, madre de muchos niños, no ha tenido un solo día de descanso desde hace quince años, y ha renunciado por completo a toda esperanza. Simplemente vegeta, totalmente dedicada al cuidado de su esposo, que no puede abandonar la cama, y al manejo de la casa, que es oscura, abarrotada y deprimente. Se siente tremendamente culpable cada vez que algo sale malo que otro de sus hijos abandona el hogar. Uno de ellos se hizo alcohólico en la adolescencia, pero los otros hijos se han manejado bastante bien. La única fuente de felicidad en la vida de la madre es su trabajo, que cumple de seis a ocho de la mañana. Utiliza la excusa de que necesita dinero, pero en realidad lo que busca es cambiar de ambiente, ya que ese trabajo constituye su única recreación. Creo que el cáncer del padre es en realidad un factor que desorganiza la vida de toda la familia. No es posible hacer nada porque el cáncer se yergue allí, soberano, en la cabecera del lecho del padre, sonriente y omnipotente.

Se trata sin duda de una situación terrible, pero creo que las cosas son aún peores cuando uno de los progenitores, aunque físicamente sano, padece un trastorno psiquiátrico de índole psicótica.

Las etapas del desarrollo y la psicosis de los

padres

En la teoría subyacente a estas consideraciones, siempre se tiene presente la etapa del desarrollo del niño en el momento en que aparece un factor traumático. El niño puede ser totalmente dependiente, estar fusionado con la madre, o bien ser moderadamente dependiente y avanzar en forma gradual hacia la independencia, o también puede ocurrir que ya haya alcanzado cierto grado de independencia. En relación con estas etapas, podemos considerar el efecto de los padres psicóticos y graduar la enfermedad de los padres de la siguiente manera aproximada:

- a) Padres muy enfermos. En este caso otras personas se hacen cargo de los niños.
- b) Padres menos enfermos. En algunos períodos otras personas se hacen cargo de los niños.
- c) Progenitores bastante sanos como para proteger a sus hijos de su propia enfermedad y solicitar ayuda.
- d) Padres cuya enfermedad incluye al niño, de modo que nada puede hacerse por este último sin violar los derechos que un progenitor tiene sobre su propio hijo.

Por mi parte, nunca sugiero que las autoridades intervengan para apartar a los hijos de los padres, salvo que una actitud cruel o de tremendo descuido despierte la conciencia moral de la sociedad. No obstante, sé que en muchos casos se ha tomado la decisión de separar a los niños de padres psicóticos. Cada caso requiere un cuidadoso examen o, en otras palabras, un trabajo de caso (casework) sumamente hábil.

Notas:

(1) M. A. Sechehaye, *Symbolic Realization*, Nueva York, International Universities Press, 1951

(2) M. P. Middlemore, *The Nursing Couple*, Londres, Hamish Hamilton, 191.

(3) Los puntos suspensivos reemplazan la firma, "Dios", que figura en el terceto reproducido. El contexto exige esa omisión, ya que aquí en cualquier ser humano el que confiere existencia a los objetos al alucinarlos. Obviamente los tercetos, relacionados con la controversia sobre la filosofía de Berkeley, son bien conocidos por el público de habla inglesa, para lo cual esta aclaración resultaría superflua.

(4) Véase D. W. Winnicott, "String", en *The Maturation Processes and the Facilitating Environment* (Londres: Hogarth Press, 1965).

Biblioteca D. Winnicott

Dorothy Burlingham. Reseña de "A study of three pairs of identical twins" (1953) ⁽¹⁾

Londres, Imago, 1953. La reseña de Winnicott apareció en New Era in Home and School, marzo de 1953.

A quienes piensen intentar, la próxima vez, nacer con un hermano mellizo, les aconsejo que se elijan padres que vivan cerca de una biblioteca. Pocos padres estarán en condiciones de adquirir el libro de la Sra. Burlingham, en el que sin embargo podrían seguir la suerte corrida por tres parejas de gemelos univitelinos, cuyo desarrollo está detalladamente expuesto, con fidelidad y claridad, en diagramas. Imprimir estos diagramas es caro, pero en este caso eran indispensables, y debe felicitarse a la casa editora, Imago Publishing Co., por la hermosa y valiosa obra que ha producido.

El estudio constituye un registro del trabajo realizado, y los comentarios (que sólo abarcan la mitad del libro) están destinados, presumiblemente a quienes trabajan en este campo, pues algunos términos utilizados por la Sra. Burlingham en sus conclusiones personales, al final de los capítulos, sólo pueden ser correctamente comprendidos por los que conocen su uso psicoanalítico actual. Volveré más adelante sobre este punto, cuando formule algunas críticas.

La Sra. Burlingham es conocida desde hace tiempo por su particular interés por los mellizos, no sólo en los tres grupos de univitelinos sobre los que aquí se informa. Esperamos ansiosamente otro libro similar sobre gemelos que no sean univitelinos. En este volumen, gracias a una cuidadosa planificación, se despliegan para nuestro provecho gran cantidad de datos recogidos en la época en que las incursiones aéreas estaban en su apogeo, en gran medida por personas cuya relación con su hogar y su país se había visto tan brutalmente trastornada, que podría justificárseles su parálisis. Esto no se menciona en el libro, salvo en las inevitables referencias a los bombardeos, los refugios antiaéreos y las separaciones propias de la guerra.

Con ayuda de la impresión a tres colores, los pormenores de la vida diaria de los niños se presentan de modo tal que es posible seguir sin dificultades el desarrollo de cada uno, o de cada pareja, y muy pronto uno llega a conocer muy bien a estos niños. Tal vez lo mejor para el lector sea empezar por los diagramas del grupo de mellizos que se presenta en último término, pues éstos tenían ya 3 años y 7 meses cuando comenzó su observación y uno se encuentra de entrada en terreno conocido, asistiendo a la evolución de las relaciones interpersonales positivas y negativas, de la vida instintiva, y de la organización defensiva contra la angustia y el conflicto interno intolerable.

Demos un ejemplo: basándose en los diagramas resulta fácil, reparando en los colores y columnas apropiados, enterarse de que Mary asumió un rol masculino a los 3 años y 11 meses. A los 4 años dijo: "Yo soy papito". Más o menos por esa misma época, al encontrarse con su papito vaciló, en tanto que (su hermana melliza)

Madge corrió hacia él y lo besó. Esta situación se vinculó con el rol sometido que tenía entonces Madge. No obstante, cuando Madge se enfermó y debió apartársela, los roles se invirtieron hasta cierto punto. Fue entonces Madge la que dijo: "A papito no lo tienen que matar". Este es sólo un ejemplo de los muchos tipos de temas que puede estudiar, tomando como base los diagramas, alguien que tenga limitadas oportunidades para el estudio de mellizos en su desarrollo efectivo y en un ambiente controlado, aunque humano. Muchas de las observaciones vinculadas con estos niños nos recuerdan las de Susan Isaacs, Piaget, Gesell; son interesantes, aunque hoy en día han sido suplantadas por las observaciones directas que efectúan los estudiantes en sus trabajos prácticos. Un ejemplo, sobre la concepción que tiene el niño acerca del tiempo: Madge pregunta (a los 5 años y 2 meses): "¿Hoy será el ayer de mañana?". Estas y otras observaciones semejantes tienen mayor valor aún porque se las relaciona con el clima emocional y el medio ambiental (en este caso, la ausencia de su hermana melliza Mary a raíz de una enfermedad).

Las otras dos parejas de mellizos fueron llevadas a las Guarderías Hampstead cuando tenían 4 meses. Tanto Bill y Bert, como Bessie y Jessie habían sido evacuados junto con sus respectivas madres poco después de nacer. Ninguna de estas parejas de niños tenía padre. Las correspondientes observaciones, que se remontan a sus primeros meses, suministran datos que sólo podrían mejorarse mediante estudios psicoanalíticos complementarios para el desarrollo de la teoría del crecimiento emocional de los seres humanos.

El primer interrogante que puede formularse es éste: ¿En qué momento los mellizos se percataron del otros Bill y Bert comenzaron a advertir la existencia respectiva del otro a los 7 meses, y Jessie y Bessie a los 8. En ambos casos, transcurrió un tiempo entre el primer reconocimiento y el reconocimiento mutuo. La primera reacción ante la madre fue muy anterior, pero es difícil discriminarla de la reacción general de los bebés al ser manipulados por las enfermeras, que también les eran conocidas. Con esta importante salvedad, podría decirse que ambos bebés (Bill y Bert) tomaron nota de la visita de la madre a partir de los 4 meses, que es el momento en que se iniciaron las observaciones. En el caso de Jessie y Bessie, la respuesta ante la madre comenzó varios meses antes de que reaccionaran una frente a la otra. A los 4 meses Jessie le sonrió a su madre, y a los 7 meses tanto ella como Bessie tenían contacto con la madre -con lo cual se quiere significar, entiendo, que habían establecido una relación humana con ésta-.

Estos detalles ponen en evidencia que la respuesta mutua observable entre los mellizos de estas dos parejas fue tardía, y tienen un interés que trasciende totalmente el estudio de mellizos. Resulta claro que los observadores no perseguían motivos personales, y sólo tomaban notas diarias de lo que veían y oían.

Doy esta muestra para tratar de estimular al lector, de modo que su lectura del libro y el uso que le dé sean adecuados.

La Sra. Burlingham nos va mostrando gradualmente que entre los mellizos no sólo hay una semejanza innata. Pronto cada uno de ellos empezó a copiar al otro, por muy variadas razones; por ejemplo: para obtener placer y para brindárselo a su madre; para distraer al otro; por la dependencia que uno tenía respecto del otro; por la identificación, en cuyo caso uno de ellos incorporaba al otro y lo imitaba compulsivamente; para alcanzar un equilibrio entre tenerlo todo o renunciar a todo, a través de la ecuanimidad y la demanda de un tratamiento ecuanime; etcétera.

La relación entre mellizos ofrece una singular oportunidad para el trabajo en equipo, y la Sra. Burlingham comenta que un estudio de dicha relación podría echar luz sobre los orígenes de las pandillas, por ejemplo, las de delincuentes.

A los 2 años y 5 meses, Jessiey Bessie debieron ser separadas por una enfermedad. Al pedírsele a Bessie que permaneciera en la cama, dijo: "Yo no Bessie, yo Jessie", y en cambio acató la orden como de costumbre cuando se la llamó Jessie. La Sra. Burlingham apunta que esto, así como el resto del material, ilustra la identificación con el objeto de amor perdido. Mi comentario al respecto es que en el caso de los mellizos se ve facilitado el aspecto mágico de la identificación, lo cual implica que se sortea el aspecto imaginativo, de modo tal que la reacción es menos depresiva y depende más de una incorporación (imaginativa) que de una

introyección (mágica). Consecuencia de la primera es la angustia debida a los elementos destructivos presentes en la idea de incorporación, en tanto que la consecuencia de la otra es la simple posesión del objeto de amor inalterado.

A manera de crítica, diré que algunas de las conclusiones de la Sra. Burlingham se ven entorpecidas por el uso de términos que tienen un público limitado. Por ejemplo: "Sobre la base del principio de placer, todos los bebés responden a cualquier cosa que les brinde sensaciones de placer..." (pág. 16). La expresión "principio de placer" pertenece a una construcción teórica de Freud, y quienes estén familiarizados con la evolución de la teoría psicoanalítica entenderán lo que quiere decir; pero en sí no agrega nada, y vuelve posible que sea mal interpretado el significado que la Sra. Burlingham desea transmitir, sobre todo porque el párrafo termina con la frase "el deseo de brindar placer á deux", donde la palabra placer se utiliza en la forma corriente y no como tecnicismo dotado de una connotación específica. Este término técnico pertenece a un período de la teorización en que el elemento de búsqueda de objeto en las primeras experiencias eróticas era soslayado en los escritos psicoanalíticos, aunque no (a mi entender) en la práctica.

Podría traer a colación otras críticas de esta índole, pero queda en pie que el libro tiene auténtico valor y puede ser usado como fuente por el estudioso y como ejemplo por quienes tengan que presentar observaciones pormenorizadas.

La Sra. Burlingham trata con el debido respeto la idea de ser mellizo y el contraste que hay entre serlo e imaginarlo. Creo que algo más puede añadirse sobre la situación afectiva de un mellizo. Por ejemplo, para la época en que los mellizos comienzan a mostrar que reparan uno en el otro, ya han tenido bastante espacio para un desarrollo emocional, bueno o insatisfactorio. La Sra. Burlingham expone la teoría de la relación entre mellizos en función de la relación interpersonal y, en rigor, como algo que se ve profundamente afectado por los aspectos satisfactorios o frustrantes de la situación triangular ordinaria (padres e hijo), o sea, por el complejo de Edipo. Pero los mellizos son mellizos antes de llegar a ser seres humanos totales relacionados con seres humanos totales. En este libro hay abundante material para estudiar estas cuestiones, correspondientes a una etapa muy temprana.

Lo correcto es empezar a estudiar a los mellizos cauro personas que se han desarrollado a lo largo de esas primeras etapas (en las que la falla marca una predisposición para la locura) hasta la del complejo de Edipo (en la que la falla significa neurosis).

Me parece, sin embargo, que en este libro no se subrayan lo suficiente las tareas tempranas del bebé, que probablemente sean relevantes. Y por "tareas tempranas" me refiero a las siguientes: el desarrollo de un sentido del self como unidad, la integración de la personalidad; el desarrollo de un sentido de existir en el cuerpo, de ocuparlo totalmente, ni más, ni menos; asimismo, la gradual aceptación de la naturaleza ilusoria de todo contacto emocional entre las personas, de lo que se infiere que la percepción objetiva es sólo una expresión relativa, referida a algo que pierde significado tan pronto deja de concordar con el correspondiente proceso de apercepción subjetiva, o de creatividad.

Sé que esta manera mía de decirlo es personal, pero quizás con ella pueda transmitir que de los mellizos pueden aprenderse cosas importantes, capaces de ayudarnos en el estudio de las raíces de la cordura y la locura. Es probable que también en este caso sea el psicoanálisis, más que la observación directa, el que pueda darnos lo que necesitamos. Tuve en análisis prolongado a dos pacientes mellizos, y en ambos casos se solicitó mi ayuda por una perturbación previa a la etapa del complejo de Edipo.

La Sra. Burlingham fácilmente concordará conmigo si destaco el valor del estudio psicoanalítico para acompañar y elucidar la observación directa. Sé que ella cuenta con una amplia experiencia con mellizos a la que no se hace referencia en este libro.

Esto que he escrito -arriesgando opiniones a partir de la plataforma que me ofreció su libro- no modifica en absoluto mi opinión sobre la obra, que es ésta: no tiene mellizo.

Notas:

(1) "Un estudio de tres parejas de gemelos idénticos".

Biblioteca D. Winnicott

Dos niños adoptados (1953)

Muchos de mis lectores ya estarán familiarizados con los problemas prácticos que plantea la adopción, mucho más de lo que yo podré llegar a estarlo alguna vez. Por otro lado, la índole de mi trabajo, que abarca ya dos décadas de práctica psicoanalítica y pediátrica, me ha dado una comprensión teórica particular. No intentaré trazar un amplio panorama del tema del desarrollo emocional, que comprende cosas tales como la búsqueda del self propio, la maduración gradual de cada individuo y los cambios en la gravitación de los factores externos que llevan a la socialización, ni ocuparme de la vasta área de la naturaleza humana. Tampoco es mi propósito entrar en detalles teóricos.

A veces resulta difícil, quizá por motivos legales, hacer el seguimiento de los casos de adopción, pero en este aspecto mi condición de médico particular, así como perteneciente a lo que solía llamarse un "hospital de voluntarios", me dio la oportunidad de ser consultado durante un largo período por padres que habían adoptado niños. Intentaré apoyarme en esta clase de experiencia y apenas haré otra cosa que presentar los casos de dos niños, Peter y Margaret, adoptados por la misma familia. :dio obstante, quiero destacar que la teoría siempre estuvo en el trasfondo, permitiéndome evaluar lo que yo o los padres hicimos de forma intuitiva y para mantener el sentido de las proporciones, además de habilitarme a aplicar esa maravillosa herramienta terapéutica a la que se refiere el lema "El tiempo todo lo cura". Debo mencionar que ambos padres adoptivos habían estudiado psicología y habían tenido análisis personales.

Antes de empezar a relatar la historia humana, quisiera darles algunos indicadores; al final haré un breve resumen teórico.

En primer lugar, si la adopción marcha bien, la historia humana que se desarrolla es común, y si queremos entender los problemas especiales de la adopción tenemos que estar primero familiarizados con los trastornos y los retrocesos de las historias humanas comunes en su infinita variación.

El segundo indicador es que, por más que una adopción tenga éxito, siempre habrá (y creo que siempre debe haber) algo distinto de lo habitual tanto para los padres como para el niño. Por ejemplo, para el hijo hay una modificación de su sentido de obligación que le puede provocar dificultades en un momento posterior. Los niños no tienen que agradecerles a sus padres biológicos por haberlos concebido, aunque de hecho pueden echarles la culpa de ello. Pueden presumir que sus padres experimentaron algo muy valioso para ellos en todo el lapso que llevó al momento de concebirlos. Con los niños adoptados no ocurre lo mismo. Pueden expresarlo de muy distintas maneras, pero lo cierto es que los padres biológicos que los concibieron son para ellos desconocidos e inaccesibles, y con sus padres adoptivos la relación real no puede llegar a los niveles más primitivos de su capacidad de relacionarse. En algunos casos, cuando hay problemas, este rasgo se torna tan importante que una vez que los hijos adoptivos llegan a la adultez se empeñan en indagar el tema de su origen,

y no se satisfacen hasta haber encontrado a uno de sus padres reales, o a ambos.

Esto no se da en el caso de los dos niños a quienes voy a describir, aunque sólo pueda mencionar los fenómenos de superficie. Ambos son ahora adultos y les va bien, pero si contáramos con un conocimiento íntimo de uno u otro, es probable que descubriésemos que quedaron problemas sin resolver. En este sentido, es de interés el siguiente fragmento de una carta dirigida a la madre adoptiva por una de las más íntimas amigas de Margaret:

"No recuerdo una sola situación en la que Margaret se refiriera con tristeza, o amargura, o confusión, al hecho de haber sido adoptada. [...] No creo que a Margaret la haya 'preocupado' ser adoptada, como tal, pero en los últimos seis años, más o menos, hay algunas cosas que la preocuparon y otras que la hicieron desdichada, como sucede con todas las adolescentes, y tal vez el hecho de haber sido adoptada la volvió más sensible. [...] Ella les pertenece a Frank y a usted de forma tan irrevocable que, creo, no tiene ninguna curiosidad acerca del aspecto de la adopción. De todas las personas adoptadas que conozco, me parece que Margaret es la que da la más fuerte impresión de no serlo, o sea de no ser consciente de serlo. Sé que ambas nos convertimos por momentos en seres exasperantes (... Jambas nos pasamos cavilando sobre las inequidades cometidas por nuestros padres, pero en lo fundamental no nos preocupan."

El tercer claro indicador es que mucho depende de la historia del bebé previa a la adopción. Esto me impacta tanto que soy sumamente crítico de las leyes y de las costumbres en materia de adopción que impliquen demoras; además, pienso que si hubo embrollo en los primeros días y semanas de la infancia, el bebé debe ser forzosamente una carga y los padres adoptivos tienen que estar bien al tanto. Esto explica que las adopciones dispuestas con poca habilidad (por los médicos, verbigracia) suelen tener poco éxito. Yo mismo me he entretenido en esto. Lo cierto es que si bien los padres aceptan naturalmente los resultados de sus propias fallas en el manejo temprano de sus hijos (y a menudo deben producirse fallas relativas), ¿aceptarán tan fácilmente las fallas que no son de ellos, y tolerarán la carga correspondiente a una falla ambiental previa a la adopción, de la cual no pueden hacerse responsables?

En el caso de los dos niños que voy a describir, verán que el primero, Peter, tuvo un buen comienzo, y la mayoría de las dificultades que se atravesaron en su manejo fueron problemas humanos corrientes. La segunda criatura, Margaret, tuvo un mal comienzo, y las dificultades que se atravesaron se asemejaron mucho más al tipo de las que pueden predecirse en el momento de la adopción.

Por eso es que divido los problemas de la adopción en dos amplias categorías: en una están los problemas correspondientes simplemente al hecho de la adopción, que pueden estar presentes aunque no originen angustia; en la otra, las complicaciones resultantes del manejo deficiente del bebé antes de la adopción. De la primera podemos hablar en términos generales, y sus principios se aplican a todos los casos; en la segunda hay evidentemente una gran variación según los casos. Mediante el estudio de la historia temprana, si la conocemos, podemos predecirles a los padres sustitutos qué grado de dificultades habrán de encontrar y de qué índole serán los problemas del manejo de la criatura. Si al disponer una adopción conocemos la historia inicial del niño y el grado de embrollo ambiental que debió de complicar las primeras etapas de su desarrollo emocional, estamos en condiciones de ver con antelación hasta qué punto se demandará de los padres adoptivos que le ofrezcan al niño un tratamiento terapéutico, más que los cuidados comunes. Estos problemas se conectan mucho con la psicología del niño privado, y si la historia temprana no fue suficientemente buena respecto de la simplicidad ambiental, la madre sustituta no se lleva consigo un niño sino un caso, y al convertirse en madre se convierte en terapeuta de un niño privado. Puede tener éxito, si la terapia que le ofrece es exactamente la que el niño precisa, pero en todo momento lo que ella hace como madre y lo que el padre hace como padre, y lo que ambos hacen juntos, tendrá que ser hecho con mayor deliberación, con más conocimiento de lo que se está haciendo, y repetidas veces en lugar de una sola, dado que la terapia se introdujo como una complicación del buen manejo común y corriente.

Otro punto obvio es que, por el hecho de que la adopción tiene que ser tan a menudo una terapia, en el sentido a que me he referido, es aún más importante que los padres adoptivos se ocupen de su hijo hasta el fin, más

que en el caso de los padres comunes. Quiero decir que si el niño común es mucho más enriquecido por la experiencia de que en su propio hogar se ocupen de él hasta que llega al estado adulto, en el caso del niño adoptado si el hogar se quiebra por algún motivo, lo que falla no es tanto su enriquecimiento como su terapia, y el resultado probable es una enfermedad del niño, especialmente una que se organiza sobre lineamientos antisociales.

Lo fundamental que quiero decirles es recordarles (aunque no necesiten que nadie se los recuerde) que cuando plantan un niño en medio de unos padres, no se trata de ofrecerles meramente una pequeña distracción, sino que alteran toda su vida. Si todo sale bien, pasarán los próximos veinticinco años resolviendo el enigma que ustedes les han planteado. Por supuesto, si las cosas no salen bien -y a menudo tendrán que salir mal-, ustedes los habrán involucrado en la difícil tarea de la decepción y la tolerancia de la falla.

En el caso de estos dos niños, Peter y Margaret, todo salió bien en definitiva, o sea hasta la fecha.

Peter

En 1927, en los primeros tiempos de la adopción legal, una mujer acudió a la Sociedad de Adopción para elegir una criatura. Esta mujer, que de niña siempre había tenido una gran familia y había estado rodeada de cariño, era ahora maestra de profesión, culta e inteligente. A los 40 años se casó con un abogado, un hombre de excepcional capacidad, muy culto, varios años menor que ella, de contextura delgada. A los 48 años, como no había tenido hijos propios, decidió adoptar uno o dos niños.

De inmediato eligió a un varoncito notablemente sano y simpático; pero aunque este bebé era hijo ilegítimo, no estaba disponible, ya que pertenecía a una de las empleadas del hogar de adopción, que lo cuidaba y amamantaba personalmente. Decepcionada, la mujer se retiró sin ninguna criatura, pero al poco tiempo la madre del bebé que había elegido se dio cuenta de que era incapaz de ofrecerle un buen hogar, y se hicieron los arreglos para que fuese adoptado por esta pareja. Se comentaba que el niño era excepcionalmente fuerte. Su presunto padre había sido un viajante de comercio de muy buen físico. Tenía diez meses cuando lo adoptaron, se acostumbró en seguida y se desarrolló de forma muy natural, sólo que llegó a ser un niño inusualmente fuerte.

Cuando tenía algo más de dos años, su progreso se vio interrumpido por el hecho de que el padre contrajo una neumonía, y la madre cayó enferma de gripe. El médico del lugar les dijo que convenía apartar al niño por el riesgo de que se contagiase, y al principio lo enviaron con unos amigos que vivían cerca de su casa. Esto resultó satisfactorio, pero luego debieron trasladarlo a casa de una tía, donde comenzó a mostrar cansancio, así que lo enviaron a que lo atendiera una enfermera pública que conocían. El niño estaba contento con ella, pero en medio de las comidas comenzaba a llorar a mares mientras decía: "¿Dónde se fue?". (Repárese en que había desaparecido la palabra "mamá".) Cuando su madre adoptiva finalmente fue a buscarlo, él al verla no quiso ir con ella; ella lo tomó y no le exigió nada, simplemente lo dejó que apoyara la cabeza en su hombro y llorase. En la casa, el niño mostró de forma indirecta lo que le había estado pasando. Había oído a un corderito balar, y la mamá le decía: "El corderito perdió a su mamá, pero pronto la encontrará". Agregó: "Yo no lloré".

Les cuento todo esto para mostrarles cuán sano era este niño y cómo era su hogar adoptivo.

Con el tiempo, cuando Peter tuvo 8 años, lo enviaron a la escuela. Creció hasta convertirse en un joven fuerte, reservado y parco en sus muestras de cariño. Le costaba volver a su casa al final de cada período lectivo y no quería que lo visitaran en la escuela. Nunca disfrutaba de los juegos colectivos y cuando creció pasaba el tiempo en el taller mecánico y en la granja de la escuela. Los padres se preguntaron durante mucho tiempo si su inclinación por las cosas mecánicas sería más fuerte que la que tenía por los animales y todo lo que crecía. Peter no tenía amigos y le desagradaba recibir visitas los días feriados. En la escuela se consideraba que no tenía problemas. Su caligrafía era siempre desprolija, aunque los trabajos escolares que preparaba en la casa

eran pasables. El coeficiente de inteligencia obtenido en la escuela fue de 115, pero el que se obtuvo con procedimientos más cuidadosos en el Instituto Nacional de Psicología Industrial dio en reiteradas ocasiones 138. De vez en cuando, la escuela informaba que se lo veía demasiado seguro de sí mismo y que en general se combinaban en él el cuidado y la decisión de un modo muy satisfactorio; también comentaba que era equilibrado, dueño de sí mismo y que tenía sentido del humor. Mostraba un enorme interés por sus aficiones y se dedicaba a ellas con gran energía. No manifestaba interés en las chicas de E : escuela mixta.

A los 16 años vino a verme a raíz de dificultades de aprendizaje y mala caligrafía. En ese entonces era cuando más fuerza física evidenciaba, y los padres debieron aceptar que este chico, pese a ser tan inteligente, no debía dedicarse a estudios académicos. Pude comprobar que el deseo del muchacho de ser mecánico no podía trasladarse a una carrera de ingeniero, la que implicaba tareas de oficina y con tableros de dibujo. Podía caer fácilmente en el temor hacia su propia fuerza.

Cuando terminó la escuela y recibió su diploma, los padres, estimulados por mi consejo, lo dejaron ser mecánico. Entró como aprendiz en talleres del ferrocarril y al principio se aburría haciendo cosas que ya había hecho en la escuela. Me preocupé especialmente de que estuviera bajo las órdenes de alguien más fuerte que él. Gracias a una carta que escribí, el muchacho fue trasladado al taller de máquinas antes de lo que él mismo había supuesto, e hizo progresos de inmediato. En esa época vivía junto con un capataz retirado; entre ambos cocinaban y hacían las tareas hogareñas, y se tenían gran cariño. Creo que esto fue importante en esa etapa. Todos coincidíamos en que el muchacho necesitaba planear su vida, incluso en todos sus detalles, pero necesitaba el apoyo que sólo podían brindarle quienes tuvieran un conocimiento más amplio del mundo. Al poco tiempo adquirió una motocicleta y volvía a su casa los fines de semana. Más adelante volvió todas las noches; en esa época su gran hobby era el cuidado del jardín.

Después de unos años, pasó a una importante empresa de ingeniería en la región central del país, y ahí trabajó en los seminarios de investigación y conoció a la chica con la que luego habría de casarse. No contó nada de esto en la casa, pero la madre sospechó que algo estaba pasando porque venía a su casa con menos frecuencia. Un día, el muchacho, que era hombre de pocas palabras, preguntó indirectamente si podía traer a su novia al hogar. La chica había tenido una niñez desdichada al cuidado de una tía con quien no simpatizaba, así que los padres de Peter tendrían que afrontar el casamiento. No quería "ni iglesia, ni líos, quiero que sea un día común y corriente; de lo contrario me sentiré muy mal". Y así, con una ceremonia mínima, este hijo de un conocido y respetado abogado se casó en el Registro Civil sin otras personas presentes que los testigos. La nueva pareja les escribió "Gracias por el agradable fin de semana que pasamos" y una semana después se fueron de luna de miel.

Hoy viven en una casa rodante, para comprar la cual Peter les pidió dinero prestado a sus padres pero se lo devolvió escrupulosamente. Está dirigiendo la construcción de su casa propia. Tienen una beba de dos años, hacia la cual Peter muestra una actitud un poco extraña. Dice: "Seré duro con ella durante la crianza. Cuando yo era pequeño, me cuidaron demasiado". No se sabe de dónde sacó esta idea, salvo que su madre era quizá demasiado ansiosa y a veces frustrante. De niño había sido cariñoso hasta que fue a la escuela. En ese momento su madre dejó de besarle porque obviamente a él no le gustaba. Nunca les decía "gracias" y debieron soportarlo, pero ahora que está casado todo eso cambió, muestra francamente su gratitud y escribe largas cartas a sus padres.

Tenemos, pues, a un hombre sólido, de 26 años, marido y padre, ingeniero calificado, muy responsable de sus propios asuntos.

Se preguntarán cuándo se le dijo al niño que había sido adoptado. Creo que fue cuando tenía unos tres años. Había preguntado por los bebés y se le contestó; la madre le dijo: "Sabes, tú has venido del interior de otra persona, no de mí. Yo me hice cargo de ti porque tu mamá real no podía cuidarte". Pareció aceptarlo sin inconvenientes, y unos días más tarde, al ver una copia del cuadro de La Gioconda en la pared, preguntó: "¿Ésa fue la señora que me llevó adentro de ella?". (Su expresión oral siempre había sido buena.) Tras unos días,

trató intensamente de hacerle decir a su madre adoptiva que él había venido de su interior, pero aparte de esto nunca hizo referencia a su adopción. Los padres dicen estar seguros de eso.

Entre esa adopción y la siguiente, la madre hizo algunos trabajos para la Sociedad de Adopción, entrevistando a algunos padres y encargándose de la colocación de dos niños. Su opinión personal era que los padres que deseaban tener dos o más niños eran mucho más adecuados para adoptar que los que pensaban adoptar sólo uno. En ese momento, se ponía cuidado en conseguir para los padres adoptivos la clase de niño adecuada. No obstante, en el caso de Peter la discrepancia existente en cuanto a la clase social no produjo ningún desastre, dado que el niño había tenido un desarrollo emocional sano y debido a la tolerancia de los padres, que no sólo lo aceptaron a él sino también a la esposa que eligió entre las trabajadoras del taller mecánico.

Margaret

Cinco años después de adoptar a Peter, estos mismos padres adoptaron a Margaret, una beba de once meses. Peter se mostró celoso sólo superficialmente; en lo manifiesto, estaba contento. Cuando le dijeron que era una nena delicada, comentó: "Con más motivo todavía hay que cuidarla".

Margaret era muy distinta de Peter. No sé hasta qué punto se suele reconocer que ya a los once meses un niño puede estar muy perturbado, pero Margaret lo estaba en un grado moderado. Al nacer pesaba 2,200 Kg., y tal vez hubo algún intento de desembarazarse de ella con drogas. Tanto su padre legal como su presunto padre biológico eran suboficiales de la Marina. La madre no tenía dinero. La beba sufrió hambre y había tenido una neumonía. Cuando se la adoptó era delicada y tímida, muy sensible a los ruidos. No había aprendido a gatear. Necesitaba mucha atención, y en su desarrollo físico y emocional estuvo siempre uno o dos años atrasada con respecto a su edad.

Mucho es lo que hay que dar por sentado en cuanto al temprano manejo de Margaret, pero creo importante que durante los primeros años de vida cobró preponderancia el tratamiento de su "visión lenta". A los 18 meses tenía un evidente estrabismo externo y usaba anteojos. Se encontró un excelente oftalmólogo y la madre se aplicó a tratar su estrabismo como si no le importase otra cosa en el mundo. Pienso que a esto se debió probablemente que la niña pudiera luego recuperarse de lo que, de otro modo, habría sido un defecto permanente de su personalidad, basado en el descuido padecido en las primeras etapas. En lo tocante al defecto visual, la madre curó la falla de su personalidad.

Para el tratamiento del estrabismo hay, como se sabe, un aparato en el que el niño debe mirar, y ve una jaula con un ojo y un pájaro con el otro. Cuando lo intentaba con la madre a su lado, Margaret decía que el pájaro estaba en la jaula para complacerla. Hizo el mismo ejercicio en el consultorio y el oftalmólogo pudo asegurar que le estaba diciendo mentirillas. La madre sintió que en esta situación con el oftalmólogo Margaret había sabido la verdad, y se produjo un cambio significativo cuando por primera vez vio realmente al pájaro en la jaula. Curarle el problema visual era curar algo de su personalidad, y en el tratamiento previo a la cura hubo un período de mentiras, engaños y timidez. Como señaló la madre: "La niña aprendió la verdad del oftalmólogo". El hecho de ver con los dos ojos a la vez fue la primera victoria. La lucha de la madre, como terapeuta, con esta niña cobró esa forma. Así, madre e hija tuvieron una relación muy estrecha en torno de dicha tarea. El cuidado especial de su vista comenzó cuando tenía 18 meses, y en los próximos cinco a siete años Margaret debió someterse dos veces por día a un adiestramiento visual intensivo. Estos cuidados duraron hasta que la niña tuvo 13 años, cuando se la declaró curada y se le dijo que podía dejar de usar los anteojos. Al iniciar la escuela de internado estaba en mitad del tratamiento, y esto fue un motivo de trastornos e hizo que Margaret le cobrara antipatía a la supervisora del colegio, que no estaba interesada en su tratamiento.

El hogar se hallaba en la zona bombardeada, y durante la guerra hubo que trasladarla varias veces de una escuela a otra. Más adelante se la evacuó a un lugar seguro como pupila, y un día le dijo a su madre: "¿Quieres que te diga algo?, no tendrían que haber hecho eso", refiriéndose a la evacuación. Pero, desde luego, en ese

momento los padres no podían mostrarse más benévolo con ella.

A medida que crecía comenzó a presentar problemas en la casa. En una ocasión le robó treinta chelines a la madre, y se le antojaba que otros niños planeaban robarle sus cosas. Empezó a desear tener mucho dinero y aún hoy siente que fue una niña privada de riqueza. La inquietaba que sus padres fueran mayores que los de muchos de sus amigos, y los padres contribuyeron a que conservara esta idea consciente.

Yo entré en escena cuando Margaret tenía 10 años, y la vi varias veces en entrevistas personales. A la sazón tenía una conducta marcadamente paranoide, y lo que encontré fue la misma expresión, a los 10 años, de la sensibilidad al ruido y la timidez que habían sido características de esta niña cuando tenía once meses. Se ruborizaba si le parecía que la miraban; era apocada; a la hora de comer la asaltaban vagos temores; siempre tenía motivos para quejarse; en la escuela, decía que los maestros tenían mal carácter y que trabajaban demasiado; tenía miedo de ir en un ómnibus de dos pisos, etcétera. No le gustaba comer, o más bien, diría que sospechaba de las comidas. Tenía una masturbación compulsiva. En su casa mantenía tres amistades, siempre las mismas, pero en la escuela de pupilos, aunque anhelaba contar con una amiga íntima, cada vez que encontraba una le hallaba algún rasgo indeseable.

Le había contado que había sido adoptada. En la escuela pronto empezó a ocasionar trastornos, ya desde los primeros días. Sus amigas eran chicas menores que ella. En la casa, siempre tenía que tener la última palabra; fastidiaba a su madre y continuamente trataba de enfurecerla.

Pese a todo, era vivaz, dinámica y adorable, y muy cariñosa con todos. Se daba cuenta de los problemas de manejo que ocasionaba y un día lo manifestó gritando, con las manos llenas de muñecas: "¡Toda esta familia me hace doler!". Era dueña de una rica imaginación. En una entrevista conmigo dibujó rápidamente por toda la hoja varias figuras, algunas desnudas, partes de personas y objetos extraños; en un caso, trazó un agujero en el vientre de una mujer. En la escuela había tenido una racha en la que dibujó muchas chicas desnudas.

Le habían dicho que tenía un carácter inestable y débil, y una personalidad dominante y que ejercía su poder sobre otros niños a los que (según éstos se quejaban) obligaba a hacer daños contra su voluntad. Robaba o escondía comida o libros. Consideraba que las pocas reglas y normas disciplinarias existentes no se aplicaban a ella. Era una artista de la mentira. No obstante, si otros niños estaban en problemas, trataba de intervenir en su favor.

Aconsejé que pasara un tiempo en la casa a pesar de los bombardeos, y en ese lapso Margaret aprendió a tocar el violín. Se puso muy difícil con respecto a los alimentos y surgió en ella el temor de que la encerraran en algún lado. Cuando ya estuvo en condiciones de ir a la escuela de campo, durante el primer ciclo lectivo tuvo muchas dificultades. Siempre estaba a punto de escaparse, para lo cual planeaba robar treinta chelines. A esta altura, Margaret desarrolló un alto grado de dependencia respecto de una asistente social psiquiátrica del lugar, a quien llamaba con frecuencia por teléfono y por la cual fue visitada todas las tardes, a una cierta hora, durante algunas semanas. Fue éste un período crítico, pero de este modo la niña pudo ganar confianza como para seguir en la escuela, y a mitad de año la madre fue a visitarla. Poco a poco fue evidenciando sus numerosas cualidades positivas. A los 13 años, como secuela de su anterior fobia a los ómnibus, surgió en ella el deseo de ser conductora de ómnibus. Tocó el violín en un concierto y le dijeron que sabía apreciar la belleza musical. Jugaba bien al tenis. Además, para la época en que tuvo la neumonía en la escuela, el carácter paranoide de su personalidad parecía haber sido "barrido", y la madre, que siempre tenía que prometerle que iba a volver cuando Margaret se enfermaba, decidió que podía dejar que la cuidaran ahí. Margaret aceptó que lo hicieran y le devolvieran la salud. Pasó muy feliz su último año en la escuela e hizo muchos amigos. Gracias a la fuerte ayuda y conducción de los padres en el hogar logró diplomarse.

Después empezó estudios para trabajar con niños. Las primeras etapas de su carrera fueron precarias; era el tipo de persona a la que los demás le robaban e infligían todos los malos tratos y desprecio que podían. Los padres se ocupaban de todas estas situaciones de forma realista y, como es natural, comprobaron que algunas quejas estaban justificadas. Margaret estaba todo el tiempo a punto de dejar de estudiar, y los padres debieron

abordar permanentemente diferentes situaciones y tolerar su angustia. A los 19 años, la madre decía que parecía tener 17; durante su formación repitió la clase de trastornos que había tenido en la escuela. Por ejemplo, tuvo que pasar una temporada en su casa a raíz de su mala postura y sus hombros caídos, y fue extremadamente difícil de manejar en el hogar. Era perezosa, perdía el tiempo y se la veía siempre descontenta. Esto prosiguió durante casi seis meses, con continuas enfermedades. Se enfermaba cada vez que sus padres se iban afuera, pero no se los hacía saber hasta que regresaban.

En el lugar donde estudiaba era buena con los niños, pero celosa, y constituía una carga para el personal. Desarrolló una técnica gracias a la cual los padres, para aliviar una molesta tensión, con frecuencia le pagaban algo más. Siempre necesitaba lo mejor, sin importar los medios económicos de los padres, y sólo se ponía ropas perfectas. Hasta se daba cuenta de que en su casa era "un demonio". Sin embargo, con un empujón, siempre lograba pasar apenas los exámenes. Dejó de robar y de ser robada, y sus mentiras fueron sustituidas por su compulsión a buscar que se apiadasen de ella. Lo mejor que tenía era la música. Repetidas veces le dijo a su madre que era una chica vulgar, y se jactaba de cómo la habían arruinado sus amigas inteligentes. Como antes, el punto de viraje llegó cuando se enfermó y fue atendida en el lugar donde estudiaba, en lugar de irse a su casa. Esa enfermedad fue probablemente de origen neurótico.

Por entonces su madre ya tenía 72 años y comenzaba a sentir las tensiones.

Luego de recobrase de su enfermedad, Margaret empezó a interesarse mucho más en su trabajo con los niños y al fin fue considerada una estudiante promisoría, aunque algunas de sus dificultades anteriores no habían desaparecido. Un día le dijo a la madre: "Te consolaré saber que ahora no dejaría los estudios por nada". Finalmente la madre fue recompensada por todo lo que había pasado con Margaret, ya que la palabra "consuelo" empleada por ésta mostraba que sabía cuánta perturbación les había causado. A la sazón, Margaret comenzó a leer grandes obras literarias. Por último, después de haber estado una y otra vez al borde de dejar sus estudios y necesitada de aliento constante, pasó los exámenes con excelentes calificaciones y rindió otros dos exámenes adicionales, por consejo de su hermano Peter. Consiguió trabajo de inmediato, luego de haberse presentado en varios puestos y de haber seleccionado el adecuado; y en la actualidad cuida a un niño en una casa en la que le pagan suficiente dinero como para algunos gastos extras. Es una atractiva joven de 22 años, a la que le gusta vestirse bien, y una persona capacitada y responsable. En este primer trabajo, cuidando a un "bebé perfecto", parece haber hallado algo equivalente a lo que, según supongo, fue su concepción idealizada de sus padres reales. Con los medios de que disponían, sus padres adoptivos no podían competir, lo cual quizás haya sido afortunado.

Una anécdota reciente ilustra su actitud. Un día Margaret no pudo tolerar el comportamiento grosero y desagradable de una mucama hacia la madre, y la regañó; la mucama le contestó: "¡Pero si usted también es grosera con ella!", a lo cual Margaret le replicó: "Eso es distinto: ella es mi madre".

Resumen teórico

El primer hijo, Peter, adoptado a los diez meses de edad, tiene en la actualidad 26 años. Su experiencia como bebé fue buena, corriente. Fue amamantado y destetado por su propia madre, y durante la mayor parte de este período ésta no tuvo el propósito de desembarazarse del niño. Debí lidiar con las perturbaciones provocadas por el cambio de ambiente y la pérdida de su madre real a los diez meses, pero por entonces ya había sido destetado y se había establecido como un individuo por derecho propio. Así pues, en el caso de Peter los problemas fueron más bien los correspondientes al cuidado común de un niño que a la adopción en particular. En mi opinión, lo mejor es que el niño sea criado durante las primeras etapas de su infancia por su madre real, como en este caso, o bien que los padres adoptivos se lo lleven consigo lo antes posible, quizás en sus primeros días de vida. Pero probablemente sea raro encontrar a un niño con una prehistoria anterior a la adopción a los diez meses tan buena como la de Peter.

La segunda niña, Margaret, adoptada a los once meses, tiene ahora 22 años, y ya en el momento de la adopción era una niña perturbada. En otras palabras, el manejo de su temprana infancia fue bastante embrollado (aunque no tanto como podría haberlo sido). Por consiguiente, Margaret empezó su vida adoptiva en desventaja:

a) La relativa falla ambiental, en general, privó a la niña de un buen comienzo temprano del desarrollo personal, como el que posibilita una provisión ambiental suficientemente buena.

b) No obstante, a los once meses hubo una cierta organización de un patrón de enfermedad, lo que indica cierta fortaleza del yo. Ese patrón de enfermedad tenía bases paranoides. O sea hubo un reordenamiento artificial de los objetos en el sentido de que los que se sentían malos eran puestos fuera, en el mundo, en tanto que lo que se sentían buenos eran recogidos dentro. Los padres adoptivos tuvieron que vérselas, pues, con una niña enferma. Mediante una provisión ambiental simplificada y permanente, los padres corrigieron poco a poco la falla temprana, al menos en una medida considerable. El patrón de enfermedad de la niña le permitió expresar su sospecha de que era amada en términos sucedáneos, como el dinero, los tratamientos de sus dolencias, el reclamo de tolerancia por parte de la madre o la expectativa de que recibiría malos tratos. Su capacidad para amar y ser amada se manifestaba en varios rasgos positivos, así como en su actividad musical y su empeño por vestirse bien. Ahora, a los 22 años, se dedica a una tarea que implica identificarse con una madre que cuida a su bebé. Por cierto que le esperan dificultades, y aún tendrá que recorrer un largo camino entre el actual estado de cosas y su capacidad para asumir la responsabilidad de una familia propia. Pero los padres aún pueden participar en el desarrollo de esta chica, y tiene además a su hermano adoptivo, imbuido de un profundo sentido de responsabilidad por ella y que, a medida que los padres envejezcan, será como una garantía de fondo.

El éxito de este caso de adopción de dos niños es tanto más notable cuanto que la madre tenía 48 años cuando adoptó a Peter y 53 cuando adoptó a Margaret, y el padre era apenas unos años menor.

Ofrezco la descripción de este caso como muestra de respeto por el logro de ambos.

Biblioteca D. Winnicott

Educación sexual en las escuelas (1949)

Es imposible clasificar y distribuir a los niños en bloque. Sus necesidades varían de acuerdo con las enseñanzas del hogar, el tipo de niños que son, y su salud. Sin embargo, en una breve consideración sobre el tema de la educación sexual resulta conveniente hablar en términos generales, sin tratar de adaptar la tesis central a los requerimientos individuales.

Los niños necesitan tres cosas al mismo tiempo:

- 1) Necesitan estar rodeados de personas en las que pueden confiar por el sólo hecho de que son seres humanos dignos de confianza, con una capacidad corriente para la amistad humana.
- 2) Necesitan instrucción en biología junto con otros temas escolares; se entiende que biología significa la verdad (tal como se la conoce hasta estos momentos) sobre la vida, el crecimiento, la propagación y la relación de los organismos vivos con el ambiente.
- 3) Necesitan un ambiente emocional estable en el que ellos mismos puedan descubrir, a su propia manera, las irrupciones del sexo en el yo, y la forma en que ello altera, enriquece, complica e inicia las relaciones humanas.

Otra cosa muy distinta es la clase sobre cuestiones sexuales, dada por una persona que llega a la escuela, da esa clase y luego se va. Daría la impresión de que sería conveniente desalentar a las personas que muestran una inclinación a enseñar cuestiones sexuales a los niños. Además, lo que el personal de la escuela no puede hacer, tampoco puede tolerarlo. Hay algo mejor que el conocimiento sobre las cuestiones sexuales: su descubrimiento por el individuo mismo.

En los internados, la existencia de maestros casados y con hijos en la escuela misma proporciona una influencia natural y favorable, más estimulante e instructiva que muchas explicaciones dadas en una clase. En las escuelas comunes, los niños pueden estar en contacto con las familias de amigos y vecinos.

El problema con las explicaciones en clase consiste en que introducen algo difícil e íntimo en la vida de los niños en momentos elegidos por la fatalidad, antes que por la acumulación de una necesidad en el niño.

Otra desventaja de las charlas sobre cuestiones sexuales es la de que rara vez ofrecen un cuadro verdadero y completo. Por ejemplo, es probable que el charlista tenga alguna actitud parcial, como feminismo, la idea de que la mujer es pasiva y el hombre activo, una huida del juego sexual a la sexualidad genital madura, una falsa teoría sobre el amor materno que deja de lado los rasgos ásperos y tiene en cuenta sólo los aspectos sentimentales, etcétera.

Incluso las mejores charlas empobrecen este tema, que encarado desde adentro, mediante el experimento o la experiencia, ofrece un potencial de infinita riqueza. Pero es sólo en una atmósfera creada por la madurez de los adultos donde los adolescentes sanos pueden descubrir en sí mismos el anhelo del cuerpo y el alma por la unión con el cuerpo y el alma. A pesar de estas importantes consideraciones, parecería que debe haber alguna oportunidad para los expertos auténticos que hacen un estudio especial de la función sexual y de la presentación de este tipo de conocimientos. ¿No sería una solución invitar a los expertos a charlar con el personal de la escuela o a promover discusiones organizadas sobre el tema entre los maestros? El personal gozaría entonces de libertad para actuar según su propio criterio personal en su contacto con los niños, pero con una base más firme, dada por el conocimiento de una cantidad de hechos.

La masturbación es un subproducto sexual de enorme importancia para todos los niños. Ninguna charla sobre la masturbación puede agotar el tema, que además es tan personal e individual que sólo la conversación privada con un amigo o un confidente encierra algún valor. De nada vale decir a un grupo de niños que masturbarse no es nocivo, porque quizás para uno de los niños en el grupo sea nocivo, compulsivo y fuente de muchos problemas, e incluso, un signo de enfermedad psiquiátrica. Para los otros puede ser inocuo e incluso no crear problema alguno, y entonces se convierte en una cuestión conflictual por el hecho de que se haga referencia a ella, y se sugiera que podría ser nociva. Con todo, los niños otorgan valor al hecho de poder hablar con alguien sobre todas estas cosas, pero debería ser la madre la que se siente libre como para hablar sobre cualquier cuestión que el niño pueda plantear. Si la madre no pudo hacerlo, entonces se necesita recurrir a otros, e incluso quizás convenga tener una entrevista psiquiátrica; pero las dificultades no se resuelven mediante disertaciones sobre temas sexuales en la clase. Además, la instrucción de este tipo elimina la poesía y torna secas y banales la función y las partes sexuales.

Sería más lógico señalar en la clase de arte que las ideas y los vuelos de la imaginación tienen concomitantes corporales, y que éstos son tan dignos de reverencia y atención como las ideas.

Existe una dificultad evidente para quienes tienen adolescentes a su cuidado. No tiene ningún sentido hablar sobre permitir, y aun esperar, que los niños, descubran a sí mismos, y a los demás, sexualmente, y quienes lo hacen se ciegan a la posibilidad de que algunas de las niñas queden accidentalmente embarazadas. Este problema es por cierto muy real y se impone enfrentarlo, porque el hijo ilegítimo ocupa una posición desgraciada, y tiene por delante una tarea mucho más pesada que el niño corriente en su intento de superar las dificultades y convertirse eventualmente en un ser social; a menos que se lo adopte en una etapa muy temprana, no es probable que el niño ilegítimo salga adelante sin cicatrices, y quizás muy hondas. Todos los que manejan adolescentes deben hacer frente a este problema según sus propias convicciones, pero la opinión pública debería tener en cuenta el hecho de que incluso en el mejor tipo de manejo, se corren riesgos y se producen accidentes. En las escuelas libres, donde prácticamente no existe prohibición alguna en cuestiones sexuales, el hijo ilegítimo es sorprendentemente raro, y cuando se produce el embarazo, por lo común se descubre que por lo menos uno de los miembros de la pareja constituye un caso psiquiátrico. Por ejemplo, está el caso del niño que, por un temor inconsciente al juego sexual, huye de él y se precipita en una madurez sexual espúrea. Muchos niños que no han tenido una relación infantil satisfactoria con su madre establecen su primera relación interpersonal en la relación sexual, que por lo tanto asume una enorme importancia para ellos, aunque desde el punto de vista del observador ofrezca una madurez insegura, pues no ha ido surgiendo gradualmente de la inmadurez. Si existe una gran proporción de adolescentes de este tipo en un grupo, la supervisión sexual debe ser estricta, porque la sociedad no puede tolerar más que un cierto número de hijos ilegítimos. Por otro lado, en casi todos los grupos de adolescentes, la mayoría son más o menos sanos, y en tal caso es necesario plantear esta pregunta: ¿debe basarse su manejo en lo que los niños sanos necesitan o en el temor de la sociedad por lo que pueda ocurrir a unos pocos miembros antisociales o enfermos?

A los adultos les molesta pensar que los niños tienen por lo común un sentido social muy profundo. Del mismo modo, les disgusta pensar que los niños pequeños tienen tempranos sentimientos de culpa, y por eso los padres suelen implantar normas morales allí donde una moral natural podría haberse desarrollado hasta convertirse en una fuerza estable y prosocial.

Los adolescentes corrientes no quieren producir niños ilegítimos y toman medidas para impedirlo. Si cuentan con la oportunidad, crecen en sus juegos y relaciones sexuales hasta el punto en que comprenden que precisamente el hecho de tener bebés es la meta de todo eso. El proceso puede llevarles muchos años. Por lo común, esa etapa se alcanza, y entonces esos nuevos miembros de la sociedad humana comienzan a pensar en términos de matrimonio y de establecer el marco en el que es posible tener bebés.

La instrucción sobre cuestiones sexuales tiene muy poco que ver con este desarrollo natural que cada adolescente debe realizar por sí mismo. Un ambiente maduro, no ansioso y no moralista, contribuye tanto a este proceso que casi puede considerárselo necesario. También los padres y los maestros deben ser capaces de soportar el sorprendente antagonismo que los adolescentes pueden manifestar hacia los adultos, en particular hacia quienes desean ayudarlos en este período crítico del crecimiento.

Cuando los padres no están en condiciones de proporcionar lo que se necesita, el personal de la escuela o la escuela misma a menudo puede hacer mucho para compensar esa deficiencia, pero mediante el ejemplo y la integridad, honestidad y devoción personales, y por el hecho de estar allí en el momento en que se plantean las preguntas, y no mediante una instrucción organizada sobre temas sexuales.

Para los niños de menor edad, la respuesta es la biología, la presentación objetiva de la naturaleza, sin expurgaciones. Al principio, a la mayoría de los niños pequeños les gusta tener animalitos y aprender sobre ellos, así como coleccionar flores e insectos y comprender sus costumbres. En algún momento del período previo a la adolescencia, pueden disfrutar con una instrucción progresiva sobre los hábitos de los animales, su adaptación al ambiente, y su capacidad para adaptar el ambiente a sí mismos. Todo esto involucra la propagación de la especie y la anatomía y la fisiología de la copulación y el embarazo. El instructor de biología que los niños valoran no descuidará los aspectos dinámicos de la relación entre los progenitores animales y la forma en que la vida familiar se desarrolla en la serie evolutiva. No hay mucha necesidad de hacer aplicaciones conscientes de lo enseñado en esta forma a los asuntos humanos, porque resultan muy evidentes. Es más probable que los niños, mediante una elaboración subjetiva, vean sentimientos y fantasías humanas en los asuntos de los animales, en lugar de aplicar ciegamente los llamados procesos instintivos animales a la raza humana. El maestro de biología, como el de cualquier otra materia, debe ser capaz de guiar a los alumnos hacia la objetividad y el enfoque científico, debe saber que la disciplina puede resultar muy penosa para algunos de los niños.

La enseñanza de biología puede ser una de las tareas más agradables e interesantes para el maestro, sobre todo porque son tantos los niños que valoran esta introducción al estudio de la vida (Otros, desde luego, perciben mejor el sentido de la vida a través de la historia, de los clásicos, o en sus experiencias religiosas). Pero la aplicación de la biología a la vida y los sentimientos personales de cada niño es una cuestión completamente distinta. La relación entre lo general y lo particular se establece mediante la respuesta delicada a la pregunta delicada. Al fin de cuentas, los seres humanos no son animales; son animales más un caudal de fantasía, psiquis, alma, potencialidades del mundo interno, o como quiera llamárseles. Y algunos niños llegan al alma a través del cuerpo, y otros al cuerpo a través del alma. La adaptación activa es la palabra clave en el cuidado y la educación de los niños.

En síntesis, debe proporcionarse a los niños la información amplia y franca sobre cuestiones sexuales, pero no como una cosa sino como parte de la relación del niño con la gente que conoce y en la que confía. La educación no sustituye la exploración y la comprensión individuales. Las verdaderas inhibiciones son resistentes a la educación, y en el caso típico para el que no se puede contar con una psicoterapia, la mejor manera de manejar esas inhibiciones radica en la comprensión de un buen amigo.

[_____]

Biblioteca D. Winnicott

Diagnóstico educacional

- 1946 -

¿QUE COSAS ÚTILES puede decirle un médico a un maestro? Evidentemente no puede enseñarle a enseñar, y nadie desea que un maestro adopte una actitud terapéutica con los alumnos. Los alumnos no son pacientes. Por lo menos, no lo son en relación con el maestro mientras reciben instrucción.

Cuando un médico examina el campo de la educación, no tarda en plantearse una pregunta: todo el trabajo de un médico se basa en el diagnóstico; ¿qué corresponde a esa práctica médica en el campo de la enseñanza?

El diagnóstico es tan importante para un médico que algunas escuelas han mostrado una tendencia a dejar de lado el tema de la terapia, o a relegarlo a un rincón donde queda fácilmente olvidado. En esta fase de la formación médica, que alcanzó su culminación hace dos o tres décadas, la gente hablaba con entusiasmo sobre una nueva etapa en la educación médica, en la que la terapia sería la principal materia de estudio. Ahora se nos ofrecen métodos terapéuticos notables: penicilina, cirugía segura, inmunización con la difteria, etc., y el público cree que con ello la práctica de la medicina ha mejorado, sin pensar que esos mismos progresos amenazan el fundamento de la buena medicina, que es el diagnóstico exacto. Si un individuo está enfermo y febril y al administrársele un antigripal mejora en pocos días, cree que ha sido bien atendido, pero desde el punto de vista sociológico su caso es una tragedia, porque el médico se libra así de la necesidad de hacer un diagnóstico, gracias a la respuesta del paciente a una droga administrada a ciegas. El diagnóstico sobre base científica es el elemento más precioso de nuestra herencia médica, y distingue la profesión médica de los curanderos, los osteópatas, y todas las otras personas que consultamos cuando deseamos una curación instantánea.

La pregunta es, ¿qué vemos cuando analizamos la profesión docente que corresponda a este asunto del diagnóstico? Es muy posible que esté equivocado, pero me siento obligado a decir que veo muy poco en la enseñanza que constituya un verdadero equivalente del diagnóstico meditado de los médicos. En mi trato con la profesión docente me he sentido a menudo preocupado por la forma en que la masa general de niños es educada sin un diagnóstico previo. Acuden a la mente excepciones obvias, pero creo que, en general, la afirmación es válida. En cualquier caso, quizás sea útil que un médico manifieste qué podría ganarse, en su opinión, si se utilizara algo equivalente a un diagnóstico en el mundo de la enseñanza.

En primer lugar, ¿qué es lo que ya se está haciendo en este sentido? El diagnóstico aparece en toda escuela en un determinado aspecto: si un niño es objetable, existe la tendencia a librarse de él, sea por expulsión o alejándolo mediante una presión indirecta. Ello quizás sea conveniente para la escuela, pero es malo para el niño, y casi todos los maestros estarán de acuerdo con que lo mejor es que esos chicos sean eliminados al comienzo, cuando la Comisión o el Director "lamenta no poder aceptar ningún

alumno en este momento". Sin embargo, resulta en extremo difícil que un director tenga la certeza de que, al negarse a admitir los casos dudosos, no está eliminando al mismo tiempo criaturas particularmente interesantes. Si hubiera un método científico para seleccionar alumnos, sin duda se lo emplearía.

Existen métodos científicos para medir la inteligencia disponible, el Cociente de Inteligencia (C. I.). Los diversos tests son bien conocidos y se utilizan en escala creciente, aunque a veces se los emplea con el fin de obtener resultados para los que nunca estuvieron destinados. El Cociente de Inteligencia puede resultar valioso en ambos extremos de la escala. Resulta útil saber por medio de esos tests cuidadosamente preparados que un niño que no tiene un buen rendimiento escolar es capaz de lograr una actuación promedio, comprobando así que son sus dificultades emocionales las que lo retrasan, cuando no se trata de una falla en el método de enseñanza; también resulta útil saber que un niño está tan por debajo del promedio intelectual, que casi seguramente no puede aprovechar la educación planeada para niños de inteligencia normal. En el caso de los defectuosos mentales, el diagnóstico es por lo común evidente antes de someterlos a un test. Existe una aceptación general en el sentido de que la existencia de escuelas especiales para los retrasados, y de centros ocupacionales para los muy retrasados, constituye una parte esencial de cualquier plan educacional.

Hasta aquí todo muy bien. El diagnóstico se lleva a cabo en la medida en que se dispone de métodos científicos. Sin embargo, casi todos los maestros sienten como algo natural que sus clases incluyan alumnos inteligentes y menos inteligentes, y se adaptan naturalmente a las necesidades variables de sus alumnos, siempre y cuando las clases no sean demasiado numerosas como para impedirles realizar una labor personal. Lo que preocupa a los maestros no es tanto la capacidad intelectual variable de sus alumnos como sus necesidades emocionales variables. Incluso con respecto a la enseñanza, algunos niños se benefician con el hecho de tener que tragarse las cosas, mientras que otros sólo aprenden siguiendo su propio ritmo y a su manera, casi en secreto. Con respecto a la disciplina, los grupos varían enormemente y no es posible establecer reglas generales. La bondad puede ser eficaz en una escuela y fracasar en otra: libertad, bondad y tolerancia pueden tener resultados tan nefastos como una atmósfera de rigidez. Y existe además la cuestión relativa a las necesidades emocionales de las diversas clases de niños: la confianza en la personalidad del maestro y los sentimientos maduros y primitivos que se desarrollan en los niños hacia la persona del maestro. Todos estos factores varían, y aunque el buen maestro corriente se ingenia para distinguirlos, a menudo persiste una sensación de que es necesario negar a unos pocos chicos lo que obviamente necesitan, en beneficio de todos los demás, que se verían perturbados si la escuela se adaptara a las necesidades especiales de uno o dos de ellos. Estos son problemas serios que preocupan permanentemente a los maestros, y la sugestión que podría hacer este médico es la de que, sobre la base del diagnóstico, se podría hacer más de lo que se hace actualmente. Quizás la dificultad radique en que aún no se ha elaborado una clasificación adecuada. Las sugerencias que siguen podrían resultar útiles.

En cualquier grupo de niños hay miembros, cuyos hogares son satisfactorios y otros cuyos hogares no lo son. Como es natural, los primeros utilizan sus hogares para su desarrollo emocional. En su caso, la parte más importante de las pruebas y el acting out se realiza en el hogar, donde los progenitores pueden y quieren asumir la responsabilidad. Los niños acuden a la escuela para agregar algo a su vida; quieren aprender lecciones. Aunque el aprendizaje sea tedioso, necesitan unas cuantas horas diarias de trabajo que los capacitarán para aprobar los exámenes, lo cual puede llevarlos eventualmente a trabajar en algo similar a las ocupaciones de sus progenitores. Esperan que se organicen juegos, ya que ésto no puede hacerse en el hogar, pero el juego en el sentido corriente de la palabra es algo que pertenece al hogar y marca el límite de la vida hogareña. En contraste, los otros niños acuden a la escuela con otros propósitos; llegan con la idea de que la escuela podrá quizás proporcionarles lo que su hogar no les dio. No van a la escuela a aprender, sino a encontrar un hogar. Esto significa que buscan una situación emocional estable en la que puedan ejercitar su propia labilidad emocional, un grupo del que puedan llegar a formar parte gradualmente, y que pueda ser puesto a prueba en cuanto a su capacidad para

soportar la agresión y tolerar las ideas agresivas. ¡Cuán extraño resulta que estas dos clases de niños se encuentren en la misma aula! Sin duda, tendría que ser posible contar con distintos tipos de escuelas, no al azar, sino por planeamiento, adaptadas a estos agrupamientos diagnósticos extremos.

Según su temperamento, los maestros resultan más adecuados para uno u otro tipo de manejo. El primer grupo de niños requiere una enseñanza propiamente dicha, con el acento puesto en la instrucción escolar, y la enseñanza más satisfactoria se logra precisamente con niños que viven en sus propios hogares satisfactorios (o con buenos hogares' a los que pueden regresar, en el caso de alumnos pupilos). Por el otro lado, los niños sin hogares satisfactorios necesitan una vida escolar organizada con personal adecuado, comidas regulares, supervisión de la ropa, manejo de las modalidades infantiles y de sus extremos de sometimiento y negativa a cooperar. Aquí el acento recae sobre el manejo. En este tipo de tarea, los maestros deberían elegirse, teniendo en cuenta la estabilidad del carácter, o a causa de sus propias vidas privadas satisfactorias, y no por su capacidad para enseñar aritmética. Esto no puede hacerse excepto en grupos pequeños, si hay demasiados chicos al cuidado de un maestro, ¿cómo es posible conocer personalmente a cada uno, cómo pueden tomarse las medidas necesarias para realizar cambios permanentes, y cómo puede un maestro discriminar entre estallidos maníacos, inconscientemente determinados, y la puesta a prueba más consciente de la autoridad? En los casos extremos, es necesario proporcionar a esos niños una alternativa para la vida hogareña en la forma de un albergue, como única manera de que la escuela pueda realizar una instrucción efectiva. En los albergues pequeños existe una enorme ventaja por el hecho de que, debido al tamaño del grupo, es posible manejar completamente a cada niño durante un largo período de tiempo en forma individual y a través de un personal constante y reducido. La relación entre el personal y lo que queda de la vida hogareña de cada niño, constituye por sí misma un asunto difícil y absorbente, que demuestra una vez más la necesidad de evitar los grupos numerosos en el manejo de estos niños.

Naturalmente, en la selección de las escuelas privadas existe una discriminación de este tipo, pues hay toda clase de escuelas, y todo tipo de maestros y maestras, y gradualmente, a través de entidades o de comentarios, los padres prácticamente hacen su propia clasificación, y los chicos ingresan a escuelas adecuadas. Sin embargo, en el caso de las escuelas estatales, la cuestión es muy distinta. El estado debe actuar de una manera relativamente ciega. Es necesario proporcionar instrucción a los niños en el vecindario en que viven, y resulta difícil pensar en alguna manera de que haya bastantes escuelas en cada vecindario para satisfacer esas demandas extremas. El estado puede percibir la diferencia entre un retardado mental y un niño inteligente, y tomar nota de la conducta antisocial, pero la aplicación de un distingo tan sutil como el que existe entre los niños que provienen de buenos hogares y los que no están en esas condiciones, resulta en extremo difícil. Si el estado intenta separar los buenos hogares de los malos, se cometerán errores muy burdos que a su vez incidirán sobre los padres especialmente buenos, que no son convencionales y a quienes no les interesan las apariencias.

A pesar de estas dificultades, parecería útil llamar la atención sobre este problema. Los extremos a veces ilustran provechosamente las ideas. Resulta fácil decir que un niño que es antisocial y cuyo hogar ha fracasado por un motivo u otro, necesita un manejo especial, y esto puede ayudarnos a comprender que los llamados niños "normales" ya pueden dividirse entre aquellos cuyos hogares son eficaces, y para quienes la educación es un agregado deseado, y aquellos que esperan de la escuela las cualidades esenciales que faltan en su hogar.

El problema se torna aún más complejo, debido a que algunos de los niños que podrían clasificarse entre los que carecen de un buen hogar, en realidad tienen un buen hogar, cuyas cualidades no pueden aprovechar, debido a sus propias dificultades personales. Muchas familias con varios hijos tienen uno que resulta imposible manejar en el hogar. Con todo, se justifica simplificar las cosas y establecer un distingo entre los niños, cuyos hogares pueden manejarlos y aquellos cuyos hogares no pueden hacerlo, con el fin de ilustrar un problema. En un desarrollo ulterior de este tema sería necesario hacer un nuevo distingo entre los niños cuyos hogares han fracasado después de un buen comienzo y aquellos que jamás fueron introducidos en forma personal, congruente y satisfactoria al mundo, ni siquiera en la primera

infancia. Junto con estos últimos, se clasificarían los niños cuyos padres podrían haberles proporcionado estas cosas si algo no hubiera interrumpido el proceso, como una operación, una permanencia prolongada en el hospital, una madre que tuvo que alejarse repentinamente del niño a causa de una enfermedad, etcétera.

He tratado de demostrar en pocas palabras que la enseñanza podría basarse, como ocurre con la buena práctica médica, en el diagnóstico. He elegido sólo un tipo de clasificación, con el fin de aclarar lo que quiero decir. Ello no significa que no haya otras formas, y quizás más importantes, de clasificar a los niños. La clasificación según la edad y el sexo ha sido, sin duda muy discutida entre los maestros. Una clasificación ulterior podría basarse provechosamente en los tipos psiquiátricos. ¡Cuán extraño resulta enseñar a niños retraídos y preocupados junto con los extrovertidos y aquéllos cuyos valores están a la vista! ¡Cuán extraño parece proporcionar la misma enseñanza a un niño que pasa por una fase depresiva y a otro que ya muestra un estado de ánimo más despreocupado! ¡Cuán extraño tener una misma técnica para el control de la excitación genuina y para el manejo de la oscilación contradepresiva, efímera e inestable, o la elación!

Desde luego, los maestros se adaptan intuitivamente, y también adaptan sus métodos de enseñanza, a las diversas y variables condiciones que encuentran. En cierto sentido, esta idea de una clasificación y un diagnóstico ya es vieja. Con todo, se sugiere aquí que la enseñanza debería estar oficialmente basada en el diagnóstico, tal como ocurre con la buena práctica médica, y que la comprensión intuitiva por parte de los maestros particulares talentosos no basta para la profesión en general. Esto reviste particular importancia en vista de la extensión del planeamiento estatal, que siempre tiende a interferir el talento individual y a producir un incremento cuantitativo de la teoría y la práctica aceptadas.



P S I K O L I B E R O

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

Introducción Educación para la salud a través de charlas radiales, 1957

Escrito en agosto de 1957 para Mother and Child, N-º. 28, 1957.

He sido invitado a escribir este artículo. El tema de la educación para la salud a través de charlas radiales me interesa, porque de vez en cuando he dado charlas para los padres por este medio; pero debo aclarar que no estoy particularmente en favor de la educación para la salud impartida en forma masiva. Cuando el público radial es muy amplio, hay en él muchas personas que no escuchan con el objeto de aprender, sino por causalidad o para entretenerse, o quizá mientras se afeitan o hacen una torta, con lo cual no les queda ninguna mano libre para apagar la radio. En esas

condiciones, uno puede abrigar serias dudas sobre el valor de exponer algo importante.

Cabe comparar esto con las emisiones radiales escolares en las que chicos de cierta edad, sentados y convenientemente ocupados en algo que no cause trastornos, están atentos y esperando recibir instrucción amena de la radio durante un período. El que quiere hablar sobre la salud por radio no goza de la ventaja de tener un público especial como éste.

Me referiré a la educación para la salud en términos de la psicología, y no a la educación sobre cuestiones de salud física o sobre la prevención y el tratamiento de enfermedades. Sin embargo, gran parte de lo que pueda decir es aplicable a cualquier charla sobre temas de salud, porque a mi juicio toda educación para la salud es psicológica. Quienes escuchan una charla sobre reumatismo o enfermedades de la sangre no lo hacen porque tengan un interés científico en el tema, o porque estén sedientos de conocer los hechos; lo hacen porque les interesa, por motivos mórbidos, las enfermedades. Creo que esto es válido para la educación en cuestiones de salud por cualquier medio, salvo por el hecho de que en las emisiones radiales uno debe suponer que la gran mayoría de los escuchas o desean que se les enseñe nada, y tan sólo esperan que siga la música. Tal vez yo esté difamando al oyente; sea como fuere, expreso una duda que siento cada vez que con voz optimista reconfortante un médico pronuncia una charla sobre el factor rh, o la artritis reumatoidea, o el cáncer.

Quisiera, eso sí, hacer una sugerencia constructiva con respecto a las emisiones radiales en materia de salud: es deplorable que en ellas se apele a cualquier tipo de propaganda, o se le diga a la gente lo que tiene que hacer. Es un agravio adoctrinar a la gente, por más que sea para su propio bien, si .o tienen la oportunidad de estar presentes para reaccionar, manifestar su desaprobación o contribuir al diálogo.

¿Queda alguna alternativa? La alternativa es tratar de captar las cosas comunes que hace la gente y ayudarle a comprender por qué lo hace. Esta sugerencia se basa en que muchas de las cosas que hace la gente son realmente sensatas en las correspondientes circunstancias. Es sorprendente hasta qué punto, después de escuchar muchísimas veces las descripciones de las madres sobre el modo en que manejan a sus hijos en el hogar, uno llega a sentir a la postre que no puede decirles . estas madres lo que deben hacer; a lo sumo, uno puede comprobar que, en esas mismas circunstancias, habría procedido del mismo modo, o peor.

Lo que sí quiere la gente es que se le brinde comprensión .e los problemas que aborda y se le haga tomar conciencia de que hace intuitivamente. Se sienten inseguros al quedar librados a sus palpitos, a lo que les surge en el momento crítico, cuando no están pensando en el asunto. Tal vez un padre o madre le dio al chico una palmada, o un beso, o un abrazo, o ambos se echaron a reír. Algo apropiado sucedió: fue lo correcto, nada podría haber sido mejor. Nadie podría haberle dicho a ese padre o madre qué tenía que hacer en tales circunstancias, porque las circunstancias no podrían ser descriptas de antemano. No obstante, más tarde los padres conversan sobre estas cosas y se preguntan, a menudo sin tener idea de lo que hicieron, y se sienten confundidos por el problema en sí. En tales momentos tienden a sentirse culpables y corren hacia cualquiera que hable con autoridad, que les dé órdenes.

La educación puede ocuparse de todas estas cosas que la gente hace y que ha hecho en verdad, y ha hecho bien, desde que el mundo existe y desde que tuvo seres humanos que fueron humanos. Si uno puede verdaderamente mostrarle a la gente lo que hace, pierde su temor, se siente más segura de sí misma, de modo tal que cuando de veras tiene dudas o cuando de veras sabe que ignora algo, lo que busca va a ser, no consejos, sino

información. La razón de que busque información es que comienza a tener una idea de dónde debe ir a buscarla. Comienza a ver que es posible adoptar un enfoque objetivo en las cuestiones de la mente y de los sentimientos y la conducta, y se vuelve menos suspicaz respecto de la ciencia aun cuando ésta invada territorios que hasta hace poco fueron propiedad exclusiva de la religión.

Yo diría que hay muchísimo por hacer en esta cuestión de tomar lo que la gente siente y piensa y, a partir de esa base, intercambiar opiniones o enseñanzas que contribuyan a una mejor comprensión. De esta manera puede transmitirse información sin socavar la confianza en sí mismo del oyente. Lo difícil, para los que enseñan de este modo, es saber en grado suficiente, y en el momento oportuno, qué es lo que ignoran.

A veces las charlas radiales para padres dan a entender lo siguiente: "Usted tendría que amar a su hijo; si no lo ama, él sufrirá, se convertirá en un delincuente"; "Usted debe darle el pecho a su bebé, señora, y debe disfrutar al hacerlo; tiene que ser el acto más importante de su vida"; "Usted debe querer a su bebé desde el momento en que nace; es antinatural que no lo quiera...", etc., etc. Es muy fácil decir todo esto, pero lo cierto es que produce efectos deplorables. Sería bueno señalarles a las madres que a veces una mamá no ama a su bebé desde el principio, o mostrarles por qué motivo son a menudo incapaces de darle el pecho, o explicarles que el amor es un asunto complejo, no un mero instinto.

Quisiera agregar lo siguiente: hablando por radio, no es posible ocuparse de grandes anormalidades, ya sea de la madre o del hijo, en especial las anormalidades de los progenitores. Decirles a las personas que tienen dificultades, que están enfermas, no sirve de nada. Si la persona enferma busca ayuda, debemos aprovechar la oportunidad de aliviarla si es que podemos, pero si la hacemos sentir enferma sin contar con una terapia, fácilmente podemos

provocarle dolor.

Casi todos los consejos que se dan por radio provocan dolor a alguien. Hace poco hablé sobre la necesidad de decirles a los chicos adoptados que lo son. Sabía, desde luego, que corría el peligro de causar dolor. Sin duda perturbé a muchos, pero una madre en particular, que me había escuchado, vino desde muy lejos a decirme exactamente por qué motivo sería muy inconveniente, en las circunstancias por las que atravesaba, contarle a su hija adoptiva que era adoptiva. Tuve que darle la razón, aunque en principio sé que es bueno decirles a los hijos adoptados que son adoptados, y decírselo lo antes posible.

Si se les impone a las madres que hagan esto o aquello o lo de más allá, pronto caen en un embrollo, y, lo que es más importante, pierden contacto con su propia capacidad de actuar sin saber exactamente lo que está bien y lo que está mal. No es raro que entonces se sientan incompetentes. Si todo lo tienen que buscar en los libros o escucharlo por la radio, siempre llegarán tarde, aunque hagan lo correcto, porque lo correcto debe hacerse de inmediato. Sólo es posible actuar exactamente en el momento oportuno cuando esa acción es intuitiva o por instinto, como solemos decir. Más tarde puede reflexionarse sobre el problema, y cuando la gente reflexiona sobre estas cosas nuestra tarea consiste en ayudarla. Podemos examinar con ella la clase de problemas que enfrenta y la clase de cosas que hace, y la clase de efecto que, según supone, tendrán sus actos. Esto no es necesariamente lo mismo que decirle lo que tiene que hacer.

En definitiva: ¿hay cabida para una instrucción formal por radio sobre psicología infantil? Me parece dudoso que estemos preparados para dar este tipo de instrucción. También tengo presente que al impartir instrucción a grupos de estudiosos (de asistentes sociales, por ejemplo, o de médicos, o de maestros que siguen cursos de posgrado), uno sabe que no puede hacerlo al

azar, sino dentro de un encuadre formal. Tal vez dicha instrucción se imparta a lo largo de un período, dando a los alumnos la oportunidad de dialogar entre sí sobre lo que se les dice, de leer, de expresar su desacuerdo y contribuir. Aun en estas circunstancias favorables, una proporción de los que reciben la instrucción tendrán que vérselas con dificultades personales provocadas por las nuevas ideas y el enfoque novedoso, así como por la reanimación de recuerdos difíciles y de fantasías reprimidas. Tendrán que habérselas con estas nuevas excitaciones y con esta reestructuración de su filosofía de vida. La instrucción en psicología no es igual a la instrucción en física o aun en biología.

Sin duda, podría impartírseles instrucción a los padres en una situación cuidadosamente controlada, pero la que se da por radio no entra en esa categoría. Si se la imparte, debe limitarse mucho, debe circunscribirse a las cosas buenas que le suceden a la gente normal. Pero dentro de estos lineamientos es mucho lo que se puede hacer; y confiemos en que la política de la BBC seguirá siendo prestar este servicio social dedicándole un tiempo a una educación para la salud que tome en cuenta los inconvenientes inherentes a las emisiones radiales.

Biblioteca D. Winnicott

El efecto de los padres psicóticos sobre el desarrollo emocional del niño

(1959)

Al considerar la psicosis y la vida familiar en el capítulo precedente, la mayoría de los casos se describieron en términos de los problemas creados por la psicosis en el niño. Quisiera seguir examinando ahora el efecto que la psicosis de los padres ejerce sobre el desarrollo emocional del niño y sobre la familia.

Como punto de partida, trataré de transmitir parte de la belleza de un poema escrito por una niña de once años. No puedo reproducirlo aquí porque ya se ha publicado en otra parte con el nombre de su autora, pero lo que sí diré es que, a través de una serie de versos breves, ofrece una imagen perfecta de la vida hogareña en un marco familiar feliz. La sensación que transmite es la de una familia formada por hijos de diversas edades, en la que éstos ejercen una acción recíproca, se experimentan celos pero también se los tolera y donde toda la familia palpita al unísono con una tremenda potencialidad vital. Por fin, llega la noche, y la atmósfera se traslada entonces al mundo exterior, a los perros y las lechuzas. Dentro de la casa, reina la calma, la seguridad y la quietud. Parecería que el poema no fuera sino el reflejo de la vida de su joven autora. ¿De qué otro modo podría ella conocer todas esas cosas?

La historia de Esther

Permítaseme llamar Esther a la autora de este poema y preguntar: ¿Cuál es la historia de Esther? Es la hija adoptiva de un matrimonio inteligente de clase medía, que tiene también un hijo adoptivo y acaba de aumentar la familia adoptando a otra niña. El padre siempre fue muy afectuoso con Esther y muy sensible en lo que se refiere a entenderla. La pregunta es: ¿Cuál es la historia temprana de esta niña y cómo hizo para alcanzar la serenidad que trasunta este poema, impregnado de la atmósfera y los detalles de la vida familiar?

La verdadera madre de Esther era una mujer muy inteligente que hablaba bien varios idiomas, pero su matrimonio fracasó y luego vivió con una especie de vagabundo. Esther fue el fruto ilegítimo de esa unión. Por lo tanto, durante los primeros meses de su vida Esther vivió junto a una madre que le pertenecía por completo. La madre era la menor de muchos hermanos. Durante su embarazo se le recomendó que se tratara pero ella no aceptó ese consejo. La madre amamantó a la niña desde el nacimiento y, según el informe del asistente social, idolatraba a su bebé.

Esta situación persistió hasta que Esther tuvo cinco meses, época en que la madre comenzó a comportarse en forma extraña y a adquirir un aspecto algo estafalario y dudoso. Después de una noche de insomnio, se lanzó a vagabundear por un campo cercano a un canal, y se puso a observar a un ex policía que cavaba el terreno. A continuación caminó hasta el canal y arrojó en él a la niña. El ex policía rescató a la niña en un santiamén, ilesa, pero la madre fue detenida, e internada luego en un hospital como esquizofrénica con tendencias

paranoides. Así, cuando tenía cinco meses, Esther quedó bajo la custodia de las autoridades locales y más tarde se la describió como una niña "difícil" en la nursery en la que permaneció hasta que la adoptaron cuando tenía dos años y medio.

Durante los primeros meses posteriores a la adopción, su nueva madre tuvo que enfrentar toda clase de dificultades, lo cual nos indica que la niña todavía no había renunciado a sus esperanzas. Por ejemplo, solía tenderse en la calle y ponerse a gritar. Poco a poco las cosas fueron mejorando, pero los síntomas reaparecieron cuando un nuevo bebé de seis meses fue incorporado a la familia, contando Esther por esa época casi tres años de edad. El niño fue adoptado legalmente, cosa que no había ocurrido en el caso de Esther. Ésta no permitía que su madre adoptiva fuera llamada "mamita" por el niño, ni que nadie se refiriera a ella como la "mamita" del niño. Se volvió muy destructiva, pero luego modificó totalmente su actitud y comenzó a proteger al hermano. El cambio se produjo cuando, con gran prudencia, la madre adoptiva le permitió portarse como un bebé y la trató exactamente como si tuviera seis meses. Esther aprovechó esta experiencia en forma constructiva y se inició en su profesión de madre y, simultáneamente, estableció una excelente relación con el padre, la cual se mantuvo. Por esa misma época, sin embargo, la madre adoptiva y Esther comenzaron a estar casi permanentemente en litigio, a tal punto que, debido a las continuas peleas, un psiquiatra aconsejó que Esther, que tenía en ese momento cinco años, se alejara del hogar por algún tiempo. Quizás ahora, al mirar retrospectivamente y comprender qué es lo que estaba ocurriendo, consideremos que fue un pésimo consejo. El padre, siempre sensible a las necesidades de su hija, consiguió que volviera a vivir con ellos. Como él mismo afirmó, toda la fe de la niña en su hogar adoptivo se había marchitado. El padre, aparentemente se convirtió en la madre de Esther y quizás a ello pueda atribuirse la enfermedad paranoide que aquél desarrolló más tarde, así como su sistema delirante en el cual veía a su mujer como a una bruja.

Esther siguió desarrollándose a pesar de las tensiones siempre presentes en la relación entre ambos progenitores, que más adelante se separaron, dando origen a un interminable pleito legal. Asimismo, la madre siempre prefirió abiertamente al hijo adoptivo, quien se ha desarrollado lo suficientemente bien como para recompensarla con su amor.

Esta es, entonces la complicada y triste historia de la autora del poema que nos parece tan pleno de seguridad y vida hogareña. Examinemos algunas de las implicaciones del caso.

Una persona tan enferma como la verdadera madre de Esther puede, sin embargo, haberle dado a su hija una iniciación excepcionalmente buena. Creo que la madre de Esther no sólo le proporcionó una experiencia satisfactoria de la lactancia, sino que también le brindó el apoyo yoyo que un bebé necesita en las primeras etapas, y que la madre puede dar sólo si se identifica con su hijo. Es bastante probable que esta madre haya estado muy unida a su bebé. Yo me atrevería a conjeturar que trató de desembarazarse de esa criatura suya a la que estaba indisolublemente unida, porque advirtió que se insinuaba ya una nueva fase que no se sentía en condiciones de manejar; una fase en la que la niña necesitaría separarse de ella. Sentía que no sería capaz de satisfacer esas necesidades correspondientes a una nueva etapa del desarrollo de su hija. Podía arrojar la niña al canal, pero no separarse de ella. Sin duda, actuó impulsada por fuerzas muy profundas y, cuando arrojó la niña al canal (después de haber elegido la hora y el lugar que prácticamente garantizaran la salvación de la niña) lo que intentaba en realidad era solucionar algún tremendo conflicto inconsciente, como por ejemplo su temor a experimentar el impulso de devorar a la niña en el momento de tener que separarse de ella. Sea como fuere, la niña de cinco años puede haber perdido, en el momento de ser arrojada al canal, a una madre ideal, una madre que aún no se había convertido en una madre mordida, repudiada, expulsada, desgarrada, despojada y odiada, ni tampoco destructivamente amada; de hecho, una madre ideal para conservar a través de la idealización.

Siguió luego un largo período del que no conocemos los detalles, excepto que en la nursery la niña siguió siendo difícil, esto es, conservó parte de la primera experiencia buena. No cayó en un estado de sometimiento, lo cual hubiera significado renunciar a toda esperanza. Cuando la madre adoptiva apareció ya habían sucedido muchas cosas. Como es natural, a medida que su nueva madre comenzó a cobrar importancia para ella, Esther empezó a descargar en ella todo lo que su verdadera madre no le dio oportunidad de hacer: morder, repudiar, expulsar, desgarrar, despojar y odiar. No cabe duda de que en ese momento la madre adoptiva necesitaba, casi

P S I K O L I B R O

imperiosamente, que se le explicara a qué se exponía, qué debía esperar y cómo podía prepararse para enfrentarlo. Tal vez se hizo algún intento por explicarle lo que estaba sucediendo, pero carecemos de información al respecto. Recibió a una niña que había perdido a una madre ideal, y que desde los cinco meses hasta los dos años y medio tuvo una experiencia muy caótica; asimismo, recibió a una niña con la que no tenía ese vínculo fundamental que se establece a través del temprano cuidado infantil. De hecho nunca logró establecer una buena relación con Esther, a pesar de que no tuvo problemas con el varón; y cuando más tarde adoptó otra niña, no cesaba de repetirle a Esther: "Ésta es la niña que siempre quise tener".

La madre buena o idealizada en la vida de Esther fue su padre adoptivo, situación que persistió hasta que la familia se separó. Quizás fuera precisamente esta la causa de esa separación: el hecho de que el padre se sintiera cada vez más obligado a proporcionar a la niña la actitud materna que aquella necesitaba, y que la madre adoptiva se viera cada vez más obligada a asumir el papel de perseguidor en la vida de la niña. Este problema desbordó la existencia de la madre adoptiva, que era en general satisfactoria, y que se llevaba bien con sus otros dos hijos adoptivos.

Evidentemente, Esther heredó de su madre el placer que encontraba en las palabras y también su inteligencia, y creo que nadie diría que se trata de una psicópata. No obstante, padece una privación y uno de sus problemas es su tendencia compulsiva a robar. También tiene problemas escolares. Vive con su madre adoptiva, que se ha vuelto muy posesiva con respecto a ella y le impide ver al padre. Además, este último ha desarrollado un serio trastorno mental caracterizado por delirios paranoides.

Los padres adoptivos sabían que la madre de Esther era psicótica, es decir, que era una enferma mental, pero no conocían los detalles porque en esa época el asistente social psiquiátrico advirtió que ellos temían que Esther heredara la locura de su madre. Resulta interesante observar que la preocupación relativa a la posible herencia de insanía en tales casos parece superponerse al problema mucho más serio del efecto que ejerce sobre el niño el período que pasa en una nursery residencial antes de ser adoptado. Durante este período, y desde el punto de vista de la niña, en el caso de Esther se cometieron serios errores, y ella encontró un embrollo, donde debió haber existido algo muy simple y directo, y sin duda muy personal.

La enfermedad psicótica

La psicosis de los padres no ocasiona psicosis infantil; la etiología no es un problema tan simple. La psicosis no se transmite directamente como el cabello oscuro o la hemofilia, ni tampoco a través de la leche con que la madre amamanta a su hijo. Para los psiquiatras que no se interesan tanto en las personas como en las enfermedades -enfermedades mentales, como dirían ellos- la vida es relativamente fácil, pero para quienes tendemos a considerar a los enfermos mentales no tanto como un conjunto de enfermedades, o casos, sino como seres humanos que integran la lista de bajas en la lucha del hombre para poder desarrollarse, adaptarse y vivir, la tarea resulta infinitamente más compleja. Cuando vemos a un paciente psicótico, pensamos "éste, si no fuera por la gracia de Dios, bien podría ser yo". Conocemos el trastorno, del cual sólo vemos en el paciente un ejemplo exagerado.

Quizás algún tipo de clasificación ayude a distinguir los diversos tipos de enfermedad. En primer lugar, podemos dividir a los progenitores psicóticos en padres y madres, pues hay ciertos efectos que sólo tienen que ver con la relación madre-hijo, dado que ésta se inicia tan temprano, o bien, si se refieren al padre, lo hacen en tanto aquél actúa como sustituto materno. Cabe señalar aquí que un padre puede desempeñar un papel mucho más importante, a través del cual humaniza algo en la madre y anula en ella un elemento que, de otro modo, se vuelve mágico y potente y menoscaba la actitud maternal de la madre. Los padres tienen sus propias enfermedades, cuyo efecto sobre los hijos es posible estudiar, pero que no afectan a los niños en la más temprana infancia. Además, es necesario que el niño sea antes lo bastante grande como para reconocer al padre como un hombre.

Luego dividiría a la psicosis desde un punto de vista clínico en psicosis maníaco-depresivas, y los trastornos

esquizoides en cuyo extremo está la esquizofrenia propiamente dicha. Junto con estos últimos, se da un grado variable de delirio de persecución, sea el que alterna con la hipocondría o el que aparece como una hipersensibilidad paranoide general.

Consideremos ahora la esquizofrenia, la más grave de todas estas enfermedades, y avancemos hacia la salud clínica (dejando de lado la psiconeurosis, que no nos interesa aquí).

Si consideramos las características de las personas esquizoides, encontramos una delimitación muy imprecisa entre la realidad interna y la externa, entre lo que se concibe subjetivamente y lo que se percibe objetivamente. Sí observamos un poco mejor, encontramos en el paciente sentimientos de irrealidad y, asimismo, que las personas esquizoides tienen una mayor facilidad para fusionarse con objetos e individuos que las personas normales y experimentan mayor dificultad para vivirse como entidades separadas. Notamos también una relativa imposibilidad para establecerse sobre la base de un yo corporal: la psiquis no está claramente vinculada con la anatomía y el funcionamiento del cuerpo. Existe una mala relación operativa entre la psiquis y el soma y quizás los límites de la primera no correspondan exactamente a los del cuerpo. Por otro lado, puede suceder que los procesos intelectuales pueden ser los más afectados. Los individuos esquizoides no entablan relaciones fácilmente ni las mantienen, una vez establecidas, con objetos que son exteriores a ellos, o reales en el sentido corriente del término. Se relacionan en sus propios términos y no en función de los impulsos de los demás.

Los padres que poseen estas características fracasan en múltiples y sutiles maneras en el manejo de sus hijos, excepto en la medida en que, conscientes de sus propias deficiencias, los dejan en manos de otras personas.

La necesidad de apartar al niño de un progenitor enfermo

Quisiera aclarar otra cuestión: en mi experiencia he reconocido siempre la existencia de cierto tipo de caso en el que resulta esencial apartar a un niño de uno de sus progenitores, sobre todo cuando este último es psicótico o seriamente neurótico. Podría ofrecer muchos ejemplos, de los cuales elegiré sólo uno, el caso de una niña que padecía severa anorexia:

Esta niña tenía ocho años cuando la aparté de su madre, y en cuanto se hubo alejado comenzó a tener un comportamiento totalmente normal. La madre se encontraba en un estado de depresión, que en ese momento constituía una reacción frente a la ausencia de su esposo, que se encontraba en el frente durante la guerra. Cada vez que la madre se deprimía, la niña tenía anorexia. Más tarde, la madre tuvo un varón, quien a su vez presentó el mismo síntoma como defensa contra la anormal necesidad de la madre de demostrar sus méritos atiborrando a los niños de comida. Esta vez fue la hija quien solicitó tratamiento para su hermano. No pude conseguir que éste se alejara de la madre ni siquiera durante un breve período, y hasta el momento no ha podido independizarse del todo de su madre.

A menudo debemos aceptar el hecho de que un niño queda irremediamente atrapado en la enfermedad de un progenitor sin que pueda hacerse nada al respecto. Debemos reconocer que ello es así, a fin de conservar nuestra propia salud mental.

De muy diversas maneras, estas características psicóticas de los padres, sobre todo cuando se trata de la madre, afectan el desarrollo del niño. Con todo, es necesario recordar que la enfermedad del niño es exclusivamente del niño, aunque en la etiología del caso, las fallas ambientales resulten decisivas. A veces un niño encuentra la manera de crecer a pesar de los factores ambientales, o bien enferma a pesar de que se le proporcionan excelentes cuidados. Cuando tomamos las medidas necesarias para que un niño se aleje de un progenitor psicótico, confiamos en poder trabajar con él, pero nos encontramos con que el niño rara vez se comporta en forma normal cuando se lo aparta del progenitor enfermo, como ocurrió en el caso ya citado.

La madre "caótica"

La vida de los niños se ve seriamente perturbada cuando la madre se encuentra en lo que se llama un estado caótico, de hecho, un estado de caos organizado. Se trata aquí de una defensa: se establece un estado caótico y se lo mantiene firmemente, sin duda para ocultar una desintegración subyacente más grave que constituye una amenaza constante. La convivencia con madres que padecen este tipo de enfermedad resulta casi intolerable, como lo demuestra el siguiente ejemplo:

Una paciente que completó su análisis conmigo tenía una madre de este tipo, y quizás se trate de la clase más difícil de madre enferma que sea posible encontrar. El hogar parecía bueno, el padre era benévolo y firme y los hijos eran numerosos. Todos ellos se vieron afectados, de una manera u otra, por el trastorno mental de la madre, muy similar al de su propia madre.

Este caos organizado obligaba constantemente a la madre a fragmentarlo todo y a introducir una serie infinita de distracciones en la vida de los hijos. De innumerables maneras, y sobre todo a partir de que mi paciente, cuando era niña, aprendió a hablar, la madre no había hecho otra cosa que confundirla. No siempre actuaba de esta manera; a veces era una madre excelente pero siempre confundía todo con distracciones y con acciones inesperadas y por lo tanto traumáticas. Cuando hablaba con la hija utilizaba retruécanos y juegos de palabras, ciencia ficción y hechos reales presentados como fantasías. Los estragos que causó fueron casi ilimitados. Todos sus hijos tuvieron serios problemas y el padre nada pudo hacer al respecto, y su única alternativa fue enfrascarse totalmente en su trabajo.

Progenitores depresivos

La depresión puede constituir una enfermedad crónica, que empobrece a un progenitor en cuanto a su provisión de afecto, o bien presentarse como una enfermedad grave con fases alternativas y una retracción más o menos repentina del rapport. La depresión a que me refiero aquí no es tanto de tipo esquizoide como reactivo. Cuando un niño está en la etapa en que necesita que la madre se ocupe de él, puede resultarle seriamente perturbador el hecho de comprobar de pronto que la madre se ocupa de alguna otra cosa, de algo que simplemente pertenece a la vida de aquélla. Un niño se siente infinitamente abandonado en esa situación. El siguiente caso muestra la influencia de este factor en una etapa algo más tardía, pues se trata de un niño de dos años.

Tony tenía una obsesión por los piolines cuando lo trajeron para que lo examinara a los siete años de edad. Estaba a punto de convertirse en un perverso con peligrosas habilidades, y ya había jugado a que estrangulaba a la hermana. La obsesión desapareció cuando la madre, siguiendo mi consejo, habló con él sobre su temor a perderla. Dicho temor obedecía a varias separaciones tempranas, la peor de las cuales, y también la que mayor repercusión tuvo, fue la depresión sufrida por la madre cuando el niño tenía dos años.

Una fase aguda de la enfermedad depresiva de la madre la apartó totalmente del niño, y toda reaparición de la depresión en los años posteriores renovaba la obsesión de Tony con respecto a los piolines. Para él, un piolín constituye el último recurso, la posibilidad de unir cosas que parecen estar separadas (1).

Así, la fase melancólica en la depresión crónica de una madre excelente en un buen hogar, fue la causa de la privación que, a su vez, provocaba el síntoma manifiesto en el caso de Tony.

En otros casos, la fuente de dificultad para los hijos son las oscilaciones maníaco-depresivas en el estado de ánimo de los progenitores. Resulta sorprendente comprobar que hasta los niños muy pequeños aprenden a percibir el estado de ánimo de los padres. Lo hacen al despuntar de cada día y a veces aprenden a vigilar con un ojo a la madre y con el otro al padre durante casi todo el tiempo. Supongo que, cuando son más grandes,

contemplan el cielo o escuchan el boletín meteorológico de la BBC.

Citaré como ejemplo a un niño de cuatro años, muy sensible y temperamentamente muy parecido a su padre. Estaba en mi consultorio, jugando en el suelo con un tren, mientras la madre y yo hablábamos sobre él. De pronto dijo, sin levantar la vista: "Doctor Winnicott, ¿está cansado?". Le pregunté por qué pensaba eso y me respondió: "por su cara". Evidentemente, me había mirado bien al entrar a la habitación. Lo cierto es que me sentía muy cansado pero confiaba en haberlo ocultado. La madre dijo que el niño siempre sabía cómo se sentía la gente, porque el padre, un buen clínico y excelente padre, no siempre se sentía con ánimos como para jugar con el niño y éste debía sondear primero cuál era el estado de ánimo de su progenitor, que se sentía a menudo cansado y deprimido.

Por lo tanto, los niños pueden prepararse para soportar los cambios en el estado de ánimo de sus padres si los observan atentamente, pero lo que les resulta traumático es la imposibilidad de predecir cuál será la reacción de aquellos. Una vez que los niños han pasado por las primeras etapas de máxima dependencia, creo pueden hacer frente a casi cualquier factor adverso que permanezca constante o que sea posible prever. Naturalmente, los niños de gran inteligencia tienen una gran ventaja en lo que se refiere a la predicción, pero a veces comprobamos que la capacidad intelectual de los niños muy inteligentes ha sido sometida a un esfuerzo desmedido, que la inteligencia se ha prostituido en aras de la tarea de predecir estados de ánimo y tendencias muy complejas en los padres.

Los padres enfermos como terapeutas

La existencia de una seria enfermedad mental no impide que madres o padres soliciten ayuda para sus hijos en el momento adecuado.

Percival, por ejemplo, acudió a mi consultorio debido a un agudo episodio psicótico cuando tenía once años. Su padre había tenido esquizofrenia a los veinte y fue precisamente el psiquiatra de aquél quien me envió al niño. El padre tenía en ese momento más de cincuenta años y había llegado a manejar bastante bien su enfermedad mental crónica. Se mostró tremendamente comprensivo con su hijo cuando éste enfermó. La madre de Percival es también una personalidad esquizoide, con un sentido de la realidad muy limitado, a pesar de lo cual pudo cuidar de su hijo durante la primera fase de su enfermedad hasta que el niño estuvo en condiciones de recibir tratamiento fuera del hogar. Percival necesitó tres años para recuperarse de su enfermedad, que estaba muy vinculada a la de sus padres.

He presentado este caso porque pude utilizar a ambos progenitores, a pesar de su enfermedad, o quizás gracias a ella, para que ayudaran a Percival a atravesar la primera fase crítica de su enfermedad. La madre se convirtió en una excelente enfermera y permitió que la personalidad de Percival se fundiera con la propia en la forma en que el niño lo necesitaba. Yo sabía que no podría tolerar esta situación durante demasiado tiempo y, al cabo de seis meses, cuando recibí el pedido de ayuda que ya esperaba, alejé a Percival del hogar sin demora, pero para ese entonces, la principal parte de la tarea ya había sido cumplida.

La experiencia del padre con su propia esquizofrenia le permitió tolerar la locura extrema en el niño, y la enfermedad de la madre la hizo participar en la enfermedad de su hijo hasta que ella misma comenzó a necesitar también un período de cuidado psicológico. Desde luego, a medida que el niño mejoró, una de las cosas que tuvo que aprender fue que sus padres también eran enfermos, cosa que logró hacer sin mayores dificultades. Ahora, ya entrado en la pubertad, y gracias en gran medida a sus padres muy enfermos, es un niño sano.

Veamos aquí otro caso, muy distinto, tomado de mi consultorio hospitalario.

En este caso, el padre padece de cáncer, no de un trastorno psiquiátrico. Milagrosamente, los médicos lo han

mantenido vivo durante diez años a pesar de la gravedad de su dolencia. El resultado es que su esposa, madre de muchos niños, no ha tenido un solo día de descanso desde hace quince años, y ha renunciado por completo a toda esperanza. Simplemente vegeta, totalmente dedicada al cuidado de su esposo, que no puede abandonar la cama, y al manejo de la casa, que es oscura, abarrotada y deprimente. Se siente tremendamente culpable cada vez que algo sale malo que otro de sus hijos abandona el hogar. Uno de ellos se hizo alcohólico en la adolescencia, pero los otros hijos se han manejado bastante bien. La única fuente de felicidad en la vida de la madre es su trabajo, que cumple de seis a ocho de la mañana. Utiliza la excusa de que necesita dinero, pero en realidad lo que busca es cambiar de ambiente, ya que ese trabajo constituye su única recreación. Creo que el cáncer del padre es en realidad un factor que desorganiza la vida de toda la familia. No es posible hacer nada porque el cáncer se yergue allí, soberano, en la cabecera del lecho del padre, sonriente y omnipotente.

Se trata sin duda de una situación terrible, pero creo que las cosas son aún peores cuando uno de los progenitores, aunque físicamente sano, padece un trastorno psiquiátrico de índole psicótica.

Las etapas del desarrollo y la psicosis de los padres

En la teoría subyacente a estas consideraciones, siempre se tiene presente la etapa del desarrollo del niño en el momento en que aparece un factor traumático. El niño puede ser totalmente dependiente, estar fusionado con la madre, o bien ser moderadamente dependiente y avanzar en forma gradual hacia la independencia, o también puede ocurrir que ya haya alcanzado cierto grado de independencia. En relación con estas etapas, podemos considerar el efecto de los padres psicóticos y graduar la enfermedad de los padres de la siguiente manera aproximada:

- a) Padres muy enfermos. En este caso otras personas se hacen cargo de los niños.
- b) Padres menos enfermos. En algunos períodos otras personas se hacen cargo de los niños.
- c) Progenitores bastante sanos como para proteger a sus hijos de su propia enfermedad y solicitar ayuda.
- d) Padres cuya enfermedad incluye al niño, de modo que nada puede hacerse por este último sin violar los derechos que un progenitor tiene sobre su propio hijo.

Por mi parte, nunca sugiero que las autoridades intervengan para apartar a los hijos de los padres, salvo que una actitud cruel o de tremendo descuido despierte la conciencia moral de la sociedad. No obstante, sé que en muchos casos se ha tomado la decisión de separar a los niños de padres psicóticos. Cada caso requiere un cuidadoso examen o, en otras palabras, un trabajo de caso (casework) sumamente hábil. NOTAS:

(1) Véase D. W. Winnicott, "String", en *The Maturation Processes and the Facilitating Environment* (Londres: Hogarth Press, 1965).

Biblioteca D. Winnicott

Los efectos de la enfermedad depresiva en ambos progenitores o en uno de ellos

(1958)

En el capítulo anterior examiné algunos de los factores, inherentes tanto a los padres como a los hijos, que promueven la desorganización de la vida familiar. Me propongo continuar con este tema general en los tres capítulos siguientes, refiriéndome a la desintegración de la familia que puede ser el resultado de una enfermedad psiquiátrica. Cuando se recurre a nosotros en situaciones en que la dinámica familiar evidentemente ha fracasado, tratamos de comprender los factores subyacentes a las dificultades que se nos describen, a fin de que nuestra ayuda sea más eficaz. No nos incumbe emitir juicios morales en estas cuestiones, y tampoco me referiré al problema económico, que rara vez constituye la única fuente de las dificultades.

Aquí examinaré las consecuencias que la enfermedad depresiva tiene para la familia en ambos progenitores o en uno de ellos. En primer lugar, me referiré brevemente a las características de ciertas formas de enfermedad psiquiátrica.

Clasificación de los trastornos psiquiátricos

La enfermedad psiquiátrica puede dividirse artificialmente en dos clases: psiconeurosis y psicosis. Esta última tiene que ver con la locura o con un elemento de insanía oculto en la personalidad. La psiconeurosis utiliza el mismo patrón que las defensas organizadas en la personalidad intacta, evitando o manejando la ansiedad originada en la fantasía o en las relaciones interpersonales. El trastorno psiconeurótico del padre o la madre significa una complicación para el niño, pero la psicosis configura una amenaza más sutil para el desarrollo sano.

Por psicosis (1) entiendo una línea más profunda de defensa, los cambios que tienen lugar en la personalidad del individuo frente a tensiones que superan su capacidad para manejarlas mediante los mecanismos defensivos habituales, quizás porque dicha tensión y el patrón correspondiente a ella surgieron antes de tiempo. El extremo de la psicosis es el individuo que debe ser internado en un hospital psiquiátrico. Un derrumbe psicótico muy serio se parece a una dolencia física, en el sentido de que es fácil reconocerlo como enfermedad, y los médicos saben cómo asumir su responsabilidad frente a un trastorno tan evidente.

La depresión, el tema que trataré aquí, es un trastorno afectivo o anímico, pero existen dos estados especiales que quisiera describir ahora.

Uno de ellos corresponde a la personalidad psicopática, y aquí nos interesan sobre todo el padre, mientras que la depresión afecta en particular a las madres. El psicópata es un adulto que no ha dejado atrás la delincuencia de la infancia, la cual, en la historia del individuo, representó originalmente una tendencia antisocial en un niño

depravado. Al comienzo, la privación fue real y como tal la percibió el niño; significó la pérdida de algo que era bueno, y pienso que algo sucedió en la realidad, después de lo cual nada volvió a ser igual. Por lo tanto, la tendencia antisocial constituyó una compulsión a obligar a la realidad externa a aumentar el trauma original que, desde luego, fue rápidamente olvidado, lo cual impidió que una simple reversión solucionara el problema. En el psicópata, esa compulsión a obligar a la realidad a compensarlo persiste en la vida adulta, y a menudo nos vemos llamados a solucionar los problemas que esta compulsión, en un progenitor o en ambos, crea en el marco familiar.

El otro estado especial es el matiz particular que puede acompañar a la depresión o la tendencia antisocial, y que tiene que ver con el delirio de persecución o la suspicacia. La tendencia a sentirse perseguido es una complicación de la depresión, y en general hace que esta última resulte menos evidente como tal, porque esta especie de locura (el delirio de persecución) sirve como un desvío que permite canalizar el sentimiento de culpa que caracteriza a los melancólicos y los depresivos. Quienes padecen de este tipo de enfermedad oscilan entre un absurdo sentimiento de maldad personal y la sensación irracional de que se los maltrata. En cualquiera de los dos casos, podemos encontrarnos con que no estamos en condiciones de hacer nada para solucionar el problema y debemos limitarnos a aceptar la enfermedad. El panorama es más optimista cuando la depresión no está complicada por la suspicacia y el delirio de persecución, pues en estos casos más normales, el individuo manifiesta cierta flexibilidad y una alternación más fácil entre el estado de ánimo depresivo y el sentimiento de que algo en el mundo externo constituye una mala influencia o un perseguidor.

La depresión en la madre o el padre

Voy a considerar ahora el tema de la depresión, que resulta de particular interés dada su más estrecha relación con la vida corriente pues, aunque en un extremo de la escala ubicamos a la melancolía, en el otro está la depresión, un trastorno común a todos los seres humanos integrados. Cuando Keats dice, refiriéndose al mundo: *Where hit to think is to be full of sorrow and leaden-eyed despair*, no quiere dar a entender que él mismo carecía de valores o que estaba mentalmente enfermo. Se trata aquí de un individuo que corrió el riesgo de sentir las cosas profundamente y de asumir la responsabilidad. En un extremo, por lo tanto, están los melancólicos, que se sienten responsables por todos los males del mundo, en particular los que a todas luces nada tienen que ver con ellos, y en el otro, las personas verdaderamente responsables del mundo, las que aceptan la realidad de su propio odio, su mezquindad, su crueldad, que coexisten con su capacidad para amar y construir. A veces el sentimiento de su propia maldad las sume en profundo abatimiento.

Si consideramos la depresión en esta forma, entendemos que son las personas realmente valiosas de este mundo las que se deprimen, incluyendo a los padres y las madres. Quizás sea una pena que sufran de depresión, pero peor aún es la imposibilidad de dudar o experimentar desaliento. Y la forzada alegría que indica negación de la depresión se hace tediosa al cabo de un cierto tiempo, incluso durante una fiesta o una celebración.

No existe una clara línea divisoria entre la desesperanza de una madre y un padre con respecto a un hijo y la duda generalizada con respecto a la vida y el sentido de la vida. En la práctica, observamos la oscilación entre la preocupación y la desesperanza, y a veces basta una pequeña ayuda de un amigo o de un médico para que un individuo pase de la desesperanza a la esperanza, por lo menos momentáneamente. Quizás este planteo vincule la depresión común con la experiencia corriente de la vida. Sé que la depresión puede ser una enfermedad paralizante, que requiere tratamiento, pero, por lo común es lo que todos nosotros sentimos cada tanto. No queremos que nadie intente con bromas o consejos, "levantarnos el ánimo", pero un verdadero amigo nos tolera, nos ayuda un poco y espera.

He tenido oportunidad de observar la depresión en madres y padres porque tengo mi propio consultorio externo en un hospital de niños desde hace treinta años. Miles de madres han acudido a él y allí hemos examinado niños con todo tipo de trastornos, físicos y psicológicos. A menudo el niño no está enfermo, pero la madre está preocupada hoy por su hijo; quizás mañana no lo esté, aunque las circunstancias lo justifiquen. No

tardé en aprender a pensar en mi consultorio como en una sección para el manejo de la hipocondría materna y paterna. (Naturalmente, aunque en general eran las madres las que traían a los chicos, a veces lo hacían también los padres, pero no me refiero aquí a ellos por motivos de orden práctico.)

Para las madres es importante poder llevar a sus hijos al médico cuando se sienten algo deprimidas. Desde luego, a veces acuden a un consultorio para adultos y expresan su preocupación por el funcionamiento de sus órganos internos o de alguna parte de su organismo que no está completamente sana. También puede ocurrir que visiten a un psiquiatra para hablar abiertamente de su depresión; otras veces consultan a un sacerdote por sus dudas con respecto a su propia bondad, o recurren a un charlatán o un curandero. El hecho es que el sentimiento de duda está muy cerca de su opuesto, esto es, la creencia, y de un sentido de los valores, así como del sentimiento de que hay cosas que vale la pena preservar.

Por lo tanto, al llamar la atención sobre la depresión, me refiero no sólo a una seria enfermedad psiquiátrica, sino también a un fenómeno casi universal entre personas sanas, estrechamente vinculado con su capacidad, cuando no están deprimidas, para cumplir una buena tarea.

Una de esas tareas consiste en formar y conservar una familia, por lo cual ésta es una de las cosas que pueden peligrar cuando el marido o la mujer está deprimido. Permítaseme ofrecer un ejemplo:

Una madre trae a su hijo al consultorio externo porque observa que ha adelgazado durante la semana anterior. Me resulta evidente que se trata de una mujer crónicamente deprimida, y doy por sentado que, por el momento, la preocupación por su hijo le proporciona cierto alivio, ya que habitualmente se preocupa algo vagamente por sí misma. A través de mi contacto con el niño descubro que su enfermedad comenzó con uno de los habituales choques entre el padre y la madre, ocasión en que el padre preguntó de improviso a los dos hijos: "¿Quieren vivir conmigo o con mamá?", dando a entender que pensaban separarse. En realidad, el marido maltrata a su esposa constantemente; es un hombre inmaduro e irresponsable, que se siente completamente feliz. Pero aquí me interesa la madre y su estado depresivo crónico.

¿Cómo manejo la preocupación de esta mujer con respecto a la pérdida de peso de su hijo? En mi consultorio externo el tratamiento no consiste en manejar la depresión de la madre por medio de la psicoterapia, sino en examinar al niño. Por lo común no encuentro enfermedad alguna. Elijo este caso porque se trata de un niño que había comenzado a desarrollar diabetes. Un examen objetivo de su estado de salud y el consiguiente tratamiento eran lo que la madre necesitaba. Su marido seguirá maltratándola; ella continuará con su depresión crónica y, a veces, se sentirá profundamente deprimida. Pero, dentro de los límites del problema, logré aliviar su angustia. Naturalmente, además de un tratamiento para la diabetes, se ayudó al niño a comprender la situación hogareña. Con todo, no me sorprende comprobar que lo que hago no resuelve el problema más grave, es decir, la depresión crónica de la madre.

La responsabilidad limitada en el trabajo social

En muchos casos resulta factible manejar eficazmente la depresión de una madre examinando el problema que la preocupa y tratando de resolverlo. Por ejemplo, su manejo de la casa puede ser caótico, y quizás haya contraído inadvertidamente algunas deudas, a pesar de que desapruueba la deshonestidad; o tal vez su marido se haya quedado sin empleo y ella no puede pagar las cuotas del aparato de televisión.

Otra madre me trae a su hijita, por motivos que no resultan muy claros; casi se diría que los síntomas que me describe dependen de la sala del hospital que haya elegido. Si se tratara de un otorrinolaringólogo le preguntaría si es necesario operar a la niña de las amígdalas; si fuera un oculista, querría saber si la pequeña ve bien. Puede anticiparse a las expectativas de un médico y describir cualquier síntoma que parezca interesarle. Gracias a que logro redactar una cuidadosa historia clínica, la madre puede darse cuenta de sus propias fluctuaciones en lo que respecta a su actitud para con la niña y comprobar que, en general, su hija se desarrolla bien a pesar de las preocupaciones que experimenta cada tanto con respecto a ella. En realidad, la niña presenta

algunos síntomas, que incluyen una cierta pérdida del apetito.

En este caso, decido que mi tarea consiste en decir a la madre algo parecido a esto: "Hizo usted muy bien en traerme a la niña cuando empezó a preocuparse por ella; para eso estamos. En mi opinión, la niña se encuentra muy sana en este momento, y estoy dispuesto a reconsiderar mi opinión la semana que viene o cuando usted quiera volver".

Aquí la madre ha recibido la reaseguración que necesita gracias a que he examinado a la niña y he tornado en serio todos sus comentarios. Le resulta difícil creer que la niña está bien, pero quizás mañana habrá olvidado su ansiedad. Sería totalmente absurdo que un médico le dijera a una madre de este tipo que está haciendo un alboroto por nada, sobre todo cuando ello es absolutamente cierto.

Además, es importante recordar que cuando los padres padecen una enfermedad psiquiátrica, si queremos ser un apoyo para la familia debemos estar dispuestos a mantenernos "del lado del hogar contra" la autoridad, o cualquier otro factor que se haya convertido en un anatema para la madre o el padre.

A veces nos preguntamos por qué personas como las que he descrito no logran obtener ayuda por medios naturales, con lo cual la acumulación de caos y desesperanza se convierte en parálisis. En la vida corriente, un amigo habría hecho lo mismo que nosotros en nuestra relación profesional. Pero algunas personas no hacen amigos con facilidad. A menudo las personas con las que trabajamos son desconfiadas y se muestran retraídas o indiferentes; otras veces sucede que se han mudado de un barrio a otro, y carecen de la técnica necesaria para establecer contacto con los vecinos. Por lo común la gente es capaz de resolver las dificultades pequeñas, pero un fracaso puede activar fácilmente una depresión latente, y el mero hecho de no poder pagar una cuota de un crédito puede bastar para que surja la desesperanza con respecto a la vida y al sentido de la vida. Se ha desencadenado algo que tiene que ver con cuestiones mucho más profundas que la adquisición de un aparato de televisión.

Resulta claro que nuestra tarea no apunta tan sólo a solucionar los problemas a medida que van surgiendo día a día, pero dicho manejo es uno de los métodos que las personas emplean en su lucha contra la depresión. El manejo eficaz de un solo día de la vida significa esperanza; pero basta una pequeña dificultad para que surja la amenaza de un estado completamente caótico del que no habrá recuperación posible.

La asistencia social como terapia

En buena parte de nuestra labor profesional actuamos como psicoterapeutas, aunque no hagamos interpretaciones del inconsciente. Tratamos las depresiones, prevenimos depresiones y ayudamos a la gente a salir de ellas. Somos enfermeros mentales. En los hospitales para enfermos mentales, la dificultad de las enfermeras radica en que resulta muy difícil tener éxito, aunque, por fortuna, nosotros a menudo contamos con la oportunidad de lograrlo. Lo que se exige de una enfermera en este tipo de instituciones es la tolerancia frente al fracaso, que forma parte integral de su trabajo. Sin duda, ella debe envidiarnos por la oportunidad que tenemos de triunfar debido a que nuestro contacto con la depresión tiene lugar en el extremo de la escala donde existe una tendencia a la autocuración que a menudo podemos reforzar a través de nuestra labor. Al mismo tiempo, debemos reconocer que también nosotros encontramos a veces casos graves y debemos tolerar el fracaso y, sin duda, tenemos que aprender a esperar antes de estar seguro de que se ha obtenido algún resultado. Como psicoanalista, he tenido un excelente adiestramiento en lo que se refiere a esperar interminablemente. También hay otros resultados exitosos que no lo parecen en el papel: cuando nos sentimos seguros de que lo que hicimos valió la pena, aunque quizás el individuo en cuestión termine por volver a la cárcel, o una mujer se haya suicidado, o los niños hayan quedado bajo custodia judicial.

¿Cuál es la diferencia entre una enferma depresiva internada en un hospital y la depresión que a menudo podemos aliviar? No existe una diferencia esencial en cuanto a la psicología de los dos casos. La paciente melancólica hospitalizada, incapaz de hacer nada durante meses o incluso años, se golpea el pecho con los

puños y dice: "¡Desdichada de mí!"; es incapaz de preocuparse por nada en particular porque no puede acercarse siquiera a la verdadera causa. En cambio, siente una culpa sin límite y sufre interminablemente, y al final, todos sufrimos a causa de su padecimiento. A veces afirma que ha matado a alguien que amaba, o que por su culpa se produjo un accidente ferroviario en el Japón. No tiene sentido discutir con ella: nada logrará convencerla.

Por otro lado, los casos más promisorios son aquellos en que la mujer que está deprimida puede deprimirse por algo, algo que tiene sentido. Se preocupa porque no puede mantener su casa limpia, y aquí podemos comprender que la realidad está entretejida con la fantasía; la depresión le impide cumplir con esa tarea, lo cual, a su vez, la deprime.

Si la depresión asume la forma de una preocupación por algo, hay esperanzas, tenemos un camino de acceso. Nuestra tarea no consiste en tratar de ayudar a la mujer a llegar a la verdadera fuente de su sentimiento de culpa, como podría hacerse en un tratamiento psicoanalítico de varios años, pero sí en ayudarla durante un período de tiempo precisamente allí donde el individuo habla de fracaso, e infundirle así alguna esperanza.

Lo que quiero decir es que cuando la depresión de una madre se expresa en términos de preocupación o confusión contamos con una manera de tratar la depresión, ya que podemos referirnos a la preocupación o la situación caótica concreta. Por lo común, no resolveremos la depresión en esta forma, y a menudo lo más que podemos lograr es romper un círculo vicioso en el que el caos o la desatención de los hijos refuerza la depresión. En defensa de nuestra propia cordura, debemos tener siempre presente que el problema radica en la depresión y no en la preocupación concreta que se nos plantea. A menudo vemos que la depresión desaparece y que la madre puede entonces manejar detalles o pequeños inconvenientes que durante muchas semanas o incluso meses le resultaron insuperables, o bien comienza a recurrir una vez más a la ayuda de sus amigos.

Y cuando la depresión desaparece, la mujer nos dice que todo se debió a una constipación, de la que se curó tomando unas yerbas que le recomendó la esposa del almacenero. No debemos preocuparnos por ello; sabemos que hemos cumplido nuestro papel, influyendo indirectamente sobre la enfermedad de esta mujer y ayudándola a resolver el conflicto interno que la sumergía tanto en el inconsciente.

Ejemplos clínicos

Una joven acude a mí para solicitar tratamiento analítico. (No me referiré aquí al prolongado análisis de su tendencia a la depresión.) Ahora ya ha salido del hospital en el que permaneció durante un año, ha vuelto a trabajar y tiene cierta tendencia a pasar por breves fases depresivas. Hace poco llegó muy deprimida por algo que tenía que ver con la calefacción de su nuevo departamento. Habría tratado de arreglar la instalación antigua para ahorrar dinero, y ahora se encontraba con que debía adquirir artefactos nuevos. Cómo podría llegar a ganar lo suficiente para vivir? No veía nada alentador en su futuro, tan sólo una batalla perdida de antemano y una vida solitaria. Lloró durante toda la sesión.

Cuando regresó a su casa se encontró con que el problema de la calefacción ya estaba resuelto y con que alguien le había enviado algún dinero. Con todo, lo importante para nosotros es que su depresión desapareció antes de llegar a su casa y enterarse de que ambos problemas ya no existían. Cuando lo comprobó, ya se sentía llena de esperanzas, y aunque su situación real en el mundo no había cambiado en absoluto, no abrigaba dudas en el sentido de que podía ganarse la vida y yo había compartido su fase de desesperanza.

Pienso que nuestra tarea se vuelve inteligible y gratificadora si tenemos presente el tremendo peso de la depresión que debe disiparse dentro de la persona deprimida, mientras tratamos de ayudarla con su problema inmediato, cualquiera sea éste. Hay un aspecto económico en nuestra tarea, y podemos llevarla a cabo si hacemos lo adecuado en el momento propicio; pero si intentamos lograr lo imposible, el resultado es que también nosotros nos deprimimos y el paciente no cambia.

Permítaseme ofrecer ahora otros dos ejemplos:

Se trata de excelentes personas que me consultaron en forma privada. Constituyen una familia tradicional y viven en una hermosa casa rodeada de un amplio parque con toda clase de comodidades materiales. Me traen a uno de sus hijos, pues piensan que su desarrollo sigue un camino falso. El muchacho tiene modales perfectos, pero de alguna manera u otra, lo que ha perdido es su infancia.

Lo que quiero señalar es que, después de haber entrevistado en varias oportunidades a los dos hijos, descubrí gradualmente que era necesario que estuvieran a cargo de alguien que no fuera su madre, quien estaba pasando por un período muy depresivo. Sigue un tratamiento y no cabe duda de que resolverá el problema, pero mi labor con sus hijos, que hasta ahora ha tenido bastante éxito, ha hecho que la madre experimente una tremenda sensación de fracaso. Le ha resultado traumático tener que permitir que otra persona cuide de ellos. Lo que hace ahora es preocuparse por su hija, que es absolutamente normal. Me pide que trate a la niña y es importante que le haga saber cada tanto que la he estudiado desde todo los puntos de vista posibles y estoy dispuesto a reconsiderar el caso, pero que por el momento, la considero una niña normal. Cualquier duda que yo pudiera expresar sería entendida por la madre como una confirmación de su propia ansiedad en el sentido de que es un fracaso como madre. Desde luego, se trata de una excelente persona, y ella y su marido han logrado construir un hogar que perdurará y podrá velar por los hijos hasta que hayan dejado atrás la adolescencia y alcanzado esa independencia que comenzamos a llamar vida adulta. Tuve oportunidad de entrevistarme con esta madre después de haber escrito estas líneas. Se está tratando y se siente mucho menos deprimida que antes. Me dijo: "Hemos arreglado la casa y eso significa que ha desaparecido una grieta que había en el cielo raso de una de las habitaciones". Mi hija entró y dijo: "Qué suerte que esa grieta ya no está más". (Solía sentir terror cuando la veía.) Le respondí: "Evidentemente, su hija ha notado que usted está mejor".

Uno de mis colegas se resistió durante mucho tiempo a aceptar todo lo relacionado con la psicología. Era cirujano, y creo que él mismo se sorprendió cuando me dijo un día que quería que examinara a sus hijos porque le parecía que estaban plagados de síntomas. Lo que encontré fue una vida familiar sana, con mucha tensión entre los padres pero suficiente estabilidad. Los síntomas de los niños eran normales para su edad, y sabemos qué enorme cantidad de síntomas pueden presentar los niños cuando tienen dos, tres, y cuatro años. Estuve a punto de pasar por alto lo más importante, esto es, la depresión de un colega, que asumía la forma de dudas acerca de su capacidad como esposo y padre. Por fortuna, me di cuenta a tiempo y le dije: "Estos chicos son lo que yo llamo normales". Su alivio fue enorme y duradero, y la familia ha seguido creciendo y prosperando. Hubiera sido desastroso que, después de ver las ansiedades y dificultades en la vida de esos niños y en la relación entre los padres, yo hubiera intentado resolverlas. Mi tarea era limitada y creo que en este caso actué con eficacia, pero era necesario hacerlo inmediatamente, sin demora alguna y con tranquila certeza. Pienso que incluso un test de inteligencia, o cualquier expresión de duda por mi parte, habría transformado este caso en un problema muy difícil de manejar durante un largo período de tiempo. Sé que la esposa de mi colega me habría odiado si yo hubiera sugerido que los niños necesitaban psicoterapia.

Quisiera ahora llamar la atención sobre el grado de depresión que un individuo puede soportar, sin dañar seriamente a los demás. He aquí un caso que servirá como ilustración:

Se trata de una mujer particularmente brillante en el campo intelectual y que sin duda habría podido ocupar un cargo de gran responsabilidad en la esfera de la educación. Con todo, prefirió casarse y ha criado tres hijos, que ya están casados; tiene ahora ocho nietos. Se podría decir que su vida ha sido notablemente exitosa, sobre todo en lo que se refiere a la educación de los hijos y la formación de una familia. Pudo soportar la muerte prematura del esposo, y logró no apoyarse excesivamente en los hijos, cuando siendo ya viuda, se vio obligada a trabajar a fin de canalizar sus energías y ganarse la vida. Pude enterarme de que esta mujer padece desde hace muchos años un severo episodio depresivo todas las mañanas. Desde que despierta hasta que toma el desayuno y se arregla, experimenta una muy profunda depresión que no sólo la lleva a llorar sino también a veces a experimentar impulsos suicidas.

Creo que esta mujer es tan enferma, desde que se levanta hasta que toma el desayuno, como muchos melancólicos internados en hospitales psiquiátricos. Ha sufrido intensamente, y, sin duda, su familia habría llevado una vida aún más feliz si ella no hubiera tenido que luchar contra esta enfermedad. No obstante, en este caso, como en el de tantas otras personas, la depresión se ha mantenido dentro de ciertos límites, sin afectar mayormente a los demás. En la medida de lo posible esta mujer ha llegado a aceptar que así es la vida para ella. Durante el resto del día, lo único que podría decirse es que se trata de una persona muy valiosa y que su sentido de la responsabilidad es precisamente lo que los niños necesitan para sentirse seguros.

Con todo, estas personas bastantes normales que padecen depresiones tienen amigos, amigos que los conocen, los quieren y los valoran, por lo que pueden proporcionarles el apoyo adecuado cuando ello resulta necesario. Pero, ¿qué ocurre con los individuos que además tienen dificultades para hacer amigos y recurrir a los vecinos? Esta es la complicación que hace necesaria nuestra intervención, en forma profesional, a fin de ofrecer el mismo tipo de ayuda que puede proporcionar un amigo, pero de manera profesional y con ciertas limitaciones. La misma desconfianza que le impide hacer amistades entorpecerá la capacidad de una persona para utilizarnos en el terreno profesional. O bien puede ocurrir que se nos acepte como amigos y se nos idealice, de modo que permanentemente oímos hablar mal de alguna otra persona, sea una asistente social, las autoridades locales, el comité para la vivienda, la familia de negros que vive en la planta baja, o los suegros. Este es un sistema paranoide, dentro del cual lo bueno y lo malo están separados por una nítida línea divisoria. Cuando por algún motivo se nos ubica del lado de lo malo, quedamos excluidos.

Psicología de la depresión

Concluiré con una breve descripción de la psicología de la depresión. Éste constituye, sin duda, un tema sumamente complejo, sobre todo porque hay varios tipos de depresión:

melancolía severa; depresión que alterna con manía; depresión que se manifiesta como negación de la depresión (estado hipomaniaco); depresión crónica, con ansiedad más o menos paranoide; fases depresivas en personas normales; depresión reactiva, relacionada con el duelo.

Todos estos estados clínicos presentan ciertos rasgos comunes. Lo más importante es que la depresión indica que el individuo acepta la responsabilidad por los elementos agresivos y destructivos en la naturaleza humana. Significa que la persona deprimida tiene la capacidad de soportar una cierta cantidad de culpa acerca de cuestiones que son en general inconscientes, lo cual permite la búsqueda de una oportunidad para la actividad constructiva.

La depresión constituye un signo de crecimiento y salud en el desarrollo emocional del individuo. Cuando las etapas tempranas del desarrollo emocional no se han cumplido en forma satisfactoria, el individuo no llega a sentirse deprimido. Quizás esto resultará más claro si me refiero al desarrollo de un sentimiento de preocupación. Si el crecimiento individual es normal, y solo en ese caso, en algún momento el niño comienza a preocuparse por sí mismo y por los resultados de su amor. Amar no significa tan sólo un contacto afectuoso, sino que debe reunir en sí mismo las urgencias instintivas que tienen un origen biológico, y la relación que se desarrolla entre un niño y una madre (o el padre u alguna otra persona) contiene ideas destructivas. No es posible amar libre y plenamente sin tener ideas que son destructivas. El surgimiento de un sentimiento de culpa por esas ideas y urgencias destructivas que son inherentes al hecho de amar está seguido de la necesidad de dar y reparar, y de amar en forma más adulta. (Desde luego, "amar" es paralelo a "ser amado".) La oportunidad para la actividad constructiva forma parte integral del proceso del crecimiento y está íntimamente relacionada con la capacidad para experimentar culpa y duda, y para deprimirse.

Con todo, gran parte de todo esto siempre es inconsciente, y la depresión como estado de ánimo refleja precisamente este hecho. Cuando la agresión y la destructividad que forman parte de la naturaleza humana, y la

ambivalencia, como se la llama a veces, en las relaciones humanas, se han alcanzado en el desarrollo personal, pero han sido profundamente reprimidas y se han vuelto inaccesibles, entonces la melancolía se presenta como una enfermedad, una enfermedad en la que el sentimiento de culpa que es el agente paralizador ya carece de sentido, y éste solo puede recuperarse a través de un largo y profundo tratamiento psicoanalítico.

Con todo, conviene recordar que puesto que hay un poco de salud allí donde hay depresión, ésta tiende a curarse por sí misma, y a menudo una pequeña ayuda exterior constituye el factor determinante de su desaparición. La base para esta ayuda es la aceptación de la depresión y no la urgencia de curarla. Es precisamente cuando el individuo puede dejarnos donde podemos proporcionarle ayuda, que tenemos nuestra oportunidad para ofrecérsela en forma indirecta, recordando que lo que en realidad hacemos es actuar como enfermeros mentales en un caso de depresión. NOTAS:

(1) El efecto de las psicosis en la vida familiar es tratado en los Caps. 8 y 9.

Biblioteca D. Winnicott

Efectos de la pérdida en los niños

- 1968 -

Es curioso, pero cierto, que a la gente haya que recordarle que los SENTIMIENTOS importan. Nuestros propios sentimientos forman una parte importante de lo que somos, y sin embargo cuando se trata de los sentimientos ajenos fácilmente nos desentendemos y suponemos que todo anda bien. Ya es bastante difícil declarar lo que pensamos en lo que atañe a los sentimientos positivos de amor y confianza, y obramos con timidez al respecto; cuando se trata de sentimientos negativos, o asociados al odio, el temor y la sospecha, somos muy precavidos y tendemos a negar lo que sabemos verdadero. Peor aún es la tendencia que hallamos en nosotros a negar la tristeza o la aflicción de otros, a simular ante nosotros mismos que en realidad todo marcha bien.

Tal vez pueda perdonársenos. Cada cual lleva consigo mucha tristeza y confusión y hasta desesperanza, y apenas si podemos levantarnos por la mañana a hacer nuestro trabajo dejando a un lado ciertas cosas graves. Por eso, cuando nos encontramos con la aflicción de algún otro, pronto le ponemos fin a la fase de convivencia mórbida y entonces nos sentimos perfectamente bien y esperamos que el otro se sienta así también.

Es como si hubiera terminado el juego de los soldaditos. Todas las personas y los animales de juguete que están muertos, tirados en el suelo, se vuelven a poner de pie, y el mundo se puebla otra vez de seres vivos.

Pero la vida no es un juego, y para quien ha sufrido una pérdida ésta es permanente por más que se recupere, y ello a partir de que vuelva a surgir el sentimiento de que la persona muerta está viva, de modo tal que el período de duelo puede decirse que acabó, salvo quizá para los aniversarios, o cuando algún hecho especial trae un recuerdo que, de pronto, no hay oportunidad de compartir.

Nos resulta sencillo subestimar los efectos de la pérdida en los niños. ¡Los niños se distraen con tanta facilidad, y la vida sigue bullendo, les guste o no! Pero la pérdida de un progenitor, un amigo, una mascota o un juguete predilecto puede quitarle todo valor al vivir, de manera tal que lo que erróneamente creemos que es la vida constituye para el niño un enemigo, que engaña a todos menos a él. El niño sabe que hay que pagar un precio por ese estar vivo.

O tal vez no se le dé tiempo para pagar el precio por esta aflicción y desesperanza subyacentes, y entonces se crea una falsa personalidad, chistosa, superficial y capaz de distraerse infinitamente. Entonces uno se lamenta de que el niño nunca se conforma con nada, o pasa de una relación a otra sin poder hacerse de amigos.

Esto puede calar muy hondo, y ser difícil de curar. No obstante, vale la pena que advirtamos que

rehusándole al niño el pesar y la desesperanza reales, o aun las ideas autodestructivas directamente ligadas a la grave pérdida sufrida, no contribuimos a aliviar su malestar.

Cuando nos encontramos con un niño retraído e infeliz, sin duda una operación de sostén comprensivo será más eficaz que arrastrarlo a un estado de olvido y de falsa animación. Si esperamos y esperamos junto a él, a menudo seremos recompensados por cambios reales, que indican una tendencia natural a recobrase de la pérdida y del sentimiento de culpa que alienta el niño, por más que de hecho él no haya contribuido al suceso trágico.

Biblioteca D. Winnicott

El efecto de la psicosis en la vida familiar

(1960)

Quizás convendría que intentara explicar primero qué significa para mí la palabra psicosis. Es una enfermedad de naturaleza psicológica pero no es una psiconeurosis. En algunos casos tiene una base física (por ejemplo, arteriosclerosis). Es una enfermedad que se da entre los seres humanos, y las personas que la padecen no son bastantes sanas como para ser psiconeuróticas. Resultaría más sencillo comprender esto si se pudiera decir que psicosis significa "muy enfermo" y psiconeurosis "bastante enfermo"; pero la complicación radica en que las personas sanas pueden "juguetear" con la psicosis, mientras que ello no sucede a menudo con la psiconeurosis. La psicosis es algo mucho más concreto y más relacionado con los elementos de la personalidad y la existencia humanas que la psiconeurosis, y, para citarme a mí mismo, sin duda somos muy pobres si somos totalmente cuerdos.

Psicosis puede tomarse como el término popular que designa esquizofrenia, depresión maníaca y melancolía con complicaciones más o menos paranoides. No existe una clara división entre una enfermedad y otra, y a menudo sucede que una persona obsesiva, por ejemplo, se vuelve deprimida o confusa, para luego regresar a su estado obsesivo; aquí las defensas psiconeuróticas se transforman en psicóticas y recuperan luego su carácter habitual. O bien ocurre que personas esquizoides se transforman en depresivas. La psicosis representa una organización de las defensas, y detrás de todas las defensas organizadas existe la amenaza de la confusión, de un derrumbe de la integración.

Lo que nos revelará con mayor claridad cuál es el efecto de la psicosis sobre la vida familiar, será el examen de casos concretos. Quienes nos interesamos por estos problemas sabemos que muchas familias se deshacen debido a la existencia de psicosis en uno de sus miembros, y que la mayoría de ellas probablemente permanecerían intactas si fuera posible aliviarlas de esa tensión intolerable. Esto constituye un tremendo problema práctico y existe una imperiosa necesidad de contar con medidas preventivas, sobre todo en la forma de una atención psiquiátrica hospitalaria para los niños. Pienso aquí en términos de un centro residencial que se hiciera cargo de los niños durante un período indefinido, y del cual fuera posible sacarlos y someterlos a un tratamiento psicoanalítico diario a cargo de profesionales que, al mismo tiempo, trataran también otro tipo de pacientes, incluyendo adultos.

Los problemas planteados por la psicosis son los mismos que los ocasionados por la deficiencia mental primaria, deficiencias físicas tales como diplejia espástica y trastornos relacionados, los efectos secundarios de la encefalitis (por fortuna, menos comunes hoy que en la década de 1920), y las diversas formas clínicas de la tendencia antisocial que revela deprivación. Con todo, para nuestros fines concretos, la psicosis propiamente dicha indicaría un trastorno del desarrollo emocional en un nivel temprano, sin que exista lesión cerebral. En algunos casos se advierte una fuerte tendencia a la psicosis hereditaria, mientras que en otros ello no constituye un rasgo significativo.

Comenzaré con un caso que seguí durante muchos años sin poder modificar en absoluto la situación.

Una mujer algo masculina tuvo un niño, que resultó ser una especie de caricatura del padre. Éste dependía en alto grado de su mujer, y casi nunca tomaba decisiones ni asumía responsabilidades. No obstante, se ganaba bien la vida como experto en un tema muy especializado. Muy pronto el niño reveló signos de que poseía una excelente inteligencia y era psicótico. Su trastorno no se reconoció desde el comienzo porque todos los signos podían tomarse como una reproducción de las características de la infancia de su propio padre. La abuela decía siempre: "Pero eso es lo que hacía su padre". Por ejemplo, con la actitud típica del psicótico, se acercaba a su abuela que estaba en la sala y le decía: "Te has hecho caca encima". También su padre tergiversaba las cosas y solía decir lo mismo cuando era niño.

Mientras que las especializaciones del padre resultaron provechosas, las del niño eran totalmente inconducentes. Por ejemplo, llegó a clasificar hasta treinta y ocho clases diferentes de señales de tránsito en las calles de Londres, pero, en cambio, nunca consiguió especializarse en nada provechoso.

Desde luego, no podía sumar porque no conocía el significado de UNO, pero, con un poco de suerte, habría podido prescindir de las sumas y entrar directamente a las matemáticas superiores, o bien convertirse en un prodigio del ajedrez. Pero no fue así. Ahora tiene treinta años y sus padres se han visto obligados a enfrentarse a los problemas inmediatos y también a pensar en el futuro. Han economizado a fin de dejarle una provisión de dinero suficiente que asegurará su cuidado futuro. No se atrevieron a tener más hijos. Lo que resulta aún más lamentable es que ellos mismos podrían haber crecido, como ocurre con muchas otras parejas, y quizás más tarde podrían haberse separado y cada uno por su lado comenzar una nueva vida matrimonial más madura; pero la psicosis se interpuso y mantuvo a estas dos personas responsables atrapadas en un círculo vicioso del que resulta imposible escapar.

Al relatar este caso he dejado deslizar algunas opiniones personales sobre el matrimonio y la posibilidad de volver a casarse. Hay quienes creen genuinamente en la posibilidad de crecer; tales personas, al no haber tenido adolescencia, pasarán si es preciso por esa etapa en algún momento de la edad madura. La cuestión es: ¿Pero, hasta qué punto las ventajas pueden llegar a compensar semejante aflicción? Cuando la psicosis o un trastorno similar domina el cuadro puede no haber otra salida que seguir tratando de soportar la situación, excepto, quizás, para los irresponsables.

He aquí otro caso a largo plazo:

Fui consultado acerca de un niño de siete años y medio, hijo único, que nació con signos evidentes de lesión cerebral. Por la época de la consulta se lo consideraba mentalmente deficiente, pero, por otro lado, había numerosas indicaciones de que era inteligente. Aprendió a leer a los ocho años simplemente porque tuvo una niñera que se empeñó en enseñarle a leer aunque le hiciera daño. Esta nueva posibilidad fue muy importante y proporcionó cierto alivio a los padres. El niño (que ahora tiene veinte años), empezó a presentar problemas desde temprano. Era hijo único y posiblemente su concepción fue el resultado de un descuido. Supongo que estos padres nunca quisieron tener un hijo o bien que no estaban preparados para ello. Dedicaban todo su tiempo al trabajo, a los caballos y a las actividades que les proporcionaban placer; su plan de vida consistía en dedicar algunos días y noches de concentrado trabajo de oficina entre semana, alojados en un pequeño y coqueto departamento, todo eso intercalado entre fines de semana transcurridos en el corazón de Inglaterra viviendo al aire libre, participando en cacerías del zorro y en las fiestas posteriores a ellas. La verdadera vida de estas personas transcurría durante los fines de semana.

Y ahora pensemos en lo que debió significar, en ese contexto, la aparición de un niño psicótico que grita durante toda la noche, que se ensucia y se moja encima, que no le gusta nada la vida de campo, tiene miedo de los perros y se niega a montar un caballo. Es algo sencillamente catastrófico.

Estas excelentes personas tuvieron que hacer una adaptación muy artificial a un tipo de vida adecuado para el niño, pero el problema consistía en que nada le resultaba adecuado. Hicieron enormes sacrificios para costearle un tratamiento, pero tampoco esto sirvió para curarlo. El padre murió prematuramente de apoplejía, cuando estaba en la cumbre de su carrera, y la madre ha quedado desamparada, y única responsable del niño. Por

fortuna, un instituto le ha ofrecido su ayuda y el niño está actualmente internado allí, aunque sin ninguna perspectiva de llegar a convertirse en una persona madura, capaz de asumir responsabilidades. Lo peor es que se trata de una criatura encantadora a la que nadie pensaría en dañar, pero que siempre necesitará contar con el tipo de atención que resulta fácil brindar a un niño normal de cinco años, pero que ya no es tan fácil si debemos dispensarla de por vida a un mismo niño.

Quisiera presentar ahora un caso menos infortunado:

Un niño, hijo de padres muy responsables, comenzó a atrasarse en su desarrollo en un momento dado, el cual, aparentemente coincidió con el embarazo de la madre. Desarrolló una profunda psicosis infantil y, hasta hace poco, se habría podido pensar que el niño era un deficiente mental.

En este caso fue posible someterlo a una psicoterapia, y el tratamiento logró resultados razonablemente satisfactorios. Los padres hicieron cuanto estaba en sus manos por costear dicho tratamiento y por aguardar a que éste comenzara a surtir efecto, pero no habrían podido mantener el hogar intacto de no haber sido por un arreglo al que se llegó a través del dispensario del hospital, merced al cual varias veces por semana, un automóvil recorre veinte millas para buscar al niño y luego lo lleva de vuelta a su casa, cosa que se viene realizando hace más de dos años. El gasto ha sido enorme pero plenamente justificado.

En este caso, la familia apenas si pudo soportar la enfermedad del niño. Quisiera mencionar aquí que el tratamiento exitoso de un hijo puede resultar traumático para ambos progenitores o para uno de ellos. La psicosis latente en el adulto, que hasta ese momento se mantenía oculta y dormida, sale a la superficie debido a los profundos cambios positivos del niño, y reclama reconocimiento y atención. En el siguiente caso, un internado aceptó al niño como pupilo:

El director de una escuela pública tenía un hijo que estuvo a punto de arruinar su carrera, lo cual era catastrófico ya que carecía de aptitudes para desempeñarse en otra actividad. El niño, el menor de varios hijos, todos los cuales eran normales, desarrolló un estado confusional que persistió convirtiéndolo en una persona desagradable en su escuela y en la institución en la que pasaba las noches. Se mostraba tremendamente alborotado e imprevisible. Su madre habría podido tal vez manejar una criatura más normal, pero ya no era tan joven como para lidiar con su hijo menor, cuyo estado le imponía un constante desasosiego. El padre se recluyó en su estudio y en su rutina, mientras observaba todo de muy lejos, como quien contempla algo a través de un telescopio invertido.

La madre es una mujer de gran tenacidad, y siempre trata de ayudar a los padres que se encuentran en una situación similar a la de ella. La familia se habría deshecho de no haber sido porque una institución se hizo cargo del niño y lo aceptó tal como era, sin esperar que realizara ningún cambio positivo. En la actualidad tiene casi veinte años y sigue en el mismo establecimiento educativo.

Cada vez es mayor el número de internados que procuran que sus alumnos progresen; o sino, contamos también con escuelas para niños inadaptados. El niño al que me he referido aquí no era inadaptado ni manifestaba ningún tipo de tendencia antisocial; es un muchacho afectuoso y siempre espera que lo quieran. Pero sus episodios confusionales son frecuentes o, en el mejor de los casos, logra organizarse en varios fragmentos disociados. ¿Era posible proporcionarle tratamiento? Lo entrevisté varias veces, pero no encontré ningún lugar que lo alojara y cuidara de él, y al mismo tiempo le permitiera acudir diariamente a mi consultorio o al de un colega.

Los casos como éste no encuentran solución porque carecen de esa tendencia antisocial que obliga a las autoridades a imponer algún límite, sea emocional o físico. La enfermedad de este niño simplemente va desgastando la estructura familiar y aquél ni siquiera obtiene placer o ventajas del hecho de intentar, fracasar o tener éxito. Los demás hijos de tales familias se alejan en la primera oportunidad que se les presenta y los padres, a medida que envejecen, se van marchitando, preocupados por lo que ocurrirá cuando ellos ya no estén

en condiciones de cuidar del hijo enfermo. No viene al caso determinar aquí si fue algo relacionado con los padres lo que dio origen a la enfermedad del niño, como suele suceder; en todo caso, lo importante es que el daño no fue intencional ni solapadamente provocado, sino que simplemente tuvo lugar.

Un profesor del norte del país y su esposa tenían una buena familia y todo anduvo bien hasta que se manifestó una psicosis infantil, basada en un cretinismo que hasta ese momento había pasado desapercibido. A los padres les resultó sencillamente imposible hacer frente a la psicosis de su hija.

En este caso tuve la suerte de poder recurrir a personas amigas en una institución oficial, gracias a lo cual no tardamos en encontrar un hogar adoptivo para esta niña, una familia de clase obrera que vivía en un distrito en el sur de Inglaterra. Aquí, la niña atrasada, pero cuyo desarrollo no se había detenido, fue aceptada como una criatura convaleciente de una enfermedad. Esta solución permitió salvar a la familia del profesor, quien pudo seguir adelante con su carrera. Me interesó observar que la diferencia entre el status social de los padres y el de la familia adoptiva no parecía tener importancia alguna, y para la niña fue muy importante que nadie esperara de ella un desempeño intelectual brillante. Además, me alegró que hubiera tanta distancia entre el hogar de los padres de la niña y su hogar adoptivo.

A menudo ocurre que los padres se sienten culpables de la enfermedad del hijo. Sin que puedan explicarlo, confunden la enfermedad del niño con un merecido castigo. Los padres adoptivos no soportan este tipo de carga, lo cual les otorga una mayor libertad para aceptar que el niño es grosero, extraño, atrasado, incontinente y dependiente.

Por más que caiga de su peso, quiero insistir sobre este punto: jamás debería permitirse que una familia se desintegre debido a la psicosis de uno de los hijos o de uno de los progenitores. Por lo menos deberíamos estar en condiciones de ofrecer algún alivio, cosa que en la actualidad por lo común no podemos hacer. No sé a ciencia cierta por qué la mayoría de los ejemplos que he presentado se refieren a niños varones. ¿Será un hecho accidental, o tendrán tal vez las niñas mayores recursos para disimular, para representar un papel, para parecerse a la madre, al tiempo que preservan internamente su identidad de bebés que aún no han nacido? Creo que existe algo de cierto en la teoría de que a una niña le resulta más fácil que a un varón arreglárselas con un falso self, capaz de someterse e imitar; esto es, a una niña le resulta más fácil evitar el examen de un psiquiatra de niños. Es probable que el psiquiatra deba intervenir cuando la niña desarrolla anorexia o colitis, o se muestra insoportable en la adolescencia, o se convierte en una joven depresiva.

Una niña de trece años, que vivía a más de ciento cincuenta kilómetros de mi consultorio, me fue enviada por las autoridades locales que habían agotado ya todos sus recursos al respecto. Vi en la sala de espera a una jovencita sumamente desconfiada, junto a su padre, que parecía dispuesto a fulminarme en cualquier momento. Tuve que actuar rápidamente y le rogué al padre que esperara mientras entrevistaba a la niña durante una hora. Así, al ponerme de su lado, pude establecer con ella un contacto profundo que duró muchos años y que aún persiste. Tuve que aceptar sus delirios paranoides con respecto a su familia, delirios que venían envueltos en hechos que probablemente eran exactos.

Luego de una hora me permitió ver al padre, quien había asumido una actitud muy arrogante y estaba a la defensiva, pues era un personaje importante en el gobierno de su ciudad y sentía que su posición estaba en peligro por los embustes que la niña contaba a todo el mundo. Debido a la posición política del padre, las autoridades locales no habían podido actuar como correspondía, y no parecía existir ninguna solución definida para el problema.

Lo única que pude hacer fue afirmar que la niña nunca debía regresar a su casa. Sobre esta base vivió un par de años en un instituto especial que tenía una directora excepcional, y donde se sintió feliz y se le pudo confiar el cuidado de niños más pequeños.

Con todo, fue ella misma la que empezó a visitar a su familia, y es probable que inconscientemente, existiera una alianza recíproca con la madre. No tardaron en surgir nuevamente dificultades.

Luego me enteré que estaba en una escuela especial junto con una serie de jóvenes prostitutas. Allí permaneció durante uno o dos años sin convertirse en prostituta porque no era una criatura deprivada con tendencias antisociales. Las jóvenes compulsivamente heterosexuales con las que vivió durante esos años solían burlarse de ella por no dedicarse a la misma actividad.

Pero esta muchacha seguía siendo sumamente paranoide. Creaba situaciones de celos y luego huía. Por fin, la enviaron a una institución para inadaptados, y luego se recibió de enfermera. Solía llamarme por teléfono, a cualquier hora, para decirme que se había metido en dificultades en el hospital. Las enfermeras y las monjas eran muy buenas y aprobaban su trabajo y los pacientes la querían, pero siempre había alguna cosa que la ponía en un aprieto: mentiras que había dicho para obtener el empleo, deudas impagas, etc., pero ella misma sabía que yo nada podía hacer y se despedía de mí y cortaba. La misma historia se repetía luego en otro hospital y también la misma desesperanza. Siguió siendo un alma acosada, y la base de mi relación con ella fueron estas palabras: "Usted nunca debe volver a su casa". Pero nadie que tuviera un contacto mayor con su familia habría podido decirlo, porque no se trataba en realidad de un mal hogar y, de haber superado su enfermedad paranoide, esta joven habría podido aceptar su hogar como algo bastante tolerable.

La enfermedad psicótica en uno de los progenitores por lo común nos derrota precisamente porque la responsabilidad recae en ese caso sobre las personas enfermas. No siempre es cierto que queda el otro miembro de la pareja para llevar las cosas adelante, y puede muy bien suceder que el progenitor sano se aleja para proteger su propia cordura, aun cuando ello signifique dejar a un hijo abandonado a la psicosis del otro progenitor.

En este caso, eran los padres quienes padecían la enfermedad:

El caso se refiere a un varón y una niña, que sólo se llevaban un año de diferencia. La niña era mayor, cosa que en este caso constituyó un verdadero desastre. Eran los dos únicos hijos de un matrimonio muy enfermo. El padre era un hombre de mucho éxito en los negocios y la madre, una artista que sacrificó su carrera para casarse. Puesto que padecía una esquizofrenia latente, resultaba muy inadecuada como madre. Cerró los ojos y se zambulló en el matrimonio, y tuvo esos dos hijos a fin de socializarse dentro de su círculo familiar. El padre era un individuo maníaco-depresivo y prácticamente un psicópata.

La madre comenzó a soportar a su hijo cuando éste dejó de "ensuciarse"; en general, no le gustaban los bebés. Le hacía el amor en forma continua y violenta -aunque no físicamente que yo sepa- y el niño tuvo un derrumbe esquizofrénico al llegar a la adolescencia. La niña tenía un fuerte vínculo con el padre, lo cual le brindó una segunda oportunidad; esperó a tener cuarenta años y a que sus padres hubieran muerto antes de poder derrumbarse. Mientras tanto, se convirtió en una exitosa mujer de negocios, y se hizo cargo de las tareas de su padre después de la muerte de éste. Despreciaba a los hombres y, "no entendía por qué motivo se pensaba que eran superiores"; y a través de su trabajo demostró que no tenía nada que envidiarles en ese campo, mientras que su hermano carecía de todo aquello que caracteriza a un hombre. El hermano se casó, tuvo hijos y luego se libró de su esposa a fin de hacer de madre de sus hijos, papel que desempeñó a la perfección.

Eventualmente, luego de haber borrado todo su pasado, esta mujer extremadamente enferma y con un falso self exitoso acudió en busca de tratamiento. Quería que la ayudaran a derrumbarse, a encontrar su propia esquizofrenia, cosa que logró. El médico que me la envió no se sintió sorprendido cuando le informé por carta, antes de comenzar el tratamiento, que si todo iba bien la paciente se derrumbaría y requeriría, una atención permanente. En efecto, consiguió que la declararan oficialmente insana, luego de lo cual en poco tiempo pudo reponerse de su enfermedad y hacer que la dieran de alta antes de ser sometida a electroshock y leucotomías, métodos que, lógicamente, aborrecía.

Así, tenemos aquí una psicosis en los padres cuyos efectos se hicieron sentir en dos hijos muy inteligentes que en la actualidad tienen casi cuarenta y cinco años. La mujer tal vez tenga alguna posibilidad de llevar la vida de una verdadera persona, aunque no estoy todavía completamente seguro de ello. (Resultados del estudio Follow

up: favorables.)

Si se me presentara otro caso como éste en el futuro, prudentemente dejaría que algún otro asumiera la responsabilidad de contribuir al derrumbe de la paciente; pero, sin embargo, me alegro de haber sido testigo presencial del alivio que ese derrumbe puede proporcionar a una persona que posee un falso self tan armado y en un grado tan extremo.

La pregunta es: ¿Qué es lo que descubrimos a través de la breve descripción de este caso? Quizás lo importante aquí sea que no existía para la niña la menor posibilidad de alivio hasta que sus padres hubieran muerto y ella lograra establecerse como una persona independiente. El precio de la espera fue tremendo: la hizo sentirse, inútil e irreal, exceptuando algunos fugaces reflejos de la realidad concreta que obtuvo a través de las artes visuales y de la música.

Es un hecho terrible y, no obstante, innegable, que a veces no existe ninguna esperanza para los hijos sino hasta después que los padres hayan muerto. En estos casos, la psicosis se da en el progenitor, y su efecto sobre el niño es tal que la única salida posible es el desarrollo de un falso self. Desde luego, puede ocurrir que el niño muera antes que su progenitor pero, de cualquier manera, su verdadero self ha conservado su integridad, oculto y a salvo de toda violación.

Estos casos revelan parte de la desesperanza que es imposible evitar en el curso de la labor clínica con seres humanos. A veces, cuando enfrentamos una enfermedad muy seria, no debemos intervenir demasiado, sino aguardar, quizás hasta que la familia se derrumbe debido a la tensión reinante; a veces nuestra tarea consiste en terminar con una situación antes de que el deterioro aumente, en otras ocasiones tratamos de eliminar la confusión existente. Con excesiva frecuencia, no tenemos motivo alguno para abrigar esperanzas, y es preciso que aceptemos este hecho, pues no podremos ayudar a los demás si nosotros mismos nos dejamos paralizar por la desesperanza.

.

.

.

P S I K O L I B R O



Biblioteca D. Winnicott

Ejemplo clínico de la sintomatología posterior al nacimiento de un hermano - Cerca de 1931 -

Un niño de tres años fue traído al hospital por su madre, una mujer inteligente pero no muy instruida, la que dijo que su hijo sufría un dolor en el pene. El joven y sensible médico que la atendió en primera instancia se sintió algo incómodo ante la palabra "pene", y mostró signos de alivio cuando la madre procedió a relatarle otros síntomas; y cuando al final vino a verme para comentarme el caso, ya se había olvidado el detalle del pene. Por fortuna, yo me había enterado por otros medios del pedido de consulta. Esta tendencia a olvidar la parte sexual de la vida de nuestros pacientes es casi universal. Hay muy buenas razones para la amnesia, y la oposición a la psicología dinámica moderna ha derivado principalmente de las mismas fuerzas que hicieron que este médico olvidara el síntoma primordial de este pequeño paciente con una madre inteligente.

El médico le permitió a la madre hablar lo suficiente como para obtener los siguientes detalles: durante unos meses el niño había estado irritable y con deseos de orinar más urgentes y frecuentes; además, le había brotado un sarpullido que se rascaba de continuo, dejando pápulas sangrantes. El examen físico no mostró ninguna anomalía, aunque podría añadirse que el médico no examinó el pene. Esto también era normal.

Las escaras de la urticaria papulosa rascada se reconocían fácilmente, y algunas estaban aún presentes, rodeadas por piel de color rojo; durante todo el tiempo de la consulta, el niño se estuvo rascando suavemente estos lugares.

El médico diagnosticó urticaria papulosa, afección que había llegado a considerar como una enfermedad, y empezó a preguntarle a la madre si el niño había comido alguna banana en los últimos tiempos, lo que por supuesto en efecto había sucedido. También sospechó que podría tratarse de una cistitis, e hizo un análisis de orina; no obstante, en éste no aparecieron células purulentas ni microorganismos. Lo desconcertó la extrema urgencia de la micción en ausencia de cistitis, pues su formación médica no le había enseñado que de lejos la causa más común del aumento de la micción es la angustia, relacionada con la batalla en torno de la masturbación, hasta tal punto que a menudo se justifica considerarla normal. Lo curioso es que este médico sabía, por su experiencia personal, que la excitación lo hacía querer ir a alguna parte, pero sabía esto con una parte de su mente distinta de la que utilizaba para abordar los problemas clínicos. En otros términos, aún no era un clínico.

Mi tarea consistió en tratar de entramar los diferentes síntomas clínicos en un solo tejido. La experiencia me ha enseñado que, en la medida de lo posible, lo mejor es dejar que la madre haga esto por mí, así que

simplemente le di la oportunidad de terminar de decirme lo que tenía que decir. Lo primero que hizo fue agregarme algunos detalles sobre el dolor del pene. Comentó que no había visto nada malo, pero que el niño continuamente se ponía la mano sobre el pene, y cuando ella le preguntaba por qué lo hacía, siempre le contestaba: "Porque me duele". Me comentó asimismo que el niño siempre había tenido esas manchas en la piel, pero que nunca le habían causado trastornos hasta los últimos meses. El trastorno consistía en una especie de compulsión a rascarse, de modo que empeoraban, y además las pápulas rascadas sangraban y podían infectarse. La urgencia de la micción no era tampoco totalmente nueva, sino que se había convertido en un problema recientemente. Al mismo tiempo, el niño había empezado a orinarse en la cama.

Entonces le pregunté a la madre qué edad tenía el nuevo bebé. Me dijo: "Tres meses; de hecho el niño había estado muy bien hasta que nació el hermano, y todo hacía pensar que fue este nacimiento el que le hizo cambiar en la forma en que he descrito, como si le hubieran partido de un golpe la nariz. ¿Podría ser eso, doctor, a pesar de que hicimos cuanto estuvo en nuestras manos para que se diera cuenta de que no sentíamos por él nada distinto?".

Creo que la secuencia clínica en su conjunto resulta ahora tan clara para cualquiera con un conocimiento de la naturaleza humana, que es casi un agravio a la inteligencia tratar de ponerla por escrito. Sin embargo lo haré para completar el cuadro; y a quienes se han olvidado de sus sentimientos de la infancia y la niñez temprana debo recordarles que esos sentimientos son muy intensos, quizá más de lo que pueden experimentar los adultos. Muy pocos recuerdan la intensidad de sus propios sentimientos infantiles, y no es probable que quienes lo hacen, como algunos poetas, lean este trabajo, que se ocupa de lo racional más bien que de lo intuitivo.

Este niño, bastante sano, estaba en la edad en que la valoración de la realidad implica una disminución de la dicha. Ya había explorado lo autoerótico como forma de abordar su desdicha.

El arribo de un nuevo bebé le hizo tomar aguda conciencia precisamente de esa clase de realidad que le estaba causando una merma de su dicha, a saber su posición de tercero respecto de sus padres. Esto es válido ya sea que él sintiera más amor por su padre o por su madre.

Salvo que deje de aceptar la realidad, el niño debe ser entonces menos feliz y debe procurar tratar este asunto siguiendo los carriles habituales que suministra la naturaleza. De pronto, la masturbación se torna más urgente. Aquí, sin embargo, detectamos los primeros signos de anormalidad, ya que para este niño la masturbación no era cosa fácil. Al igual que muchos otros, tenía sentimientos de culpa respecto de las fantasías que la acompañan, o tal vez no sentía culpa alguna, y deba decirse que el deseo de masturbarse le provocaba angustia. Análogamente, la compulsión a masturbarse produce una angustia aún más intensa.

Todo lo que aquí vemos de masturbación genital es la compulsión a ponerse las manos sobre el pene, señalada por la madre; de hecho, el deseo de masturbarse genitualmente está reprimido, y a fin de sentir que lo que dice es racional, a las preguntas de su madre responde diciendo que le duele; esto justificaría su impulso a tocarse sin sentir necesariamente culpa.

¿Pero qué ocurre con el impulso a masturbarse cuando no se disfruta de la masturbación genital? Sin duda no desaparece, ya que el origen de la necesidad no se ha modificado.

Los síntomas de este niño ilustran otras manifestaciones de dicho impulso. El niño fácilmente se vuelve hacia su erotismo epidérmico, ya que en mi opinión la urticaria papulosa no es más que la excitación de la piel, normal salvo cuando forma parte del remolino de la masturbación obsesiva. (De otra manera no se explicaría que casi todos los bebés, sobre todo los sanos, tienen en algún momento urticaria papulosa. Además, las madres a menudo comentan, si se les da la oportunidad, que la excitación vuelve más problemáticas las ronchas.) La masturbación de la piel es muy común en la temprana infancia, y muy

gratificante, pues la agresividad presente en las fantasías de masturbación -que es la causa de que se las reprima- encuentra expresión en una forma que no crea culpa, ya que es el propio niño el que padece esa crueldad, sobre todo cuando el rascarse las pápulas las hace sangrar. El erotismo epidérmico está íntimamente ligado al erotismo anal.

Otra expresión de la represión del erotismo genital es el aumento de la sensibilidad del tracto urinario, que se vuelve hipersensible, en lugar del glande del pene, y provoca un placer muy intenso, casi doloroso, durante la micción. Como el impulso al autoerotismo sigue presente, la experiencia uretral es además compulsiva, y suele llevar al niño mucho más allá de lo puramente placentero, de modo tal que en su autocastigo el niño hace frente a un retorno de su agresividad reprimida.

Puede decirse, pues, que este niño era tan sano como parecía serlo, que no sufría ninguna enfermedad, que sólo encontraba difícil la vida. Todos los niños encuentran difícil la vida en la medida en que aceptan los hechos, y quizá jamás hubiéramos sabido lo difícil que era la vida para este niño en particular si no fuera que el nacimiento de un nuevo bebé provocó un reconocimiento casi inevitable de la realidad.⁽¹⁾

A éste era imposible abordarlo de forma adecuada por vía autoerótica, a raíz de la culpa conectada a las fantasías que acompañan a la masturbación. Por lo tanto, los síntomas evidencian cierto grado de ruptura de los mecanismos normales con los que se tratan las dificultades normales.

La madre entendió qué quise decirle cuando le dije que el niño estaba encontrando la vida difícil debido al nuevo bebé, sin necesidad de entrar en detalles. No quería que se le dieran remedios, y se mostró contenta por el hecho de que yo hubiese compartido con ella la responsabilidad por el bienestar de su hijo. "Eso es lo que pensaba, doctor, pero quería asegurarme de que no estaba pasando por alto ninguna enfermedad orgánica."

P S I K O L I B R O

(1) Otro modo de decir esto sería que la mayoría de los niños son felices porque en la niñez la realidad es normalmente disfrazada y distorsionada, como cuando se le dicen mentiras en torno de las cuestiones sexuales, se los mantiene ignorantes de los problemas económicos familiares, se les impide asistir a las peleas de miembros de la familia, se los pone a dormir en una cuna separada y en otro cuarto, etcétera.

Biblioteca D. Winnicott

El comunicarse y el no comunicarse que conducen a un estudio de ciertos opuestos

Dos versiones distintas de este trabajo fueron leídas, respectivamente, ante la San Francisco Psychoanalytic Society en octubre de 1962, y la British Psycho-Analytical Society en mayo de 1963

*Todo punto del pensamiento es el centro de un mundo intelectual.
(Keats)*

He comenzado con esta observación de Keats porque sé que mi escrito contiene solamente una idea, una idea más bien obvia, y he aprovechado la oportunidad para volver a presentar mi formulación de las etapas tempranas del desarrollo emocional del infante humano. En primer lugar describiré las relaciones objetales y sólo gradualmente pasaré al tema del comunicarse.

Mientras preparaba este escrito, sin ningún punto de partida estipulado, para leerlo ante una sociedad extranjera, pronto llegué, para mi sorpresa, a comprometerme con la afirmación del derecho a no comunicarse. Esta era una protesta surgida del centro de mi ser ante la fantasía terrorífica de ser infinitamente explotado. En otro lenguaje, ésta sería la fantasía de ser comido o tragado. En el lenguaje de este escrito, se trata de la fantasía de ser descubierto. Existe una considerable literatura sobre el silencio del paciente en psicoanálisis, pero yo no lo estudiaré ni resumiré aquí y ahora. Tampoco intento abordar con amplitud el tema de la comunicación, y de hecho me permito una considerable libertad de acción al seguir a mi tema allí donde me lleve. Finalmente, daré cabida a un tema subsidiario: el estudio de los opuestos.

En primer lugar, creo que necesito renunciar a algunas de mis ideas sobre la relación objetal temprana.

La relación objetal

El examen directo de la comunicación y de la capacidad para comunicarse permite ver que ellas están estrechamente ligadas con el establecimiento de relaciones objetales. Relacionarse con un objeto es un fenómeno complejo; el desarrollo de la capacidad para relacionarse con los objetos no es de ningún modo una cuestión de simple proceso madurativo. Como siempre, la maduración (en psicología) requiere y depende de la calidad del ambiente facilitador. Cuando la escena no es dominada por la privación ni la deprivación y, en consecuencia, el ambiente facilitador puede darse por sentado en la teoría de las etapas más tempranas y formativas del crecimiento humano, en el individuo se desarrolla gradualmente un cambio en la naturaleza del objeto. El objeto, que es al principio un fenómeno subjetivo, se convierte en un objeto percibido objetivamente. Este proceso lleva tiempo, y deben pasar meses, e incluso años, antes de que las privaciones y

deprivaciones puedan ser acomodadas por el individuo sin ninguna distorsión de los procesos esenciales básicos para la relación objetal.

En esta etapa temprana, el ambiente facilitador le proporciona al infante la experiencia de omnipotencia. Por esto entiendo más que el control mágico; entiendo que la expresión incluye los aspectos creativos de la experiencia. La adaptación al principio de realidad se produce naturalmente a partir de la experiencia de omnipotencia, es decir, dentro del ámbito de una relación con los objetos subjetivos.

Margaret Ribble (1943), que se introduce en este campo, pasa por alto, a mi juicio, una cosa importante, que es la identificación de la madre con su infante (lo que yo denomino el estado temporario de "preocupación materna primaria"). Esta autora escribe:

El infante humano en el primer año de vida no debe tener que enfrentar la frustración o privación, pues estos factores de inmediato provocan una tensión exagerada y estimulan actividades defensivas latentes. Si los efectos de tales experiencias no son contrarrestados hábilmente, pueden resultar trastornos de conducta. Para el bebé debe predominar el principio de placer, y lo que podemos hacer con seguridad es introducir equilibrio en sus funciones y facilitarlas. Sólo después de que se ha llegado a un grado considerable de madurez, podemos educar al infante para que se adapte a lo que en tanto adultos conocemos como principio de realidad.

Ribble se refiere a la cuestión de las relaciones objetales, o satisfacciones del ello, pero pienso que también podría suscribir las ideas más modernas sobre la relacionalidad del yo.

El infante que experimenta omnipotencia bajo la égida del ambiente facilitador crea y recrea el objeto, incorpora gradualmente el proceso y reúne un respaldo mnémico.

Sin duda, lo que finalmente se convierte en el intelecto afecta la capacidad del individuo inmaduro para realizar esta muy difícil transición entre la relación con los objetos subjetivos y la relación con objetos percibidos objetivamente; yo he dicho que lo que en última instancia genera los resultados en los tests de inteligencia afecta la capacidad del individuo para sobrevivir a fracasos relativos en el ámbito del ambiente adaptador.

En la salud, el infante crea lo que en realidad está alrededor de él esperando ser descubierto. Pero en la salud el objeto es creado, no descubierto. Yo he estudiado en diversos escritos este aspecto fascinante de la relación objetal normal; entre esos escritos se encuentra el titulado "Transitional Objects and Transitional Phenomena" (1915). Un objeto bueno es inútil para el infante a menos que él mismo lo haya creado. ¿Diré acaso "creado por necesidad"? Pero para crearlo, el objeto debe ser descubierto. Esto es una paradoja, y hay que aceptarla como tal, sin intentar otro enunciado inteligente que parezca eliminarla.

Existe otro punto importante si uno considera la ubicación del objeto. El cambio del objeto de "subjetivo" a "percibido subjetivamente" es impulsado por las insatisfacciones más eficazmente que por las satisfacciones. La satisfacción derivada de una comida tiene, en este sentido del establecimiento de relaciones objetales, menos valor que, por así decirlo, tropezar con el objeto en el camino. La gratificación instintiva le proporciona al infante una experiencia personal y en poco afecta la posición del objeto; he atendido a un paciente esquizoide adulto en el que las satisfacciones eliminaban al objeto; ese paciente no podía tenderse en el diván porque esto reproducía para él la situación de las satisfacciones infantiles que eliminaban la realidad externa o la externalidad de los objetos. He descrito esto en otras palabras, diciendo que los infantes se sienten "engañados" por una comida satisfactoria; es posible encontrar que la angustia de una madre que amamanta se basa en el miedo a que el infante no haya quedado satisfecho y ella sea atacada y destruida. Después de haber comido, el infante satisfecho no es peligroso por algunas horas, ha perdido la catexia objetal.

En cambio, la agresión experimentada por el infante, la propia del erotismo muscular, del movimiento y de las fuerzas irresistibles que chocan con objetos firmes, esta agresión, decimos, y las ideas ligadas a ella, se prestan al proceso de ubicar al objeto, a ubicarlo como separado del self, y en esa medida el self comienza emerger

P S I K O L I B R O

como entidad.

En el desarrollo anterior al logro de la fusión, hay que dar cabida a la conducta del infante reactiva a las fallas del ambiente facilitador, o de la madre-ambiente, y esto puede asemejarse a la agresión; en realidad, es desazón.

En la salud, cuando el infante logra la fusión, el aspecto frustrante de la conducta del objeto es valioso para educar con respecto a la existencia de un mundo "no-yo". Las fallas de la adaptación tienen valor en la medida en que el infante puede odiar al objeto, es decir, puede retener la idea del objeto como potencialmente satisfactorio, mientras reconoce que ese objeto no ha logrado comportarse satisfactoriamente. Según yo lo entiendo, ésta es buena teoría psicoanalítica. Lo que suele pasarse por alto en los enunciados de esta clase de teoría es el inmenso desarrollo que se produce en el infante para lograr la fusión y para que, en consecuencia, la falla ambiental desempeñe su papel positivo, permitiéndole al infante empezar a conocer un mundo que es repudiado. Deliberadamente no digo "externo".

En el desarrollo sano hay una etapa intermedia, en la cual la experiencia más importante del paciente en relación con el objeto bueno o potencialmente gratificador es el rechazo de ese objeto. Este rechazo forma parte del proceso de la creación del objeto. (Esto genera un problema verdaderamente formidable para el terapeuta en la anorexia nerviosa.)

Son nuestros pacientes quienes nos enseñan estas cosas, y me resulta algo molesto presentar estas opiniones como si me pertenecieran personalmente. Todos los analistas tienen esta misma dificultad; para nosotros ser originales es más difícil que para cualquier otra persona, porque verdaderamente todo lo que decimos nos lo han enseñado ayer, aparte de que escuchamos recíprocamente nuestras conferencias y discutimos ciertas cuestiones en privado.

En nuestro trabajo, sobre todo en el trabajo con los aspectos esquizoides de la personalidad -más que con los aspectos psiconeuróticos-, si intuimos que sabemos algo, aguardamos a que el paciente nos lo diga y al hacerlo encuentre creativamente la interpretación que nosotros podríamos haberle dado; si somos nosotros quienes interpretamos, sobre la base de nuestra perspicacia y experiencia, el paciente tiene que rechazar o destruir nuestra idea. Una paciente de anorexia me está enseñando la sustancia de lo que escribo en este momento.

La teoría de la comunicación

Estas cuestiones, aunque las he expuesto en los términos de la relación objetal, parecen en realidad incidir en el estudio de la comunicación, porque naturalmente en el propósito y en los medios de la comunicación se produce un cambio cuando cambia el objeto, pasando de subjetivo a percibido objetivamente, a medida que el niño abandona poco a poco el ámbito de la omnipotencia como experiencia de vida. En la medida en que el objeto es subjetivo, para la comunicación con él resulta innecesario que sea explícito. En la medida en que el objeto es percibido objetivamente, la comunicación es explícita o bien muda. Entonces aparecen dos cosas nuevas: el uso y disfrute por el individuo de los modos de la comunicación, y el self que no se comunica, o núcleo personal del self que es un verdadero aislado.

Esta argumentación se complica por el hecho de que el infante desarrolla dos tipos de relaciones al mismo tiempo: la relación con la madre-ambiente, y la relación con el objeto, que se convierte en la madre-objeto. La madre-ambiente es humana y la madre-objeto es una cosa, aunque también es la madre o parte de ella.

Sin duda, la intercomunicación entre el infante y la madre-ambiente es hasta cierto punto sutil, y su estudio nos obligaría a abordar tanto a la madre como al infante. Voy a tocar el tema, pero sin desarrollarlo. Es posible que para el infante haya comunicación con la madre-ambiente; la pone de manifiesto la experiencia de la confiabilidad de la madre. El infante está quebrantado, y la madre puede tomar este hecho como una comunicación, si es capaz de ponerse en el lugar de la criatura y reconocer ese quebranto en el estado clínico

del infante. Cuando la confiabilidad de la madre domina la escena, puede decirse que el infante se comunica por el simple hecho de "seguir siendo", y seguir desarrollándose en concordancia con los procesos personales de maduración, pero esto apenas merece el nombre de "comunicación".

Volviendo al relacionamiento objetal: a medida que el niño pasa a percibir objetivamente al objeto, adquiere sentido para nosotros contrastar la comunicación con uno de sus opuestos.

El objeto percibido objetivamente

El objeto percibido objetivamente va convirtiéndose poco a poco en una persona con objetos parciales. Dos opuestos de la comunicación son:

(1) Un no comunicarse simple.

(2) Un no comunicarse activo o reactivo.

El primer opuesto es fácil de comprender. El no comunicarse simple es como reposar. Se trata de un estado por derecho propio, que se convierte en comunicación y vuelve a ser no comunicación con la misma naturalidad. Para estudiar el segundo opuesto es necesario pensar tanto en los términos de la patología como en los de la salud. Me referiré en primer lugar a la patología.

Hasta ahora he dado por sentado el ambiente facilitador, perfectamente adaptado a la necesidad que surge del ser y de los procesos de la maduración. En la psicopatología que necesito para esta argumentación, la facilitación ha fallado en algún aspecto y en alguna medida, de modo que en cuanto a la relación objetal, el infante ha desarrollado una escisión. Con una de las mitades escindidas, el infante se relaciona con el objeto que se presenta, para lo cual crea lo que he denominado un self falso o sumiso. Con la otra mitad de la escisión, el infante se relaciona con un objeto subjetivo, o con fenómenos basados en experiencias corporales, escasamente influidos por un mundo percibido objetivamente. (¿No es esto lo que vemos en la clínica, por ejemplo, como movimiento autista de balanceo? ¿No es lo que vemos en un cuadro abstracto, un punto muerto de la comunicación, sin validez general?)

De este modo introduzco la idea de una comunicación con objetos subjetivos y, al mismo tiempo, el concepto de una no comunicación activa con lo que es percibido objetivamente por el infante. No parece haber duda de que, a pesar de su inutilidad desde el punto de vista del observador, la comunicación en punto muerto (con objetos subjetivos) da la sensación de ser real. En cambio, la comunicación con el mundo tal como se realiza desde el self falso no se siente real; no es una verdadera comunicación, porque en ella no participa el núcleo del self, lo que podría denominarse self verdadero.

Ahora bien, estudiando el caso extremo llegamos a la psicopatología de la enfermedad grave, la esquizofrenia infantil; no obstante, lo que hay que examinar es la pauta de todo esto en la medida en que es posible hallarla en el individuo más normal, en el individuo cuyo desarrollo no ha sido distorsionado por una falla grosera del ambiente facilitador y en quien los procesos madurativos tuvieron oportunidad de producirse.

Es fácil ver que en el caso de las enfermedades más leves, en las cuales hay algo de patología y algo de salud, debe esperarse una no comunicación activa (repliegue clínico), porque la comunicación se vincula muy fácilmente con algún grado de relación objetal falsa o sumisa; para restablecer el equilibrio es necesario que periódicamente prevalezca la comunicación silenciosa o secreta con objetos subjetivos, que da la sensación de ser real.

Estoy postulando que en la persona sana (madura en lo concerniente al desarrollo de la relación objetal) tiene que haber algo que equivalga al estado de la persona escindida, en la cual una parte se comunica

silenciosamente con los objetos subjetivos. Cabe la idea de que el relacionarse y comunicarse significativamente es silencioso.

No es necesario que la salud verdadera se describa sólo en función de los residuos que deja en las personas sanas lo que podría haber sido una pauta enfermiza. Deberíamos poder formular un enunciado positivo del empleo sano de la no comunicación en la instauración del sentimiento de lo real. Para hacerlo, tal vez tengamos que hablar en los términos de la vida cultural del hombre, que es el equivalente adulto de los fenómenos transicionales de la infancia y la niñez temprana. En el ámbito cultural, la comunicación se realiza sin referencia al estado de ser del objeto -sea subjetivo o percibido objetivamente-. En mi opinión, el psicoanalista no tiene ningún otro lenguaje para referirse a los fenómenos culturales. Puede hablar sobre los mecanismos mentales del artista, pero no sobre la experiencia comunicativa del arte y la religión, a menos que esté dispuesto a una negociación menuda en el ámbito intermedio cuyo antepasado es el objeto transicional del infante.

Creo que en los artistas de todo tipo puede detectarse un dilema intrínseco, propio de la coexistencia de dos tendencias: la necesidad urgente de comunicarse y la aún más urgente necesidad de no ser descubierto. Esto podría explicar el hecho de que nos resulte inconcebible un artista que llegue al final de la tarea que ocupa su naturaleza total.

En las primeras fases del desarrollo emocional del ser humano, la comunicación silenciosa concierne al aspecto subjetivo de los objetos. Supongo que esto se vincula con el concepto freudiano de realidad psíquica y de inconsciente que nunca puede hacerse consciente. Yo añadiría que en la salud existe un desarrollo directo desde esa comunicación silenciosa hasta el concepto de experiencia interior que Melanie Klein ha expuesto con tanta claridad. En las descripciones de casos realizadas por Melanie Klein, se muestra que ciertos aspectos del jugar de un niño, por ejemplo, son experiencias "interiores"; es decir que ha habido una proyección en gran escala de una constelación de la realidad psíquica interior del niño, de modo que la habitación, la mesa y los juguetes son objetos subjetivos, y el niño y el analista están ambos en esa muestra del mundo interior. Lo que está fuera de la habitación está fuera del niño. Este es un terreno familiar en psicoanálisis, aunque diversos analistas lo describen de distintos modos. Se relaciona con el concepto de "período de luna de miel" al inicio del análisis, y con la claridad especial de algunas de las primeras sesiones. También está relacionado con la dependencia en la transferencia, y converge con el trabajo que yo mismo realizo en la explotación total de las primeras sesiones en el tratamiento breve de niños, especialmente de niños antisociales con los cuales el análisis completo no es factible, ni siquiera siempre aconsejable.

Pero mi propósito en este escrito no es ponerme en clínico, sino llegar a una versión muy temprana de lo que Melanie Klein denominaba "interno". Al principio, la palabra "interno" no puede utilizarse en el sentido de Klein, puesto que el infante aún no ha establecido adecuadamente un límite yoico ni tiene todavía el dominio de los mecanismos mentales de la proyección y la introyección. En esta etapa temprana, "interno" sólo significa personal -y "personal" en la medida en que el individuo es una persona con un self en camino hacia un estado evolucionado-. El ambiente facilitador, o el yo auxiliar de la madre que brinda apoyo al yo inmaduro del infante, son todavía partes esenciales del niño como criatura viable.

En la reflexión sobre la psicología del misticismo, es habitual concentrarse en la comprensión del repliegue del místico en un mundo interior personal de introyecciones refinadas. Tal vez no se ha prestado suficiente atención a la retirada del místico a una posición en la cual puede comunicarse en secreto con objetos y fenómenos subjetivos, gracias a lo cual se siente más real y, de tal modo, equilibra la pérdida de contacto con el mundo de la realidad compartida.

Una paciente soñó que dos amigas eran funcionarias de aduanas en el lugar donde ella trabajaba. Revisaban con cuidado absurdo todas las pertenencias de la paciente y sus compañeros. Después ella, por accidente, atropellaba con un automóvil una gran vidriera.

Ciertos detalles del sueño demostraban que no sólo esas dos mujeres no tenían ningún derecho a estar allí

P S I K O L I B R O

revisando, sino que además se ponían en ridículo por su manera de escudriñarlos todo. Resultaba claro que la paciente se burlaba de ellas: no llegarían al self secreto. Representaban a la madre que no le permite a su hija tener su secreto. La paciente dijo que a los nueve años había robado un cuaderno en el que reunía poemas y sentencias, y al que rotuló "Mi cuaderno privado". En la primera página puso: "Lo que un hombre piensa en su corazón, así es él". El hecho es que la madre le preguntó: "¿De dónde sacaste esa máxima?". No fue nada agradable, porque significaba que la madre había leído su cuaderno. Todo habría estado bien si después de haberlo leído se hubiera callado.

Tenemos aquí el cuadro de una niña que emplaza un self privado que no está comunicándose, y que al mismo tiempo quiere comunicarse y ser descubierto. Se trata de un juego refinado de escondidas, en el que se disfruta estando oculto pero no ser descubierto es un desastre.

Otro ejemplo, que no me obliga a una descripción demasiado profunda o detallada, proviene de una entrevista de diagnóstico con una joven de 17 años. La madre teme que se vuelva esquizofrénica, pues esa enfermedad es hasta cierto punto característica de la familia, pero por el momento puede decirse que la jovencita está en medio de todas las tristezas y todos los dilemas propios de la adolescencia.

El siguiente es un extracto de mi informe sobre la entrevista:

A continuación, X habló sobre la gloriosa irresponsabilidad de la niñez. Dijo: "Ves un gato y estás con él; es un sujeto, no un objeto".

"Es como si estuvieras viviendo en un mundo de objetos subjetivos", fue mi comentario.

Ella respondió: "Esa es una buena manera de decirlo. Por eso escribo poesía. La poesía se basa en este tipo de cosas".

Después añadió: "Desde luego, se trata sólo de una insensata teoría mía, pero las cosas parecen así, y esto explica que haya más poetas hombres que mujeres. Las niñas tienen que dedicarse mucho a cuidar a los hijos o tenerlos, y entonces la vida imaginativa y la irresponsabilidad pasan a los hijos".

A continuación hablamos sobre los puentes que hay que mantener tendidos entre la vida imaginativa y la existencia cotidiana. Ella había llevado un diario a los 12 años y de nuevo a los 14, aparentemente durante unos siete meses cada una de esas veces.

La niña dijo: "Ahora, lo que siento sólo lo escribo en poemas; en la poesía hay algo que cristaliza". Comparamos la poesía con la autobiografía, que a su juicio interesa cuando se tiene más edad.

"Hay afinidad entre la vejez y la niñez", agregó.

Cuando ella necesita tender un puente con la imaginación de la niñez, debe cristalizarlo en un poema. Escribir una autobiografía la aburriría. No publica sus poemas, ni siquiera los muestra a alguien, porque, si bien cada poema le gusta mucho durante algún tiempo, pronto pierde interés en él. Siempre ha escrito poemas con más facilidad que sus amigas, gracias a una capacidad técnica que en ella parece natural.

Pero no le importa que los poemas sean o no realmente buenos, es decir, que les parezcan buenos a otras personas.

Sugiero que en la salud hay un núcleo de la personalidad que corresponde al self verdadero de la personalidad escindida; sugiero que este núcleo nunca se comunica con el mundo de los objetos percibidos y que la persona individual sabe que nunca tiene que comunicarse con la realidad externa ni ser influida por ella. Este es mi punto principal, el punto de pensamiento que constituye el centro de un mundo intelectual y de mi escrito.

Aunque las personas sanas se comunican y disfrutan haciéndolo, hay otro hecho igualmente cierto: que cada individuo es un aislado en permanente incomunicación, permanentemente desconocido, en realidad no descubierto.

En la vida y el vivir, este hecho crudo es suavizado por la participación en toda la gama de las experiencias culturales. En el centro de cada persona hay un elemento incomunicado, sagrado y merecedor en grado sumo de que se lo preserve. Ignorando por el momento las experiencias de fracaso de la madre-ambiente aún más tempranas y quebrantadoras, diría que las experiencias traumáticas que conducen a la organización de las defensas primitivas corresponden a la amenaza al núcleo aislado, a la amenaza de que sea descubierto, modificado, de que se comuniquen con él. La defensa consiste en ocultar aún más al self secreto, incluso al extremo de proyectarlo y diseminarlo incesantemente. La violación sexual, el ser comido por caníbales, no son más que bagatelas en comparación con la violación del núcleo del self, con la alteración de los elementos centrales del self por medio de una comunicación que se filtre a través de las defensas. Creo que éste sería el pecado contra el self. Podemos comprender el odio que la gente tiene al psicoanálisis, que ha penetrado profundamente en la personalidad humana y que constituye una amenaza al individuo en su necesidad de estar aislado en secreto. La pregunta es: ¿cómo estar aislado, sin tener que ser segregado?

¿Cuál es la respuesta? ¿Debemos abstenernos de tratar de comprender a los seres humanos? Tal vez nos den la respuesta las madres que no se comunican con sus infantes, salvo en la medida en que ellas son objetos subjetivos. En la época en que las madres pasan a ser percibidas objetivamente, sus infantes ya tienen el dominio de diversas técnicas para la comunicación indirecta, entre las cuales la más obvia es el uso del lenguaje. No obstante, existe un período de transición que me ha interesado especialmente, en el que ocupan un lugar los objetos y fenómenos transicionales, y empiezan a establecer para el infante el uso de símbolos.

Sugiero que una base importante del desarrollo del yo reside en este ámbito de la comunicación del individuo con los fenómenos subjetivos, que es el único que proporciona el sentimiento de ser real.

En las mejores circunstancias posibles, se produce el crecimiento y el niño adquiere tres líneas de comunicación: la comunicación por siempre silenciosa, la comunicación explícita, indirecta y agradable, y la tercera o intermedia forma de comunicación, que se desliza desde el jugar hasta experiencias culturales de toda clase.

¿Está la comunicación silenciosa relacionada con el concepto del narcisismo primario?

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

Puesto que ya he expuesto mi idea principal, podría detenerme aquí. No obstante, deseo considerar cuáles son los opuestos a la comunicación.

Los opuestos

Hay dos opuestos a la comunicación: la no comunicación simple y la no comunicación activa. Diciéndolo al revés, la comunicación puede sencillamente surgir de la no comunicación, como una transición natural, o bien ser una negación del silencio, o una negación de un no comunicarse activo o reactivo.

En los casos psiconeuróticos bien definidos no existe dificultad alguna en cuanto a este punto, porque todo el análisis se realiza por medio de la verbalización. Tanto el paciente como el analista quieren que sea así. Pero es sumamente fácil que un análisis en el que haya un elemento esquizoide oculto en la personalidad del paciente se convierta en una colusión infinitamente prolongada del analista con la negación de la no comunicación por parte del paciente. Un análisis de este tipo se vuelve tedioso porque no produce resultados a pesar del buen trabajo realizado. En un análisis así, un período de silencio puede ser la contribución más positiva del paciente; el analista juega entonces a esperar. Desde luego, uno puede interpretar los movimientos y gestos, y todo tipo de detalles conductuales, pero en los casos en los que estoy pensando lo mejor es que espere.

No obstante, más peligroso es el estado de cosas en un análisis en el cual el paciente le permite al analista llegar a las capas más profundas de su personalidad porque ocupa una posición de objeto subjetivo, o a causa de la dependencia del paciente en la psicosis de transferencia; es peligroso que el analista interprete en lugar de aguardar a que el paciente descubra creativamente. El psicoanálisis es peligroso solamente entonces, cuando el analista no ha dejado de ser objeto subjetivo para convertirse en un objeto percibido objetivamente. Ese peligro puede evitarse si sabemos cómo comportarnos. Si aguardamos, pasaremos a ser percibidos objetivamente cuando corresponda según los tiempos del paciente. Pero si no nos comportamos de un modo que facilite su proceso analítico (que equivale al proceso madurativo del infante y el niño), de pronto nos convertimos en "no-yo" y entonces sabemos demasiado: somos peligrosos porque estamos en una comunicación demasiado estrecha con el punto central quieto y silencioso de la organización yoica del paciente.

Por esta razón consideramos conveniente, incluso cuando se trata de una psiconeurosis nítida, evitar contactos fuera del análisis. En el caso del paciente esquizoide o fronterizo, esta cuestión del manejo de los contactos fuera de la transferencia se convierte en una parte muy importante de nuestro trabajo.

Ahora podríamos examinar el propósito de la interpretación del analista. Siempre me ha parecido que una función importante de la interpretación consiste en establecer los límites de la comprensión del analista.

Los individuos como aislados

Estoy formulando y subrayando la importancia de la idea del aislamiento permanente del individuo, y afirmando que en el núcleo del individuo no hay ninguna comunicación con el mundo del "no-yo", en un sentido u otro. Allí la quietud está vinculada al silencio. Esto nos lleva a los escritos de quienes han sido reconocidos como pensadores del mundo. Incidentalmente, puedo referirme a la muy interesante reseña que hace Michael Fordham del concepto de self tal como aparece en las obras de Jung. Fordham escribe: "El hecho supremo sigue siendo que la experiencia primordial se produce en soledad". Naturalmente, esto a lo que estoy refiriéndome aparece en *The Inner World of Man*, de Wickes (1938), pero no siempre es seguro que se distinga el repliegue patológico de la comunicación central sana con uno mismo (cf. Laing, 1961).

Quizás entre los psicoanalistas se encuentren muchas referencias a la idea de un centro "quieto, silencioso" de la personalidad y también a la idea de la experiencia primordial que se produce en soledad, pero por lo general a los analistas no les interesa solamente este aspecto de la vida. Entre nuestros colegas más próximos, quizá sea Ronald Laing quien del modo más deliberado sale a enunciar el "hacer patente al self latente", junto con la desconfianza respecto del descubrirse (cf 1961, pág. 117).

Este tema del individuo como un aislado tiene su importancia en el estudio de la infancia y la psicosis, pero también en el estudio de la adolescencia. El niño y la niña púberes pueden describirse de muchos modos; uno de ellos tiene que ver con el adolescente como un aislado. La preservación del aislamiento personal forma parte de la búsqueda de identidad y del emplazamiento de una técnica personal para comunicarse que no conduzca a la violación del self central. Esta podría ser una de las razones por las que los adolescentes en general rehuyen el tratamiento psicoanalítico, aunque les interesen las teorías del psicoanálisis. Sienten que el psicoanálisis va a violarlos, no en un sentido sexual sino espiritual. En la práctica, el analista puede no

confirmar los temores del adolescente en este sentido, pero tiene que saber que será puesto a prueba a fondo, y debe estar preparado para utilizar comunicaciones de tipo indirecto y para reconocer la no comunicación simple.

En la adolescencia, cuando el individuo sufre los cambios de la pubertad y aún no está totalmente maduro para convertirse en un miembro de la comunidad de adultos, se produce un fortalecimiento de las defensas contra el ser descubierto, es decir, contra el ser descubierto antes de estar allí aguardando que ocurra. Lo que es verdaderamente personal y se siente real debe ser defendido a cualquier precio, incluso si esto significa una ceguera temporaria al valor de las soluciones intermedias. Los adolescentes forman agregados más bien que grupos, y con sus aspectos semejantes subrayan la soledad esencial de cada individuo. Por lo menos esto es lo que a mí me parece.

Con todo esto se vincula la crisis de identidad. Wheelis (1958), que ha luchado con problemas de identidad, denuncia clara y crudamente el problema de la elección vocacional del analista y lo vincula con su soledad y necesidad de intimidad, las cuales, en el trabajo analítico, no llevan a ningún lado. A mi juicio, el analista más profundamente interesado en estas cuestiones es Erik Erikson. Examina el tema en el epílogo del libro *Young Man Luther* (1958), y llega a decir: "La paz proviene del espacio interior" (esto es, no de la exploración del espacio exterior y ese tipo de cosas).

Antes de concluir, deseo referirme una vez más a los opuestos propios de la negación. Melanie Klein usó la negación en el concepto de defensa maníaca, que niega la depresión que es un hecho. Bion (1962a) se refirió a ciertos tipos de negaciones en su trabajo sobre el pensamiento y de Monchaux (1962) continuó con el tema en su comentario sobre el escrito de Bion.

Si considero la idea de lo vivo, debo tener en cuenta por lo menos dos opuestos, el de lo muerto -como en la defensa maníaca- y una simple ausencia de lo vivo. En este caso el silencio equivale a la comunicación y la quietud al movimiento. Empleando esta idea puedo ir más allá de mi objeto arraigado, hasta la teoría de los instintos de vida y de muerte. Veo que lo que no puedo aceptar es que la vida tenga como opuesto a la muerte, salvo en términos clínicos en la oscilación maníacodepresiva y en el concepto de la defensa maníaca, en la cual la depresión es negada y negativizada. En el desarrollo del infante individual, el vivir surge y se establece partiendo del no vivir, y el ser se convierte en un hecho que reemplaza al no ser del mismo modo que la comunicación surge del silencio. En los procesos de la vida del infante, la muerte sólo adquiere significado cuando ya llegó el odio, es decir, en una fecha posterior, muy alejada de los fenómenos que pueden utilizarse para erigir una teoría de las raíces de la agresión.

Por lo tanto, para mí no es útil unir la palabra "muerte" a la palabra "instinto", y menos valioso aún es referirse al odio y a la rabia con la expresión "instinto de muerte".

Resulta difícil llegar a las raíces de la agresión, pero no nos ayuda a hacerlo el empleo de opuestos tales como vida y muerte, que nada significan en la etapa de inmadurez que estamos considerando.

La otra cosa que deseo agregar al final de este trabajo es otro opuesto, totalmente distinto, a lo vivo o lo vivaz. Este opuesto no actúa en la mayoría de nuestros casos. Por lo general la madre de un infante tiene objetos internos vivos y el infante concuerda con la preconcepción materna de un niño vivo. Normalmente, la madre no está deprimida ni es depresiva. Pero en ciertos casos el objeto interno central de la madre está muerto en el momento crítico de la infancia temprana de su hijo, y la mujer pasa por un estado anímico de depresión. En este caso el infante tiene que concordar con un rol de objeto muerto, o bien estar vivo para contrarrestar el preconcepto de la madre acerca de lo muerto del niño. Lo opuesto a lo vivo del infante es entonces un factor antivida, derivado de la depresión de la madre. En tal caso, la tarea del infante es estar vivo, parecer vivo y comunicar que está vivo; en realidad ésta es la meta última de tal individuo, al que se niega lo que tienen los infantes más afortunados: el disfrute de lo que pueden brindar la vida y el vivir. Estar vivo lo es todo. Hay una lucha constante por llegar al punto de partida y permanecer allí. No sorprende que haya quienes hacen de la existencia un hecho excepcional y lo convierten en una religión. (Creo que los dos libros de Ronald Laing

[1960, 1961) tratan de describir este tipo de estado con el que muchos deben luchar a causa de anormalidades del ambiente.) En el desarrollo sano el infante (en teoría) se pone en marcha (psicológicamente) sin vida, y la adquiere simplemente por el hecho de estar en realidad vivo.

Como ya lo he dicho, este estar vivo es la comunicación temprana de un infante sano con la figura materna, y tan inconsciente de sí como es posible. Lo vivo que niega la depresión materna es una comunicación destinada a salir al paso de lo que cabe esperar. La vivacidad del niño de una madre deprimida es una comunicación reaseguradora, y resulta innatural e intolerablemente desventajosa para el yo inmaduro en su función de integrar y madurar en términos generales en concordancia con los procesos heredados.

Se habrá observado que he vuelto a tomar el tema de la comunicación, aunque por cierto reconozco que me he permitido grandes libertades al seguir el curso de mi pensamiento.

Resumen

He tratado de exponer la necesidad que tenemos de reconocer un aspecto de la salud: el self central que no se comunica, eternamente inmune al principio de realidad, y por siempre silencioso. En este caso la comunicación es no verbal; como la música de las esferas, es absolutamente personal. Es propia del estar vivo. Y, en la salud, de ella surge la comunicación de modo natural.

La comunicación explícita es agradable y envuelve técnicas sumamente interesantes, entre las cuales se encuentra el lenguaje. Los dos extremos -la comunicación explícita indirecta y la comunicación silenciosa o personal que se siente real-tienen cada uno su lugar propio, y en el ámbito cultural intermedio muchos pero no todos encuentran un modo de comunicación que constituye una alternativa de transacción sumamente valiosa.

Biblioteca D. Winnicott

Terapia física del trastorno mental: la terapia convulsiva (electroshock) 1943

Cuando la Segunda Guerra Mundial estaba llegando a su término, Winnicott se interesó vivamente por los problemas vinculados a la aplicación de tratamientos físicos a los pacientes internados en hospitales neuropsiquiátricos, tratamientos que estaban ganando aceptación entre los psiquiatras. Este capítulo y el siguiente contienen la mayor parte de lo que escribió sobre esta materia, dividido en los dos tipos de tratamiento de que más se ocupó: la terapia convulsiva y la lobotomía.

La primera expresión pública de su interés por estos temas fue su carta al Lancet sobre la lobotomía prefrontal, que data del 10 de abril de 1943. Ese mismo año preparó el artículo titulado "Tratamiento de la enfermedad mental por provocación de convulsiones", con vistas a publicarlo (posiblemente en British Journal of Medical Psychology), aunque nunca apareció impreso. En 1944 organizó un simposio sobre la terapia de choque en la Sociedad Psicoanalítica Británica, que tuvo lugar el 15 de marzo. En esa ocasión leyeron trabajos Hans Thorner, Helen Sheehan-Dare y Clifford Scott; y el propio Winnicott inició la serie de lecturas con la "Introducción" que aquí se reproduce. El artículo "Clases de efectos psicológicos de la terapia por electroshock", hallado luego de su muerte, había sido preparado evidentemente para ese simposio; en la parte superior, en letra manuscrita de Winnicott, se lee: "El trabajo que no leí. D.W.W.".

El artículo de fondo del British Medical Journal, titulado "Terapia física del trastorno mental", es una versión abreviada del leído el 27 de noviembre de 1946 en la Sección Médica de la Sociedad Psicológica Británica. Este artículo, al igual que la primera carta enviada por Winnicott a B.M.J. (del 25 de diciembre de 1943), dio origen a una prolongada y por momentos áspera polémica en las columnas de esa revista dedicadas a las cartas de los lectores -lo cual indica cuán arraigados eran los sentimientos de los médicos clínicos, y en particular de los psiquiatras, respecto de las cuestiones planteadas por Winnicott-.

A comienzos de la década del cincuenta hubo una nueva ráfaga de actividad por parte de Winnicott vinculada primordialmente a las consideraciones éticas que rodean la práctica de la lobotomía, y en 1951 fue invitado por el profesor R.M. Titmuss a iniciar un debate sobre el tema en la Escuela de Economía de Londres. Se llevó a cabo el 13 de noviembre y asistieron miembros del cuerpo directivo de la institución, así como graduados en los campos de la sociología, la psicología y la asistencia social. Para esta oportunidad preparó sus "Notas sobre las implicaciones generales de la

lobotomía".

Se hallarán otras cartas públicas de Winnicott sobre estas materias, no reproducidas aquí, en British Medical Journal del 22 de diciembre de 1945, el 13 de diciembre de 1947 y el 25 de agosto de 1951; en The Lancet del 18 de agosto de 1951; y en The Spectator del 12 de febrero de 1954.

I. Tratamiento de la enfermedad mental por provocación de convulsiones **Fecha en julio de 1943**

Los problemas que giran en torno del tratamiento de la enfermedad mental mediante convulsiones provocadas son de tres clases, que indicaré a través de las siguientes preguntas:

A. ¿Qué significa para el paciente la idea de que se le provoquen convulsiones? (Por supuesto, no pregunto sólo por la respuesta consciente del enfermo, aunque incluso conocer esa respuesta puede ser útil.)

B. ¿Qué significa para el paciente eso incontrolable que sucede en su interior, la convulsión real? (Aquí me refiero al inconsciente del enfermo.)

C. ¿Qué efecto físico causa la convulsión en el tejido cerebral? (Presumiblemente, se cree que ese efecto es leve, pues de lo contrario...¿cómo podría sostenerse que no causa por cierto daño alguno? De todos modos, al psicólogo la respuesta a esta pregunta no le interesa mayormente, en términos relativos, ya que la convulsión será la misma se trate de un paciente deprimido, o esquizofrénico, o neurótico. Cualquiera sea el efecto físico, pertenece a la variedad "tiro al aire", comparable a las "alternativas" de la medicina medieval.)

Este artículo se ocupa de la primera de estas tres preguntas.

¿Cuál es la situación actual al respecto? Gran número de hombres y mujeres han experimentado una mejoría gracias a la terapia por convulsiones, de modo que en vez de convertirse en casos crónicos de manicomio se han vuelto más o menos independientes y han podido regresar a su hogar y a su trabajo. Algunos enfermos, incluso aquellos que no se habrían recuperado en forma espontánea, se curaron con estas convulsiones provocadas, o al menos recobraron el estado en que se hallaban antes del colapso. Por otra parte, como los manicomios están todos repletos, cualquier procedimiento que permita dar de alta a los pacientes resulta valioso para el Estado.

Si bien aún no se ha demostrado que las convulsiones sean inocuas para el tejido cerebral, puedo suponer que lo son, ya que después de todo las características convulsivas afectan al músculo y no al cerebro, y probablemente sólo la parte congestiva de la convulsión pueda poner en peligro al delicado tejido cerebral en sí. De cualquier manera, esta discusión se simplifica si partimos de la premisa, que puede muy bien ser cierta, de que las convulsiones no tienen efecto alguno.

Si es que no pasé por alto alguna cosa en la considerable bibliografía sobre esta materia, no hay ningún investigador en este campo que haya explicado en forma satisfactoria la acción terapéutica de las convulsiones; tampoco esta falta de conocimientos ha generado mucha inquietud, lo cual vuelve acientífico (por decir poco) a este tratamiento, por más que sea aplicado hermosamente por un equipo cuya pericia y técnica sean encomiables. Creo que puedo dar por sentado que cualquier luz que se eche sobre el modo en que opera el tratamiento mediante convulsiones será bien

recibida, motivo por el cual estoy escribiendo este artículo aun cuando yo no aplico el tratamiento.

La cuestión es: ¿qué significan el tratamiento y las convulsiones para el paciente? Como tengo algunos datos sobre este punto, quisiera presentarlos. Ellos provienen de mi práctica psicoanalítica, el tipo de investigación que está en mejores condiciones para brindar las claves de esta clase de problemas.

El psicoanálisis permite a paciente y analista ahondar mucho en el significado inconsciente de las cosas, al menos por lo que toca a cada paciente en particular. En verdad, son tantos los detalles que se comprenden en un análisis, que resulta por cierto muy difícil transmitir lo que sucede en el curso de un tratamiento a quienes no hayan experimentado el análisis por sí mismos. Se suma a ello la dificultad de que, al informar sobre un caso, es preciso asegurarse completamente de que nada de lo que se escriba traicionará la identidad del paciente; esto me impide describir en su totalidad un caso que ilustra muy claramente, a mi juicio, el significado del tratamiento por convulsiones aplicado al menos a una paciente. El trabajo realizado fue considerable. El análisis duró un año (un lapso breve, no suficiente para completar el tratamiento), durante el cual visité a la paciente cinco veces por semana en un hospital neuropsiquiátrico, permaneciendo en cada oportunidad una hora con ella.

La paciente era una chica de 25 años, inteligente y de familia culta. Durante algunos años se había visto envuelta cada vez más en la actividad política, y el estallido de la guerra complicó su problema personal al reducir las intrigas viables. Para las personas corrientes, la guerra significa una simplificación de los problemas, y es por ende un alivio; en su caso, en cambio, esa misma simplificación le dificultó ocultar su propia personalidad dividida, y no le quedó otra alternativa que parecer loca. Fue internada en un hospital neuropsiquiátrico en un estado de confusión aguda, diagnosticándosele (correctamente, creo) esquizofrenia. Más tarde se la declaró demente.

Estuvo en diversas instituciones, donde primero la sometieron a un tratamiento insulínico y luego le provocaron convulsiones con cardiazol, pero no dieron resultado. Aunque conscientemente la paciente manifestó todo el tiempo odiar el psicoanálisis, cooperó muy bien conmigo y reaccionó de modo muy satisfactorio. En relación con el trabajo efectuado en el análisis su personalidad cambió en el sentido de lo normal, y al final del año dejó de ser considerada demente y fue dada de alta. Desde entonces retomó con bastante éxito un empleo administrativo vinculado a la política, y aunque no pretendo afirmar que hubo en este caso una "cura", sí digo que cualquier terapeuta que le hubiese aplicado convulsiones estaría complacido de este resultado. (1)

En el curso de este análisis -que fue, dicho sea de paso, un trabajo de investigación muy complejo y detallado-, pude entender en parte el significado que tenían las convulsiones y este tipo de terapia para la muchacha. Tal vez sea difícil describir esto de modo fácilmente inteligible para quien no es analista, de modo que abordaré la cuestión dando cuenta de una observación indirecta. Si puede comprenderse esto, servirá a modo de escalón para avanzar hacia una comprensión mayor.

Se le solicitó a la chica que diera su autorización para la aplicación de la terapia convulsiva. En el análisis quedó claro que dicha autorización fue una expresión de sus deseos suicidas: para ella el tratamiento era algo que lo iba a hacer olvidar. Parece que uno de los médicos le explicó el proceso realmente en estos términos; sea como fuere, ella pensó que así era. El tratamiento, según ella, apuntaba a destruir una parte de su cerebro, y por esta razón concedió su autorización. También por esta razón controló los fenómenos subsiguientes a las convulsiones y no dejó que hubiese ningún efecto, ni bueno ni malo, pues no podía admitir que al aceptar el tratamiento había manifestado deseos suicidas.

Esta paciente valoraba mucho la mente y el cerebro, por motivos que puedo suministrar; ese cerebro, o mente, era para ella la parte importante de la personalidad, sin la cual la vida era inútil. El

ejercicio intelectual siempre había tenido para ella más significado que el ejercicio o la experiencia corporales, lo cual tiene que haber contribuido a que alcanzase un alto rendimiento en sus estudios. Por desgracia, su cerebro no tenía, yo diría, una capacidad mayor que el promedio, y el cerebro que hipervaloraba era el de su padre, "criado" por ella (inconscientemente) en su propia cabeza.

Debo decir en este punto que el padre de esta chica había muerto antes de que ella naciera. Sólo lo conocía por sus escritos, que para ella significaban muchísimo. Lo que había conocido, y amado, e incorporado, fue el cerebro de su padre; y alojó en su propio cerebro a este padre idealizado, hacia quien jamás sintió rabia.

Desde luego, en algún lugar estaba el odio a su padre, del que ella nada sabía en su experiencia real; y ese odio estaba representado por su temor o convicción de que alguien destruiría el cerebro de ella, o a una parte de dicho cerebro (esa parte era su padre, allí alojado).

En su enfermedad, libraba combate con su necesidad de ser la más sagaz de las personas (p. ej., en intrigas políticas tendientes a impedir la guerra) y quedó confundida al descubrir que era incapaz de concretar lo que había planeado y en cambio tenía una creciente tendencia a "perder la oportunidad" como adolescente o jovencita. Debió vérmelas cada vez más con su odio al padre por haber muerto antes que ella lo conociese, y también por no haberle dado un cerebro suficientemente bueno, con capacidad para resolver los problemas mundiales como si fuera por arte de magia.

En este estado de confusión fue a ver a un psiquiatra y tomó conciencia de su temor de que la gente se complotase para destruir su cerebro (o sea, esa parte suya que sentía identificada con el padre). Sintió impulsos de hacerlo ella misma suicidándose, pero el amor que sentía por su padre idealizado la llevó a protegerlo, con éxito, de sus propios ataques.

Fue entonces cuando se le solicitó que consintiera en someterse a la terapia convulsiva. Dio su autorización, pero luego se las arregló para que este tipo de terapia no lograra nada, ya que el único resultado del tratamiento que le resultaba imaginable era la demencia, representativa de una grave depresión vinculada con la muerte de todo lo que quedaba en ella de su padre, de lo cual se sentía absolutamente responsable.

Se aprecia por lo anterior que cuando a un paciente se le solicita permiso para practicarle una terapia convulsiva, siempre es posible (y muy probable) que la respuesta sea un acto suicida. Vale decir, un médico comprensivo, que conociese exactamente lo que tiene entre manos en cada caso individual, le ofrecería al paciente una tentativa de suicidio que, de hecho, no mata. Es bien sabido que intentos de suicidios auténticos pero infructuosos pueden resultar benéficos y aun tener un efecto curativo, y quizás el tratamiento por convulsiones podría usarse de este modo específico. Pero no se lo usa así. Suele usárselo como un tratamiento insensato, sin ninguna teoría que lo avale.

Esta paciente mía tendía a considerar toda psicoterapia como un ataque contra su cerebro; su oposición consciente al psicoanálisis resultó tener también este fundamento, siendo expresión de su delusión de que la gente se había complotado para impedir que ella recordase nada. El hecho de que el tratamiento analítico le permitiera recordar algunas experiencias muy importantes de su niñez que habían sido reprimidas no tuvo efecto alguno sobre la delusión -que era necesario tratar como a una delusión, es decir, analizándola y no discutiendo con ella-. Cuando un psiquiatra le aconsejó finalmente, al quitársele el rótulo de demente, que dejara el análisis, ella pensó que el psiquiatra tenía razón, ya que parecía compartir su delusión según la cual el psicoanálisis formaba parte del complot para destruir el buen cerebro que había recibido de su padre: ese cerebro al que protegía del odio que le tenía al padre, odio del que nada sabía hasta que comenzó a analizarse.

He dejado de lado muchas cosas. Por ejemplo, nada dije del profundo amor que sentía esta chica por su madre, amor que descubrió después que hubo averiguado que había odiado a esa madre mucho más de lo que ella misma pensaba, y había sufrido por la depresión de esa madre y por el odio reprimido de ésta hacia el padre muerto antes de que la paciente naciese. La rivalidad entre madre e hija se expresaba, mejor que de ningún otro modo, en sus respectivas depresiones: ¿quién tenía adentro al padre/marido muerto? Mi paciente nunca había dado cabida al reconocimiento de la depresión: esta propina le correspondía a la madre. Conmigo se deprimió, y halló valiosa esta nueva experiencia. Pudo deprimirse porque comprobó que su analista, a diferencia de su madre, era capaz de tolerar esa depresión de ella. La madre la habría alentado a que tuviese una felicidad falsa, la habría mimado de todas las maneras posibles, y se habría deprimido francamente ella misma.

Lo fundamental es que casi toda terapia violenta, y en particular la convulsiva, tiende a sentirse como un ataque contra algo que está dentro de uno, algo con respecto a lo cual uno tiene sentimientos confusos y conflictivos -mucho amor mezclado con mucho odio-. Esto tiene especial importancia para un paciente con ideas delirantes paranoides. Lo bueno que tiene dentro está muerto, en cuyo caso un laxante podría ayudar; o está vivo, en cuyo caso dejemos que el doctor lo ataque provocándole las convulsiones, o tajeando el cerebro. Lo intolerable es encontrar que hay algo odiado y amado al mismo tiempo.

El tratamiento por convulsiones no puede sino tener gran significación para un paciente, y aun para una persona normal a quien le fuera propuesto "por razones profilácticas". Las personas sanas no consentirían someterse a un tratamiento así, lo cual es otro modo de decir que las personas normales son lo contrario de suicidas, o sea, quieren preservar las cosas que tienen dentro, porque las valoran.

Es sumamente importante que se entiendan estas argumentaciones psicológicas y se les otorgue pleno reconocimiento. Es malo para la profesión que los psiquiatras se muestren dispuestos a continuar aplicando terapias que son tiros al aire (muy violentas, además); por otra parte, con ello se alienta la antigua y empecinada creencia de que la locura es una enfermedad física del cerebro.

En esta década de 1940 ya debería ser axiomático que los trastornos mentales son en esencia independientes de las enfermedades del tejido cerebral: son trastornos del desarrollo emocional. Que las enfermedades del cerebro y otras enfermedades físicas estén vinculadas con trastornos mentales no altera este axioma. La nueva moda son siempre tratamientos dirigidos al tejido y la función cerebrales; ahora los cirujanos ejercitan su ingenio en la lobotomía prefrontal. Pero no nos impresionan, porque nadie ha publicado buenas investigaciones sobre lo que significa para un paciente que se le opere el tejido cerebral. Los dementes suelen clamar por que alguien les saque el cerebro, junto con el corazón y los pulmones y otras localizaciones de sus cosas internalizadas muertas, antaño amadas y que ahora están más allá del duelo. Estos anhelos de los dementes son más disculpables que los nuevos procedimientos a que recurren terapeutas ansiosos y sinceros.

Me doy cuenta de que este fragmento de investigación es una gota en un océano, pero quizás nos indique la necesidad de realizar más investigaciones, y la clase de investigaciones que se precisan. Y aunque sólo se refiere a una paciente, abarcó alrededor de doscientas horas de trabajo sólido, que a su vez fue aplicación de muchos trabajos similares efectuados con otros pacientes que no habían sido sometidos a tratamientos convulsivos antes de venir a verme; y será valioso para el análisis de otros pacientes esquizofrénicos -independientemente de que hayan sido o no sometidos a tratamientos insulínicos o convulsivos-, en cooperación, por supuesto, con psiquiatras que no sean contrarios al psicoanálisis.

Este trabajo fue una aplicación directa de la técnica terapéutica y la teoría de Freud y desarrollada por sus seguidores, especialmente por Melanie Klein. Debo mucho, asimismo, a los numerosos

intercambios de ideas que mantuve con Clifford Scott.

II. Tratamiento de choque para el trastorno mental

Carta al director del British Medical Journal, 25 de diciembre de 1943

Señor: La evolución médica ha visto interrumpido su curso regular y ha dado un paso atrás, desde mi punto de vista, con el tratamiento del trastorno mental mediante la provocación de convulsiones - una manera de abreviar la psicoterapia y un medio maravilloso de hacer psiquiatría sin tener que averiguar nada sobre la naturaleza humana-. Invito a los médicos clínicos en general a que hagan saber claramente si están en favor de este tratamiento, cuyas características recuerdan los más violentos intentos medievales para expurgar a los espíritus malignos.

En verdad no sé cómo es que se obtiene autorización para realizar este tratamiento, ya que hay buenas pruebas de que cuando un adulto la concede para que se le efectúe a él, lo hace llevado por un impulso semejante al impulso suicida. Lo mismo que mueve a un hombre a causarse daño a sí mismo lo mueve a permitir, y aun a pedir, el tratamiento de choque. La ética que rige la colaboración con este impulso suicida es dudosa. Debe recordarse que este tratamiento no se aplica únicamente, por cierto, a los casos desahuciados, sino que se lo prueba en todos los tipos de enfermedades psíquicas. Personalmente, jamás daría permiso para esta terapia de choque, simplemente porque no veo cómo puede probarse que es inocua. Pero pienso que la profesión en su conjunto podría oponerse razonablemente al tratamiento sobre la base de que brinda una manera de eludir la verdadera comprensión de la naturaleza humana, justo en el momento en que comenzamos a ser capaces de enriquecer enormemente nuestra práctica médica mediante la asimilación de las investigaciones recientes de la psicología.

Diría más: toda planificación, si ha de ser tan positiva como el avance gradual, debe tomar en cuenta los factores inconscientes. Existe un antagonismo inconsciente del médico frente a los enfermos que no responden a su terapia. En mi opinión, la terapia de choque es un tratamiento demasiado violento para que podamos hacer uso de él y estemos seguros al mismo tiempo de que no tenemos la intención inconsciente de dañar al paciente. Los psiquiatras deben conocerse muy bien a sí mismos para sentirse contentos al administrar este tratamiento, y para soportarlas críticas y aun el antagonismo que tarde o temprano es previsible que se manifiesten en la prensa no especializada. (Ya uno de los lectores que escribieron a su revista [el 20 de noviembre], el Dr. Martin Cutlabert, ha llamado nuestra atención sobre un tipo de reacción del público.)

El propósito de esta carta es invitar a los miembros de la profesión en general a debatir esta cuestión, que por sus implicaciones éticas no puede seguir siendo un problema puramente psiquiátrico o científico. Y me gustaría muchísimo saber cuántos piensan, como yo, que nadie tiene derecho a aprobar que se le provoquen convulsiones a un niño.

Quedo de usted..., etc.
D.W. WINNICOTT

III. Terapia de choque

Carta al director del British Medical Journal, 12 de febrero de 1944

P S I K O L I B R O

Señor: Le agradecería me permita contestar a las cartas que siguieron a la mía del 25 de diciembre. En su mayoría estas cartas fueron enviadas por psiquiatras, lo cual me decepcionó, ya que mi objetivo era sondear la opinión de la profesión médica en su conjunto. El médico clínico probablemente esté muy atareado en la actualidad como para leer cartas; no obstante, creo que los especialistas deberían requerir constantemente su opinión sobre prácticas médicas especializadas, aunque sólo fuere porque el propio médico clínico vive entre sus pacientes, entre los que son fracasos terapéuticos como entre los que son un éxito.

Sé muy bien que cierto número de psiquiatras, estudiosos de la naturaleza humana, están empleando diversas clases de terapia de choque como procedimiento anexo a su labor psicoterapéutica. Ellos nada tienen que temer de una carta mía dirigida a la prensa médica. Continuarán con su trabajo, conservando, modificando o descartando cosas de acuerdo con su minuciosa observación de los efectos. Muy diferente de esto es la idea que está surgiendo de que el tratamiento por excelencia del trastorno mental es alguna variedad de tratamiento de choque, y que a éste se le puede solicitar y aplicar como se lo hace con la quimioterapia en una septicemia. Jamás se inventará ningún tratamiento del trastorno mental que pueda ser apropiadamente practicado por nadie que no sea un estudioso de la naturaleza humana. Mi carta ha tenido alguna utilidad, en la medida en que provocó una declaración seria de que la terapia de choque (de cualquier índole) no es en sí misma un tratamiento. La opinión que yo he expresado -a saber, que la terapia de choque del trastorno mental, por más que pueda ser valiosa si está en buenas manos, constituye un grave retroceso para la salud de la psiquiatría- es estrictamente personal, y para ser justo con mis colegas psicoanalíticos debo dejar bien en claro que mi carta sólo expresaba sentimientos personales.

Varias de las personas cuyas cartas fueron publicadas presumieron que yo estaba pensando en el psicoanálisis como alternativa frente a la terapia de choque. En realidad no mencioné esa palabra, aunque es cierto que mi formación corresponde a la disciplina psicoanalítica. La alternativa por la que abogo es un buen manejo general del paciente, una buena atención personal de médico y enfermera, tolerante respecto de las fallas terapéuticas. Es extremadamente difícil llevar esto a la práctica en casos psiquiátricos desahuciados; pero por cada caso desahuciado hay centenares, o más bien millares, de casos en los que aún hay esperanzas, y es para éstos que debemos planear la práctica psiquiátrica. Esto puede sonarle extraño a algunos psiquiatras que trabajan en instituciones, pero los médicos clínicos me entenderán si digo que cuando la ciencia médica sea capaz de controlar la parte física de ciertas afecciones comunes, como la gripe, el reumatismo y la hipertensión arterial, se pondrán de manifiesto muchas graves depresiones, paranoias e hipomanías crónicas. Tendrán que ser tratadas como siempre lo fueron la gripe, el reumatismo y la hipertensión: mediante la atención personal del médico y la enfermera. Una de las cosas realmente útiles que solían enseñarnos los psiquiatras era que las fases depresivas tendían a desaparecer espontáneamente con sólo una inteligente tolerancia de la afección por parte de quienes cuidan del paciente, vigilantes de sus intentos suicidas deliberados o accidentales. Freud volvió comprensible esta lección puntualizando la relación existente entre la melancolía y el duelo normal, que dura un tiempo, después del cual el individuo previsiblemente se recupera. Si a los psiquiatras les interesa realmente prestar ayuda, pueden prestar una ayuda muchísimo mayor que la que hoy (con honrosas excepciones) brindan con la terapia ocupacional. Tal vez la expresión "terapia ocupacional" no sea feliz, ya que recuerda el proverbio de las "manos ociosas"; una expresión más adecuada indicaría que lo que se precisa es una forma especializada de orientación vocacional, que asigne a la realidad subjetiva un lugar apropiado junto a la relación del paciente con el mundo externo.

Uno se contentaría con dejar que las investigaciones sobre el valor de la terapia de choque sigan su propio curso, si no fuese por una cierta comunicación que recibí referente a la planificación [de la asistencia médica] en la posguerra. Fui informado de que cuando se declare la paz, se destinará

una institución a las enfermedades psiquiátricas de la niñez, y en ella los niños psicóticos serán tratados mediante terapia de choque. Nada más ni nada menos. Ahora bien: mi amigo el Dr. Rogerson tal vez esté en un grave error al pensar que en la niñez la psicosis es poco frecuente. En mi opinión, es común. Queda fuera de los alcances de esta carta exponer qué aspecto adoptan la esquizofrenia, la depresión, la paranoia y la hipomanía en la niñez, pero lo importante es que con un manejo correcto la vasta mayoría de los casos se recuperan espontáneamente, o por lo menos se las ingenian para encontrar un modo de vida apropiado para cada tipo de personalidad. Quienes aplican la terapia de choque al tratamiento de adultos admiten generosamente que no tienen idea alguna sobre la forma en que actúa cuando actúa. Confié en que movilizando a la opinión médica general se puede evitar que esta investigación se lleve a cabo en Inglaterra sobre los niños.

Quedo de usted, etc.
D.W. WINNICOTT

IV. Introducción a un simposio sobre la contribución psicoanalítica a la teoría de la terapia de choque

Leído en la Sociedad Psicoanalítica Británica, 15 de marzo de 1944

El 7 de octubre de 1942, la Sociedad dedicó una reunión nocturna al tema de la terapia de choque, en la cual el Dr. Freudenberg leyó un artículo, ilustrado mediante la exhibición de una película. (A raíz de una enfermedad yo no pude estar presente.) Creo válido sostener, empero, que en esa reunión no se puso de manifiesto la reacción cabal de la Sociedad. En realidad, no podía ser de otro modo, ya que el tema es vasto y muchos miembros no habían reflexionado mucho sobre él antes de escuchar el valioso aporte del Dr. Freudenberg. Ni siquiera hoy es seguro que la Sociedad en su totalidad esté al tanto de la extensión con que se aplica esta forma de tratamiento; hoy se provocan convulsiones mediante una corriente eléctrica en pacientes externos que asisten a uno de los hospitales-escuela de Londres, así como en los de otros sitios.

El año pasado (1943), el Dr. Cyril Wilson publicó en International Journal of Psycho-Analysis lo que denominó "Un punto de vista individual sobre la terapia de choque". Puede darse por descontado que este artículo es conocido en la Sociedad y por lo tanto el Dr. Wilson no leerá ningún trabajo hoy. En ese artículo se abordaba abiertamente el aspecto psicológico de la teoría de la terapia de choque, y mi idea al convocar a este simposio fue proseguir la obra de Wilson, tratando de desarrollar una contribución psicoanalítica en esta materia. Consideraría que el Simposio tuvo éxito si se instara al Secretario Científico a establecer un grupo de investigación con el propósito de reunir los resultados de las experiencias individuales de los analistas vinculadas con la terapia de choque. La experiencia psicoanalítica es tanto más profunda que cualquier otra de esta índole, que bien puede ser que a través de nuestros análisis de unos pocos pacientes sometidos a ese tratamiento en alguna de sus diversas formas tengamos una mejor comprensión colectiva que muchos psiquiatras, cuya tarea consiste en administrar el tratamiento a gran número de pacientes.

Algunos miembros han manifestado que no desean dar su opinión porque no han aplicado personalmente terapia de choque, o no han asistido a su aplicación. Sugiero que no hay necesidad ninguna de tener esa aprensión. Aunque sólo hubiéramos tenido la posibilidad de analizar a un paciente sometido al tratamiento, no deberíamos desperdiciar el valioso material así obtenido. Pero quisiera indicar, además, que cada analista puede hacer un aporte, más allá de que efectivamente haya analizado a pacientes que recibieron el choque. Todo analista ha llegado a conocer a muchos

pacientes íntimamente, tanto que podría conjeturar qué le ocurriría a cualquiera de ellos si sufrieran las experiencias que provocan estos choques. Sería lógico que si un psiquiatra inventa una nueva forma de terapia consulte con los psicoanalistas antes de aplicarla, para conocer su opinión en cuanto a los resultados previsibles.

Me parece que estudiar los aspectos psicológicos de este tratamiento físico de los enfermos mentales es algo que le incumbe perfectamente a la Sociedad Psicoanalítica, y deberíamos estar tan interesados en ayudar a los psiquiatras a comprender por qué obtienen buenos resultados, como en puntualizar cuáles son las limitaciones y los peligros. Incluso deberíamos poder ayudarlos, desde el lado teórico, en su elección de los casos y de una forma de choque en vez de otra. Si estoy en lo cierto, es por nuestra creencia en el inconsciente, así como por nuestros conocimientos sobre la estructura de la personalidad, por lo que los psicoanalistas somos útiles. De ahí que no podamos quedarnos esperando a que se solicite nuestra ayuda. Quizá la explicación actual, con fundamentos físicos, sobre los resultados de esta terapia sea un serio error, que sólo los psicoanalistas podemos enmendar. De todas maneras, aunque haya una explicación física, ello no nos exime de la necesidad de examinar cabalmente los mecanismos psicológicos operantes, junto con los físicos.

Tal vez sea sensato, en este debate, partir de la premisa de que el tratamiento no genera ningún daño físico al cerebro. Nadie puede saberlo con certeza, pero es improbable que las personas aquí reunidas estén en condiciones de aportar pruebas en uno u otro sentido. No obstante, si suponemos que no hay daño cerebral, algunos dirán que también debemos suponer que no sobreviene ningún tipo de cambio físico en el cerebro, ni siquiera cambios positivos. Por supuesto, están los cambios eléctricos o químicos momentáneos provocados por el excitante, pero es difícil creer que este método insensato cause en el cerebro cambios físicos confiablemente buenos, que no hagan daño alguno.

Debo recordar a los miembros aquí presentes que algunos médicos administran el tratamiento porque creen que, en efecto, daña el cerebro, suprimiendo recuerdos sofocados que son irritantes. El siguiente paso es la operación de lobotomía prefrontal, en la que de hecho se cortan las fibras asociativas que conectan los lóbulos frontales.

En mi opinión, estarían fuera de lugar aquí las consideraciones éticas que planteé en la carta enviada al British Medical Journal, pues en esta Sociedad nos incumbe el tema como algo que merece un estudio científico, y suponemos que si a los miembros de nuestra profesión se les demostrara que el tratamiento es malo, automáticamente dejarían de practicarlo. No tengo ninguna duda personal acerca de la integridad de cualquier psiquiatra que aplique el tratamiento de choque, pero debo reservarme el derecho de indagar en sus motivaciones, del mismo modo que nosotros siempre indagamos en nuestras propias motivaciones como analistas. En un debate científico no es útil poner sobre el tapete las cuestiones éticas hasta tanto no se hayan hecho progresos considerables en la teoría. Sin embargo, en la práctica de la psiquiatría -y a esto me referí en mi carta al B.M.J. -hay que dar desde el comienzo a esas cuestiones el peso que les corresponde.

Si me permiten aludir a mi correspondencia con el B.M.J, creo que de ella resultaron varios puntos valiosos para un debate científico. Uno es que nadie asegura comprender realmente cómo actúa este tratamiento. No ofendemos a nadie, por lo tanto, si adoptamos nuestras propias teorías. De esa correspondencia, así como de la impresión que recibí en una reciente reunión de la Sociedad Médico-Psicológica, surge con evidencia que se aplican miles de estos tratamientos por año, y la afirmación de que el tratamiento hace que los pacientes queden en mejores condiciones de recibir psicoterapia sólo debe considerarse valiosa en ciertos casos, pues cada practicante de esta forma de terapia da cuenta de haber tratado un número de casos demasiado grande, y no podemos creer que haya aprovechado esa mayor accesibilidad a la psicoterapia sino en una pequeña proporción del total. Por otro lado, tengo pruebas de que ciertos psiquiatras sólo utilizan los choques como

complemento de su labor psicoterapéutica, y me parece que estos profesionales se hallan en una situación muy distinta de la mayoría, que utiliza los choques como elemento principal.

Entiendo que, por lo que hoy se admite, los mejores resultados se obtienen en la melancolía involutiva y en las fases depresivas de la melancolía de tipo más moderado, en la que tiende a haber recuperación espontánea con un buen manejo. Los resultados logrados con las melancolías graves son sin duda llamativos, y si queremos que nuestra contribución sea útil debemos examinar cómo pueden alcanzarse estos buenos resultados por medio de mecanismos psicológicos.

A fin de ordenar el debate, he sugerido tratar los tres problemas siguientes (que por supuesto se superponen):

- a. Los efectos de los diversos tipos de choques sobre la anatomía, la bioquímica y la fisiología del cerebro y del organismo en general, y el significado que dichos cambios corporales tienen para el paciente.
- b. El significado que tienen los choques, y más específicamente las convulsiones, así como la idea de recibirlos, para personas normales y diversos tipos de enfermos. Aquí me refiero tanto al significado consciente como inconsciente, y al inconsciente reprimido.
- c. El significado que tiene para el paciente la convulsión real, o sea, un acontecer corporal incontrolable. Aquí me refiero al significado inconsciente (no específicamente al inconsciente reprimido).

V. Clases de efectos psicológicos de la terapia de choque
Escrito para el Simposio sobre Terapia de Choque
realizado en la Sociedad Psicoanalítica Británica, 15 de marzo de 1944

Quisiera examinar este tema dividiéndolo en cinco aspectos:

1. El efecto de la terapia sobre el personal y el clima humano de la institución. Pienso que sería un error, al examinar el efecto psicológico de cualquier tratamiento nuevo, pasar por alto la diferencia que éste puede introducir en la atmósfera general que se vive en la institución y en la actitud de médicos y enfermeras. Tal vez sea particularmente importante tomar en cuenta este tipo de cosas, justamente, al pasar revista al trabajo que se realiza en un hospital neuropsiquiátrico. En un hospital neuropsiquiátrico hay gran cantidad de enfermos graves y crónicos, personas cuya enfermedad hace que no puedan dejar de constituir una severa carga para la gente. El fardo de un caso psiquiátrico tiene que ser soportado por personas, no por máquinas, y a veces me asombra que haya médicos y enfermeras dispuestos a hacer esta tarea. Es bien sabido que en el pasado en estos hospitales florecía la crueldad; una de las razones es que algunos de los pacientes la "piden" y otra que, para atender a tantos elementos humanos incurables, los asistentes tienen que desarrollar una actitud especial, ya que existe muy poco alivio del tipo a que están acostumbrados los psicoanalistas cuando ven mejorar a sus pacientes como resultado directo de su labor. El trabajo en un hospital neuropsiquiátrico entraña inmensas frustraciones, y esto es válido también para las consultas psiquiátricas ordinarias que sólo conducen a un buen manejo de los casos y no curan a la gente. Entre paréntesis, quisiera decir cuán importante es que yo, como psicoanalista, reconozca la carga especial que significa el trabajo psiquiátrico puro, pues en el análisis de psicóticos el psicoanalista necesita periódicamente la cooperación del médico del hospital neuropsiquiátrico y no

la obtendrá si no comprende la particular naturaleza de ese trabajo.

Es previsible que la introducción de un tipo de terapia aplicable a un gran número de pacientes de otro modo intratables haya generado un cambio significativo en el sentimiento prevaleciente entre el personal de los hospitales neuropsiquiátricos. Si es así, creo que debe ser verdad que los médicos, enfermeras y asistentes se han vuelto mejores médicos y enfermeros a raíz de la nueva esperanza que trajo la terapia de choque, y del aminoramiento de la frustración gracias a ella. Asimismo, el alto grado de capacidad y de conocimientos que requiere, por ejemplo, el control de una terapia insulínica ha hecho que se incorporaran al hospital neuropsiquiátrico médicos y médicas con conocimientos de bioquímica y otras materias, todo lo cual debe tender a despertar, o mantener vivo, el espíritu de investigación científica del cual, según creo, carecían en general los hospitales neuropsiquiátricos hasta hace unas décadas.

Creo relevante para este debate tomar en cuenta la posibilidad de que la actitud del personal del hospital neuropsiquiátrico hacia los enfermos mentales haya mejorado como resultado de las nuevas terapias, incluida la terapia de choque; y suponiendo que así sea, me parece importante estimular la investigación de los efectos que podría tener dicha mejoría en los diversos tipos de casos psiquiátricos.

2. El efecto del tratamiento en cuanto el paciente lo considera parte de la relación emocional que el médico mantiene con él. Los psiquiatras destacan, en efecto, la importancia de la relación emocional de los pacientes con ellos, y hasta cierto punto han examinado los resultados de la terapia de choque a la luz de esto que ellos llaman "transferencia". Pienso que, según ellos mismos dicen, han aprendido acerca de los fenómenos transferenciales a través del psicoanálisis, y en cierta medida se refieren a la misma cosa que los psicoanalistas cuando utilizan este término. Advierten que el lazo emocional entre el paciente y el médico se basa en una revivencia de la experiencia pasada o en una dramatización de la fantasía. Creo, sin embargo, que la concepción psicoanalítica, según la cual lo único que tienen de anormal los sentimientos transferenciales es que son inconscientes, es por lo común comprendida en forma limitada. Probablemente sean raros los casos en que un psicoterapeuta funda su tratamiento, como lo hace el psicoanalista, en la toma de conciencia gradual de los elementos reprimidos de la transferencia, a través de interpretaciones basadas en el material que día tras día presenta el paciente.

El Dr. Wilson se ha ocupado, en su artículo reciente aparecido en el Journal, de la cuestión de la transferencia en los psicóticos. Cito un pasaje: "Sospecho que algunos de los psiquiatras que utilizan la terapia de choque tienden a confiar excesivamente en su insulina o en su máquina, y demasiado poco en su propia personalidad". Desarrolla cabalmente este tema, y da la impresión que, por lo que a él respecta, sólo valora la terapia de choque como tratamiento para aquellos pacientes que sin ella no recibirían tratamiento alguno, y no descarta que posiblemente puedan alcanzarse resultados a través de mecanismos puramente psicológicos.

Si me extendiera sobre este punto, no haría sino repetir gran parte de lo que ha escrito el Dr. Wilson.

3. El efecto del tratamiento en cuanto a las ideas y fantasías conscientes y preconscientes. Al leer parte de la bibliografía y asistir a los debates, me ha impactado el hecho de que algunos psiquiatras parecen hacer caso omiso de los aspectos psicológicos del problema, aun de los más superficiales. Tal vez sea una equivocación mía, o tal vez no se estime importante dar cuenta de las charlas corrientes que se mantienen con el paciente sobre el tema. Si un psiquiatra informa sobre estos casos, a mí me gustaría que me dijera qué tipo de charlas mantiene con cada paciente antes de empezar. Aquí podría venir bien un ejemplo, aunque no pretendo que éste pruebe nada.

Una paciente a la que le habían provocado convulsiones mediante electricidad en una institución me

contó lo siguiente: "No nos habían dicho que el tratamiento incluía convulsiones, y no estoy segura de que debamos saberlo; pero lo cierto es que todos lo sabemos, porque el rumor se difundió en secreto". Esto parecería mostrar que, en este caso particular, la paciente no recibía información de la que fácilmente podía hacer buen uso. Cuando le pregunté si sabía por experiencia directa cómo era una convulsión, me contestó que nunca había visto ninguna, y de pronto recordó que, cuando ella era muy pequeña, se había aterrado al ver a otro niño de la escuela maternal con una convulsión.

Doy este ejemplo sólo para ilustrar que, quizás únicamente en casos aislados, los sentimientos comunes, conscientes y preconscientes, pueden soslayarse o dejarse de lado cuando gran cantidad de enfermos mentales son sometidos a un tratamiento físico. Cuando un psiquiatra informa que también administra psicoterapia, y que utiliza los choques sólo como un suplemento a la psicoterapia, lo tomo con pinzas, a menos que se contente con informar que ha tratado unos pocos casos: si un mismo individuo ha aplicado varios centenares de tratamientos, no veo cómo puede administrar luego en cada uno de esos casos una psicoterapia adecuada.

4. El efecto del tratamiento de acuerdo con las expectativas previsibles de diversos tipos de enfermos. Debería ser posible enunciar qué expectativas tiene con respecto al mundo cada tipo de paciente, y evaluar la terapia de choque en relación con tales expectativas. Yo no quedé satisfecho al procurar formular esa enunciación, y si se piensa que este enfoque puede ser fructífero me gustaría recibir ayuda. Por ejemplo, algunos pacientes histéricos tienen la expectativa de que la gente manifieste ambivalencia hacia ellos, y no se sorprenden demasiado si los médicos que los cuidan les provocan convulsiones dolorosas y displacenteras. Otras histéricas esperan ser objeto de un ataque sexual y quizás vean el tratamiento de choque bajo esta luz. Por cierto, los masoquistas serán proclives a volver el tratamiento en su propio provecho, de una manera particular. Los dubitativos y otros obsesivos prevén siempre que van a sentir culpa sobre algo, y conozco por lo menos un caso de alguien que se sentía igualmente culpable de rechazar el tratamiento de choque y de pedirlo. Los casos de angustia constituyen un grupo tan heterogéneo que no admiten ninguna generalización, pero a mi entender cualquier paciente de esta clase que no esté demasiado angustiado va a experimentar con el tratamiento un alivio inmediato, aunque temporario, ya que sus fantasías son siempre peores que la realidad.

Los deprimidos sienten que tienen que destruir algo dentro de ellos y es seguro que han de utilizar cualquier cosa peligrosa que se cruce en su camino para un acto suicida o de autocastigo. Si procuran suicidarse pero no mueren, se sienten aliviados. Suponen que para destruir la parte mala de sí mismos deben matarse, y la terapia de choque, que puede hacerle creer al paciente que le mata algo dentro de su cuerpo, será entonces provechosa para el paciente deprimido que comprueba que ha sobrevivido a ella.

Los individuos con una personalidad construida sobre bases contradepresivas, las personalidades hipomaníacas con un núcleo central no reconocido de depresión, esperan poder ponerse a resguardo de cualquier cosa, digamos, y supongo que pueden defenderse de sufrir una alteración fundamental en cualquier sentido. Las personalidades introvertidas por lo común nada esperan del mundo externo, al menos nada importante. Sin embargo, quizás sientan la convulsión como un ataque dirigido contra su mundo propio, que localizan en su interior, y ésa es otra cuestión totalmente distinta.

Las personalidades paranoides siempre prevén que serán atacadas y todos los tratamientos parecen ser un retorno de su odio proyectado. La terapia de choque puede convertirse fácilmente en una dramatización de la idea delirante, y se ha informado sobre algunos pacientes que al principio acogieron con beneplácito el tratamiento pero luego culparon al médico por haberlos torturado (Wilson, Hardcastle). (2)

b. El efecto del tratamiento de acuerdo con la fantasía que tiene el paciente sobre su personalidad y sobre su cuerpo. Mencionaré este aspecto muy brevemente, aunque creo que es el más importante de todos.

En todos los pacientes, y en verdad en todos los individuos, las fantasías personales sobre el cuerpo revisten importancia, pero en el caso del paciente psiquiátrico las fantasías sobre su cuerpo y personalidad son vitales. Si bien es posible llevar a cabo en gran parte el análisis de un neurótico sobre la base de la recuperación de la vida instintiva en el análisis de la transferencia, sin recurrir a las ricas fantasías del paciente sobre su cuerpo, a un psicótico es imposible analizarlo si uno no está preparado para comprobar en cualquier momento que lo importante es justamente la fantasía que tiene sobre su cuerpo. En realidad, tal vez el motivo por el cual se supone que los psicoanalistas son incapaces de tratar psicóticos sea que, como se sabe, a éstos les preocupan mucho sus fantasías del adentro y el afuera, pero se ignora en general que ahora los psicoanalistas están capacitados para tomar en cuenta estas fantasías del sujeto sobre su cuerpo sin necesidad de volverse místicos y sin apartarse de su tarea principal, la cual es relacionarlo todo a la postre con el instinto, la experiencia y la realidad. En otras palabras, no sólo debemos tomar en cuenta cualquier imagen que nosotros querramos hacernos para ilustrar nuestra concepción de la estructura de personalidad de un paciente; también debemos saber que existe una estructura real de personalidad (bastante rígida si la persona está enferma), que nos sería dable ver si supiéramos mirar, y a la cual podemos descubrir y modificar en el curso del análisis, y es la fantasía inconsciente que el propio individuo tiene sobre su self. En lo que respecta a la realidad psíquica, nada podría ser más real. Ha sido edificada en el curso de la experiencia instintiva, y en su estructura encontraremos poderosas defensas y ordenamientos cuidadosos; además, el mundo externo del individuo puede quedar afectado de modo anormal para él por lo que allí tenga proyectado, que pertenece a su interior (de acuerdo con su fantasía).

Hay aquí, por cierto, elementos para la reflexión. Pacientes psicóticos con complejas estructuras y ordenamientos de la personalidad, rígidamente defendidos, son sometidos a convulsiones. Antes que nadie pueda suponer que los cambios resultantes de tal tratamiento, o de cualquier otro, son provocados por mecanismos físicos, debe investigarse de qué manera son aislados estos choques por el paciente o se les permite alterar los ordenamientos internos tan enormemente importantes, en todos sus detalles, para estos pacientes, a punto tal que serían capaces de morir o de pasar la vida entera en un manicomio antes que ceder el control que ejercen sobre ellos.

VI. Terapia física del trastorno mental

Tomado de British Medical Journal, 17 de mayo de 1947.

El título completo de esta charla era "Algunas razones de un prejuicio personal contra las llamadas terapias físicas del trastorno mental". Al presentar mis ideas de este modo admito que estoy prejuzgando la situación. Tal vez éste no sea un proceder científico, pero puede ser apropiado en el caso de tales métodos acientíficos de tratamiento del desorden mental. No objeto la brutalidad de los métodos. Comparada con la enfermedad psiquiátrica, hasta una fractura de la espalda es una bagatela, y una fractura de la pierna no es nada. Por otra parte, con los cuidados adecuados estos accidentes pueden reducirse a una insignificancia. Descuento, desde luego, la buena fe de quienes practican las artes contra las que yo tengo este prejuicio. No conozco ningún caso en que la administración de la terapia física pueda atribuirse a otro motivo que no sean las corrientes del médico en ejercicio.

La ciencia en la práctica médica

A un médico se lo consulta cuando hay alguien que padece. Los pacientes, y en especial sus familiares, demandan una terapia; pero el médico ha sido formado según el método científico y su tarea consiste en aplicar la ciencia. Al hacerlo, puede decepcionar por más que brinde alivio a su paciente, pero sirve a la comunidad al formar parte del baluarte que se erige contra la superstición. Cualquiera podrá acudir al curandero para obtener un alivio mágico, pero del médico se espera que represente a la ciencia o a la objetividad, y no tema no hacer nada si la ciencia no está en condiciones de ayudar. El diagnóstico se funda en el saber científico; el fundamento de la terapia debe ser el mismo.

Psicología científica

Un enfoque científico de los fenómenos mentales deriva de aceptar la teoría de que el trastorno mental es una perturbación del desarrollo emocional, y de que las bases de la salud mental, asentadas en lo innato, las establece desde el nacimiento el curso del desarrollo de la personalidad y de los contactos emocionales del individuo con la realidad externa. Gracias a las formulaciones y a la obra de Freud, en especial a su método de investigación objetiva de los fenómenos inconscientes, ha habido un firme avance de la comprensión psicológica.

El avance de la psicología científica puede describirse brevemente en tres etapas: la primera aportó la comprensión de la ambivalencia neurótica, la segunda, la de la depresión y la hipocondría, y la tercera la de los estados mentales más primitivos que reaparecen en las locuras.

En primer término se elucidaron las relaciones perturbadas entre las personas, así como las perturbaciones de las funciones instintivas de cada una, como resultado de sus conflictos inconscientes. Esta labor se llevó a cabo merced al discernimiento del amor y el odio tal como se daban en la situación transferencial. Luego de esto, me parece, comenzaron a ser analizadas las fantasías conscientes e inconscientes del paciente sobre sí mismo: su depresión y su sentimiento consciente de culpa se convirtieron en su impresión de que algo andaba mal en su interior, y la psicología de la hipocondría pasó a ser la psicología de los resultados del amar y el odiar. La incorporación y eliminación de objetos fue sometida a la interpretación analítica. La obra de Melanie Klein hizo posible todo esto, y la manía como alternativa frente a la depresión fue considerada un caso externo de la hipomanía como renegación de la depresión.

Los nuevos trabajos sobre la depresión se vincularon naturalmente con el examen de la integración de la propia personalidad, y fue posible comenzar a abordar en los procesos transferenciales los fenómenos de integración y de valoración de la realidad, etc., conectándolos con los instintos. Estos avances permitieron a la psicología incursionar en el dominio del alienista, el médico que maneja los casos de locura.

Terapia convulsiva

Junto a este firme progreso de la ciencia psicológica hubo un desarrollo de la práctica de la terapia convulsiva. Mi principal objeción contra ésta es que constituye una huida respecto de la aceptación de la psicología de lo inconsciente, así como de las implicaciones que tienen los avances psicológicos de los últimos cincuenta años.

Es bien sabido que existen varias técnicas, pero desde mi punto de vista la técnica eléctrica es peor que las demás por la facilidad con que puede instrumentársela. Además, la electricidad tiene especial significación para lo inconsciente, y se sabe que los paranoides y esquizoides mezclan la idea de la electricidad con ideas de influencia mágica. Estas consideraciones no significan necesariamente que la TEC sea mala, pero por cierto nos ponen en guardia al interpretar los resultados y al hacer frente al prejuicio en favor de la TEC que es tan común hoy entre los psiquiatras. Sea cual fuere la técnica utilizada, la terapia convulsiva es empírica. Nadie tiene la menor idea acerca del modo en que opera, cuando lo hace. Es verdad que no hay ninguna objeción taxativa contra el empirismo en sí, pero los científicos lo aborrecen y ven en él un mero estímulo para la investigación.

Nuestra responsabilidad es grande. Lo que se está haciendo en Inglaterra se practica también, a ciegas, en muchos otros lugares del mundo, donde no hay acceso a las bibliotecas, ni capacitación en el método psicoanalítico, ni libre debate científico. Es preciso tomar en cuenta, junto con el efecto inmediato de una terapia sobre los individuos, su efecto sociológico adverso.

Teoría de la salud mental

Debido al psicoanálisis, la psicología marcha en dirección al completamiento de la teoría del trastorno mental como perturbación del desarrollo emocional. Las bases de la salud mental se echan en la infancia, en la relación que se desarrolla entre el bebé y la madre, y aun, de un modo más primitivo, entre el bebé y su madre subjetiva, y más primitivamente todavía en el establecimiento del propio self por el bebé. El fructífero resultado de esta teoría ha sido que la prevención de la salud mental constituya una nueva tarea de la pediatría. En contraste con ello, el resultado de la terapia empírica de los enfermos mentales mediante métodos físicos ha sido comparativamente poco fructífero, y es éste: que se necesitan cada vez más neurólogos capacitados para aplicar convulsiones a la gente. Estos dos resultados sociológicos pueden compararse entre sí.

Aparte de mí, son muchos los que lamentan que la terapia convulsiva aparte inevitablemente al investigador del enfoque psicológico, para dirigirlo en cambio hacia el enfoque bioquímico o neurológico. La terapia convulsiva atrae a los hospitales neuropsiquiátricos a personas altamente calificadas para abordar las complejidades del choque insulínico y de todos los cambios bioquímicos que deben ser estudiados en esta clase de trabajo. Las terapias físicas atraen hacia la psiquiatría, en general, a jóvenes médicos orientados hacia lo físico, y siempre es improbable que los hombres y mujeres que han recibido una excelente capacitación de posgrado en el aspecto físico estén dispuestos a empezar de vuelta e introducirse en la psicología desde el principio, o puedan hacerlo. La lobotomía, en un grado extremo, atrae hacia la psiquiatría a un tipo incorrecto de médico. A mi entender, la aceptación moderna de la lobotomía es resultado directo de la aceptación de la terapia de choque empírica.

Si las consecuencias sociológicas de la terapia convulsiva son malas, las consecuencias sociológicas de la lobotomía son deplorables. Pienso que la lobotomía es el peor de los errores honestos que se han cometido en la historia de la medicina. En los hospitales neuropsiquiátricos, su resultado ha sido el acceso al poder del neurocirujano, un profesional que desde el punto de vista del psicólogo no está calificado. No nos dejemos engañar por su alta capacidad como neurocirujano, ya que ésta nada tiene que ver con el asunto. Si se deplora la lobotomía y sus colaterales, deben deplorarse las terapias convulsivas que allanaron el camino hacia aquélla. El sentimiento contrario a la lobotomía es demasiado intenso para encontrar expresión: el público en general y los médicos clínicos por igual están demasiado consternados por esta aplicación del método empírico como para hacer nada al respecto, y temen que si plantean objeciones, los

psiquiatras dejarán de aliviarlos de la espantosa carga que constituyen sus familiares y pacientes locos.

Permítaseme aplicar la fórmula que establecí antes. Ahora, en vez de un padecimiento privado con la demanda de que el médico que aplica la ciencia realice un tratamiento mágico, cabe decir que el padecimiento de la sociedad (por sus miembros mentalmente enfermos) lleva al uso del médico (a raíz de que, según se supone, se rige por principios científicos) como modo de encubrir una aplicación de la magia, originada en el pánico. La lobotomía debe ser un remedio de curandero disponible para aquellos que solicitan "curas".

De este tema de la lobotomía, con sus alteraciones irreversibles en el cerebro, vuelvo a la terapia convulsiva con un sentimiento de alivio. Al menos en este caso no se provoca ningún daño (o así lo suponemos inocentemente). Si resultare que los efectos, buenos y malos, de la TEC son después de todo psicológicos, ningún individuo habría sido realmente dañado, y el sujeto sometido a convulsiones podría aún recurrir a la psicoterapia si se cruzara en su camino. Incluso con el tiempo podría recuperarse espontáneamente con un buen manejo, si ésa es su voluntad.

Objeciones contra la terapia convulsiva

Para resumir los puntos de vista que he expresado hasta aquí, diría que yo no aplicaría la terapia convulsiva porque: 1) no permitiría que me fuera aplicada a mí; 2) atrae hacia la psiquiatría a una clase incorrecta de médicos, capacitados de un modo no conveniente; 3) socava el justificativo que tiene la gente para confiar en que los médicos no pierdan su cabeza científica frente a la demanda de magia; 4) esta forma de terapia efectuada aquí, en Inglaterra, da origen a tratamientos masivos con el mismo método en todo el mundo; 5) los métodos físicos de tratamiento representan una tendencia a apartarse de la psicología científica. Quisiera añadir un nuevo punto, y es que las enfermedades para las que resulta más indicada la TEC parecen ser la melancolía involutiva y las depresiones menores.

Ahora bien, la depresión es la enfermedad de la gente valiosa. En el límite, la depresión es el derrumbe de la gente sobrecargada con responsabilidades o pérdidas. De este lado del límite está la persona valiosa, a menudo una buena madre, que se carga de excesiva preocupación por el otro. Del otro lado del límite tenemos el mismo fenómeno, pero menos consciente, y es la depresión. En ella, al menos el paciente sufre por su propia enfermedad. La TEC es aplicada en la actualidad a la gente valiosa, y si se admite esto, sin duda al psiquiatra debe preocuparle mucho su idoneidad para esta tarea. Pocos de nosotros estamos vírgenes de toda depresión, y si le hemos escapado ha sido quizá mediante una defensa contradepresiva que es más anormal que la fase de depresión franca de un paciente.

Efectos psicológicos de la terapia convulsiva

Una vez resumido mi prejuicio, quisiera enunciar mi conjetura acerca de los avances futuros en la psicología de la terapia convulsiva. Creo que los psicoanalistas y todos los que han recibido esta clase de formación deben partir actualmente del supuesto de que todos los resultados de la TEC (buenos, malos e indiferentes) son psicológicos. El inmenso campo de los efectos psicológicos que tiene la idea de la TEC ha sido seriamente soslayado. Para debatir esto no es preciso haber aplicado la TEC a un millar de pacientes, ni siquiera haber aplicado una sola: lo que necesitamos es recoger las experiencias sobre los sentimientos e ideas que aparecen en el análisis de pacientes que han sido sometidos a terapia convulsiva, así como de aquellos otros que están en contacto con otros pacientes sometidos a terapia convulsiva.

Necesidad de investigación

Propongo dos líneas de abordaje. El tema al que es menester dedicarle urgentemente investigaciones y debates es el de las reacciones conscientes e inconscientes del paciente ante: a) la idea de la TEC, etc.; b) la experiencia de ser sometido a terapia convulsiva; y c) la convulsión real.

He aquí algunas sugerencias.

a) Reacción ante al idea de recibir una convulsión. Supongo que cualquier persona normal aborrece esta idea. Debe ser por eso que los psiquiatras no se aplican convulsiones a sí mismos cuando se sienten un poco deprimidos. Es probable que a las personas que sufren angustia las aterrice la idea de las convulsiones, como las aterroza cualquier otra idea, pero en cambio sean muy valientes frente a la experiencia real. Las dificultades de los pacientes obsesivos se incrementan mucho cuando se les presenta la idea de la terapia convulsiva; tenderá a fortalecerse su defensa organizada contra la espontaneidad y el descontrol, y la duda obsesiva se encuadrará dentro del dilema de si deben o no dar su autorización. Cualquiera sea la opción, se sentirá culpa. En laparanoia organizada es fácil sentir que las convulsiones forman parte de un ataque hostil previsto. En una niña que tenía la delusión de que alguien estaba tratando de destruirle el cerebro, se comprobó que esta forma de terapia era una confirmación absoluta de dicha delusión. En los casos en que existen pensamientos producto de transferencias delirantes, así como esas fantasías que tan rápidamente se mezclan a las teorías de los fenómenos eléctricos y las influencias malévolas, es imaginable la particular significación que ha de tener la terapia de choque eléctrico (TEC).

b) Reacción ante la experiencia de recibir convulsiones. En los casos con tendencia a la histeria de conversión, un conocimiento parcial del funcionamiento del cerebro es prontamente usado en la racionalización de las parálisis y parestesias que siguen a la terapia convulsiva. Las personas depresivas equiparan la convulsión con la muerte y se sienten absueltas por haber experimentado algo similar a encontrar la muerte. Estas personas anhelan que se les administre la terapia convulsiva. En algunos casos, cada aplicación sucesiva crea más y más terror, y la última es equiparada con la muerte, y la recuperación posterior concede una nueva licencia de vida a raíz de la experiencia emocional. La convulsión puede satisfacer los impulsos suicidas: el paciente usará esta experiencia similar a la muerte como una alternativa respecto del suicidio. Esto es comparable al alivio que puede obtener con una tentativa auténtica de suicidio -de la cual se recobra gracias a una intervención externa exitosa-.

c) Reacción ante la convulsión misma. En lo que podría denominarse neurosis de introversión el paciente ha organizado un mundo interno secreto en el cual las relaciones son buenas, a expensas de la confianza en el mundo externo, donde ha colocado las relaciones malas. Es probable que en estos casos la convulsión real se sienta como una amenaza a ese mundo interno artificialmente bueno, y en consecuencia tiene que producirse un reordenamiento tal que el atesoramiento secreto de las relaciones buenas en el interior no sea total.

Este abordaje es provisional y por cierto incompleto, pero lo presento para indicar que los resultados de la terapia de choque pueden examinarse como fenómenos psicológicos. En este punto es donde con más urgencia se necesita la investigación. Curiosamente, quienes practican la terapia convulsiva se muestran renuentes a investigar precisamente esto. Gran parte de las objeciones que se alzan contra ella desaparecerían si se comprendiesen los mecanismos mediante los cuales se alcanzan los resultados. El principal inconveniente es que se han edificado falsas teorías en torno de la premisa de que el cambio es producido por un mecanismo físico, y estas teorías han allanado

el camino ya al empleo difundido de la lobotomía... ¿y quién sabe lo que le puede seguir?

Reacciones inconscientes de la sociedad ante la locura

También quiero proponer la idea de que estas terapias físicas expresan la reacción inconsciente de la sociedad ante la locura. De lejos, esto es lo más difícil que debo decir. Tengo motivos para creer que los buenos resultados que se obtienen con estas terapias físicas dependen de este factor: que por intermedio de ellas se da expresión, en una forma aceptable (debido a que es encubierta), a la desazón inconsciente que padece la sociedad frente a la enfermedad mental. Por inconsciente quiero decir realmente inconsciente, y reprimida y no accesible a la conciencia. Sentimientos masivos de culpa y temor, y de consecuente odio, surgen en las personas involucradas con otras mentalmente enfermas, y pienso que este odio inconsciente está en la base, asimismo, de la crueldad descargada contra los pacientes mentales, que coloreó hasta hace poco tiempo el manejo de los locos.

Apéndice

A modo de palabra final, quisiera manifestar por qué no tengo esperanzas de que estos argumentos introduzcan alguna súbita diferencia en las prácticas hoy establecidas de la psiquiatría. El trastorno mental puede resultar enloquecedor para un enfermero. Si mañana mismo se aboliera la terapia de choque, esto implicaría para los médicos y enfermeros de los hospitales neuropsiquiátricos una carga emocional que no podrían asumir de inmediato, y habrá quienes sostengan que esto solo justifica el método. Veo la razón de esta argumentación, y la respeto. No obstante, es necesario que alguien plantee una fuerte objeción contra los métodos fáciles y seductores que tienden a apartarnos del difícil camino que deben transitar quienes pretenden comprender la naturaleza humana y abstenerse de la magia.

(1) La interrupción del análisis se debió principalmente a la recomendación de un conocido psiquiatra, quien informó lo siguiente: "El psicoanálisis no es útil en este tipo de casos; por lo tanto, aunque aquí parecería haber sido provechoso, no aconsejo que se lo continúe". -D.W.W..

(2) Wilson, ob. cit.; D.N. Hardcastle, carta al director del British Medical Journal, 29 de enero de 1944.

Biblioteca D. Winnicott

El impulso a robar (1949)

ME PARECE que hay algo que el progenitor corriente debe saber con respecto al robar. Se necesita alguna aclaración que relacione los impulsos primitivos de amor del niño pequeño con los actos compulsivos del niño más grande y del adulto. Desde luego, cualquier explicación breve debe ser necesariamente simple. Por ejemplo, cuando un niño siente compulsión a robar es muy probable que alucine alguna persona dominante, o una voz, que lo dirige, y es necesario dejar de lado esta complejidad para hacer alguna formulación general. Aclarando entonces que gran parte del problema quedará excluida, me parece conveniente plantear la psicología del robar en la siguiente forma.

Formulación simplificada del impulso a robar

Hay distintos grados en el robar.

Cuando un niño toma algo que le proporciona placer, no nos inclinamos a utilizar la palabra ladrón. Si un niño escala un muro y se apodera de una manzana madura, la come y la disfruta, sentimos que se parece a cualquier otro niño, y también al pequeño sentado a la mesa que se apodera de algo que tiene una forma o un color atractivo, le haya sido ofrecido previamente o no. El niño de más edad que penetra en un huerto ajeno y se lleva manzanas verdes, las come apresuradamente y luego tiene dolor de estómago, actúa evidentemente bajo la tensión de la ansiedad. Este constituye el grado más leve. Si luego se enferma, ello puede deberse a la inmadurez de las manzanas, a la culpa, o quizás a ambas cosas. Esto ya se acerca más al robo.

Un niño que, de tiempo en tiempo, roba manzanas y las regala sin disfrutar de ellas, actúa movido por una compulsión y está enfermo. A él puede llamárselo ladrón. Nunca sabe por qué lo hace, y si se lo apremia responderá con mentiras. Lo importante es, ¿qué hace ese chico? (por cierto que el ladrón puede ser una niña, pero resulta engorroso hacer una aclaración en cada oportunidad). -El ladrón no busca el objeto del que se apodera. Busca una persona. Busca a su propia madre, pero no lo sabe. Para el ladrón, la fuente de satisfacción no es, una estilográfica robada en una tienda, ni la bicicleta perteneciente al vecino, ni la manzana que crecía en el huerto. Un niño que está enfermo en esta forma es incapaz de disfrutar con la posesión de objetos robados. Sólo actúa una fantasía que corresponde a sus impulsos primitivos de amor, y lo máximo que puede hacer es disfrutar de la actuación y del ejercicio de una habilidad. El hecho es que ha perdido contacto con su madre en un sentido u otro. La madre puede o no estar allí todavía; puede incluso estar allí, y ser una madre buena, capaz de darle cualquier cantidad de amor. Desde el punto de vista del niño, sin embargo, hay algo que falta. Puede sentir cariño hacia su madre e incluso estar enamorado de ella pero, en un sentido más primitivo, ella lo ha perdido por algún otro motivo. El niño que roba es un bebé que busca a la mamá, o a la persona a la que tiene derecho a robar; de hecho, busca a la persona de la que puede tomar cosas, tal como, cuando tenía 1 ó 2 años de edad, tomaba cosas de la madre simplemente porque era su madre, porque tenía derechos con

respecto a ella.

Hay otro punto; su propia madre es realmente suya, porque él la inventó. La idea de la madre surgió gradualmente de su propia capacidad de amar. Podemos saber que la señora fulana de tal, que ha tenido 6 hijos, en cierto momento dio a luz a su bebé Johnny, que lo alimentó y lo cuidó, y que eventualmente tuvo otro hijo. Desde el punto de vista de Johnny, sin embargo, cuando él nació esa mujer era algo que él había creado; al adaptarse activamente a sus necesidades, ella le mostró que sería sensato crear. Lo que su madre le dio de sí misma debía ser concebido, debía ser subjetivo para él antes de que la objetividad comenzara a significar algo. En última instancia, al buscar las raíces del robar siempre se encuentra que el ladrón necesita reestablecer su relación con el mundo sobre la base de reencontrar a la persona que, debido a su devoción por él, lo comprende y está dispuesta a adaptarse activamente a sus necesidades; de hecho, a darle la ilusión de que el mundo contiene lo que él puede concebir y a permitirle ubicar lo que él concibe precisamente allí donde de hecho hay una persona devota en la realidad "compartida" externa.

¿Qué aplicación práctica tiene todo esto? La cuestión es que el niño sano en cada uno de nosotros sólo gradualmente se torna capaz de percibir objetivamente a la madre a quien él creó en un principio. Este doloroso proceso es lo que llamamos desilusión, y no hay necesidad de desilusionar activamente a un niño pequeño; antes bien, cabe afirmar que la buena madre corriente evita la desilusión, y la permite sólo en tanto siente que el niño puede soportarla, y darle la bienvenida.

Un niño de 2 años que roba monedas de la cartera de la madre juega a ser un bebé hambriento que pensó que creaba a su mamá, y que supuso que tenía derechos sobre ella y sus contenidos. La desilusión llega con excesiva rapidez. El nacimiento de un hermanito, por ejemplo, puede ser un choque terrible en este sentido particular, aun cuando el niño esté preparado para su llegada o aun cuando existan buenos sentimientos hacia el nuevo bebé. La súbita aparición de la desilusión -con respecto al sentimiento infantil de que ha creado a su propia madre- que el advenimiento del nuevo bebé puede provocar, inicia una fase de robo compulsivo. En lugar de jugar a que tiene plenos derechos sobre la madre, el niño comienza a apoderarse compulsivamente de cosas, sobre todo golosinas, y a ocultarlas, pero sin obtener una satisfacción real de su posesión. Si los padres comprenden lo que significa esta fase de un tipo más compulsivo de robo, actúan con sensatez. La toleran, por empezar, y tratan de que el niño que ha recibido semejante golpe cuente al menos con cierta cantidad de atención personal especial, a determinada hora de cada día; y quizás haya llegado el momento de empezar a darle unas monedas por semana. Sobre todo, los padres que comprenden esta situación no caen como aluvión sobre el niño y le exigen una confesión. Saben que, de hacerlo, el niño comenzará sin duda a mentir, además de robar, y que ello se deberá exclusivamente a su mala táctica.

Estos son asuntos comunes en cualquier familia sana corriente, y en la gran mayoría de los casos las cosas se solucionan con sensatez, y el niño que está temporariamente sometido a la compulsión a robar cosas, se recupera.

Hay una gran diferencia, sin embargo, según que los padres al comprender lo que ocurre, eviten acciones imprudentes, o sientan que deben "curar" la tendencia a robar en sus primeras etapas, a fin de impedir que el niño se convierta más tarde en un verdadero ladrón. Incluso cuando las cosas eventualmente van bien, la cantidad de sufrimiento innecesario que los niños soportan a causa de un manejo erróneo de estos detalles es tremenda. El sufrimiento esencial ya es sin duda suficiente, y no se refiere sólo al hecho de robar. De mil maneras distintas, los niños que han sufrido un acceso demasiado grande o súbito de la desilusión, quedan sometidos a una compulsión a hacer cosas sin saber por qué, a ensuciarse, a negarse a defecar en el momento adecuado, a destrozarse las plantas del jardín, etcétera.

Los padres que sienten que deben llegar al fondo de estas acciones, y que piden a los niños que expliquen por qué lo han hecho, aumentan enormemente las dificultades de los chicos, ya bastante intensas de por sí. Un niño no puede proporcionar un motivo real, pues no lo conoce, y el resultado puede ser que, en lugar de sentir una culpa casi insoportable por la incomprensión y la acusación, sufra una división en dos partes, una terriblemente estricta, y la otra dominada por impulsos malignos. El niño entonces ya no se siente culpable, pero se transforma, en cambio, en lo que la gente llama un mentiroso.

P S I K O L I B R O

Sin embargo, cuando a uno le roban la bicicleta, el choque no se mitiga, al saber que el ladrón buscaba inconscientemente a su propia madre. Esto es un asunto completamente distinto. Los sentimientos de venganza en la víctima no pueden pasarse por alto, y todo intento de asumir una actitud sentimental frente a los niños delincuentes trae aparejada su propio fracaso, al incrementar la tensión del antagonismo general hacia los criminales. Los jueces de los tribunales de menores no pueden pensar en el ladrón sólo como un enfermo, y no pueden ignorar la naturaleza antisocial del acto delinciente, y la irritación que éste debe engendrar en el fragmento localizado de sociedad que resulta afectado. Sin duda, exigimos un enorme esfuerzo a la sociedad cuando pedimos que los tribunales reconozcan que un ladrón está enfermo, y que se debe prescribir un tratamiento y no un castigo.

Desde luego, hay muchos robos que nunca llegan a los tribunales, porque muchos padres buenos resuelven la situación satisfactoriamente en el hogar. Se puede decir que una madre no experimenta tensión alguna cuando su hijo le roba algo, ya que nunca soñaría con hablar de robo, y porque reconoce fácilmente que la acción del niño constituye una expresión de amor. En el manejo del niño de 4 ó 5 años, o del que atraviesa una fase en la que se produce una cierta cantidad de robo compulsivo, sin duda la tolerancia de los padres se ve sometida a una cierta exigencia. Deberíamos proporcionar a esos progenitores todo lo posible en términos de comprensión de los procesos involucrados, a fin de ayudarlos a guiar a sus hijos hacia la adaptación social. A ello se debe que yo haya intentado expresar el punto de vista de una persona, simplificando deliberadamente el problema a fin de presentarlo en forma tal que el progenitor o el maestro pueda comprenderlo.

Resumen de los criterios expresados

El niño que corriente y sanamente reclama la posesión de su madre, y que se apodera de todo lo que lo atrae, se reconforta en la ilusión de haber creado todo lo que le interesa en las vidrieras del mundo. El niño de más edad que con frecuencia roba compulsivamente monedas de la cartera de la madre y dulces de la despensa, reacciona frente a un salto hacia adelante en el doloroso proceso de la desilusión.

El ladrón, que es un enfermo, se siente casi siempre desesperanzado con respecto al mundo y a la relación de éste con él. Cada tanto, sin embargo, siente una oleada de esperanza, que asume la forma de un intento por superar el proceso de desilusión; el yo del bebé, con sus recuerdos del consuelo hallado en la ilusión y en una subjetividad inexpugnable, surge entonces 'y durante un breve período habita en la persona del niño. Desde nuestro punto de vista, el resultado consiste en que esa persona, niño, adolescente o adulto, actúa como un poseso, como alguien poseído por un aspecto de su yo infantil, compelido a robar para establecer contacto con la sociedad.

[_____]

Biblioteca D. Winnicott

El maestro, los padres y el médico (1936)

Si se reflexiona un momento sobre este tema, se advertirá que la yuxtaposición de estos tres tipos de seres humanos -el maestro, el padre o la madre y el médico- tiene implicaciones algo siniestras. ¿Qué podría reunir a un maestro, un padre o madre y un médico? O bien, para formular la pregunta de otro modo, ¿por qué tendría que ser necesario que alrededor de un centenar de personas renuncien a su fin de semana para estudiar la relación, evidentemente precaria, existente entre estas clases de adultos? La respuesta es, desde luego, que en el trasfondo, en algún lugar, hay un niño. El niño es el cemento que liga entre sí a estas piedras, y es también el terremoto que las hace pedazos.

La educación de un niño normal (si por un momento se me permite usar la palabra "normal") es comparativamente simple; y el niño normal tiende a unir al maestro y a los padres en una relación feliz, en la que cada uno es una extensión de la personalidad del otro. Además, el niño normal deja tan poco por hacer al médico que éste se convierte en una cifra; tal vez sea el responsable final de los criterios con que se alimenta a los niños en la escuela, la regulación de sus ejercicios físicos, la ventilación de los dormitorios y la prevención de las inevitables enfermedades infecciosas para que no se difundan, pero en cuanto al niño normal, el médico no ingresa mucho en el cuadro como persona.

Ahora bien, ¡qué pocos niños pueden llamarse normales! ¿Y queremos que lo sean? La respuesta dependerá de la forma en que definamos lo normal; pero sean cuales fueren nuestra definición y nuestro deseo, sabemos que los equívocos que surgen entre los padres y toda clase de custodios de sus hijos no son, en modo alguno, debidos en su totalidad a las dificultades personales que pueda haber entre los padres y los custodios. Sabemos bien que con frecuencia se deben a los niños.

El estudio de las dificultades propias del desarrollo emocional de los bebés y de los niños de distintos grupos etarios constituye el mejor fundamento para comprender la interrelación de los padres, los maestros, los médicos y todos los interesados en el cuidado y la educación de los niños.

No es mi tarea analizar aquí y ahora con ustedes el derrotero extremadamente complejo del desarrollo emocional del individuo, pero al abordar este tema no puedo dejar de lado al niño. Debemos ver, por ejemplo, el papel que éste desempeña en el siguiente ejemplo de desconfianza parental.

Un chico de ocho años, muy inteligente e inquieto, permaneció durante el período escolar en la casa de una persona a la que conozco bien y sé que es confiable. Al término de ese período su madre lo fue a buscar. Mientras volvían a la casa, el niño le contó a su mamá que la señora X (mi amiga) se había negado a darle las monedas que necesitaba diariamente para tomar el ómnibus, así que tuvo que ir a la escuela y volver de ella caminando. Esta mezquindad le había impedido tener tiempo suficiente para volver a almorzar a mediodía, aunque de todos modos la comida que le daban era escasa y mala. Y así sucesivamente. Le contó todo esto a la

madre de la mejor manera posible, y sería injusto culparla a ella por haberle creído. Ocurre que la madre tenía también grandes dificultades, era muy aprensiva y siempre estaba sintiéndose perseguida o previendo que sucedería alguna catástrofe; me escribió diciéndomelo disgustada que estaba con la señora X y que no volvería a enviarle a su hijo para que lo cuidase.

Sucede que yo conocía bien al niño, porque lo estaba tratando por el método llamado psicoanálisis, y también estaba en estrecho contacto con mi amiga, la señora X. La situación real fue que el niño había disfrutado mucho su estadía en la casa de la señora X, donde conoció una estabilidad y una abundancia que no existían en su hogar. Además, la señora X es un tipo de persona más normal que la madre del niño, feliz y nada nerviosa. Por otra parte, al niño lo

impresionó mi confiabilidad (mi trabajo consiste en ser confiable), que comparó abiertamente con los hábitos erráticos de su padre. La escuela a la que lo habían enviado también era buena, y estaba muy contento por el tiempo que había pasado ahí. Además, la firmeza de la señora X para con él era novedosa y le vino bien. Le había dado unas monedas para el ómnibus, y cuando él se las gastó en golosinas le dijo que entonces tendría que ir caminando, lo cual era justo, ya que recibía golosinas y monedas de muchas otras fuentes.

Cuando el niño se reencontró con la madre, se sentía pésimamente por todo esto. El hecho de que hubiese disfrutado de ese ambiente extraño a su hogar implicaba formular una seria crítica a este último. Tal vez no se sintiera culpable de forma consciente, pero fue un profundo sentimiento de culpa el que lo llevó a contarle a la madre que lo habían tratado mal. En un comienzo no tuvo el propósito de enfrentar a su madre con la señora X, pero supongo que cuando se dio cuenta de que lo había hecho y de que su madre le creía todo cuanto le había relatado, pensó que no podía echarse atrás sin sacrificar la lógica, y agregó nuevos pormenores.

¡Con cuánta frecuencia el deseo de un niño de ocultarle a su madre que encontró la dicha fuera del hogar da por resultado un equívoco! Lo que el niño quería decirle era muy complicado, demasiado para un chico de ocho años. Era más o menos esto: "Yo te quiero, a pesar de que en muchas de las formas en que puede expresarse el amor, la escuela lo hizo mejor que tú; además, mi amor a la escuela no fue tan intenso, ni estuvo ligado a experiencias infantiles, como lo es y será siempre mi amor por ti, así que hubo menos amenazas de codicia, se generó un odio menos intenso, menos ingobernable, más fácilmente transformado en modos de expresión aceptables; hubo menos conflictos, y yo me sentí más contento que en casa".

Mi niño de ocho años quería decir todo esto, pero como no pudo, resolvió inventar el cuento sobre la frustración que padeció porque no le dieron las monedas.

El médico en este caso era yo. Mi tarea consistía en permitir a la madre que se quejara como quisiese durante unas semanas, y luego mostrarle la falta de realidad de todo eso; a la vez, tenía que lograr que la señora X pudiese reírse del asunto, para que no se sintiera herida si acaso recibía una carta mortificante de la madre. Por fortuna, como en este caso el chico estaba en análisis, tuve la oportunidad de hacer algo más que señalarle su mentira. No necesité hacer esto último en absoluto. En el curso del análisis, las complicadas motivaciones que describí se le harán claras, y a medida que él se sienta menos culpable (inconscientemente) por criticar a la madre, al padre y el hogar, y más capaz de criticarlos basándose en hechos externamente reales, la necesidad de esta clase de mentiras cesará sin un tratamiento directo.

Más adelante me explayaré en las complicaciones que generan las fantasías persecutorias, pero por el momento quiero llamar la atención de ustedes sobre el tema de los propósitos que se persiguen. ¿Cuáles son nuestros propósitos como médicos y maestros, y como indagadores de la verdad, en una conferencia como ésta?

En verdad, la decisión en cuanto a los propósitos y las motivaciones se toma dentro de cada uno, y depende de las tensiones y las tiranteces profundas de nuestra naturaleza, pero si momentáneamente se me permite fingir que tenemos un poco de control consciente sobre nuestra actitud hacia las cosas y la dirección de nuestros intereses, dedicaré a este tema alguna reflexión.

Yendo directo al grano: ¿vamos a tratar de inculpar a la madre? Me dan tanto trabajo los maestros, los asistentes sociales y los médicos claramente resueltos a "echarle la culpa a la madre", que me veo llevado a hacerles esta pregunta. Si ése es nuestro propósito, tendremos amplia oportunidad para divertirnos. Cualquiera de ustedes podrá levantarse y dar ejemplos de estupidez de los padres, dobles mensajes e inexcusable ignorancia. Yo mismo podría hacerlo. Sin embargo, señalaré que, como base para la discusión, "inculpar a la madre" es tierra estéril para el sembrador.

Dicho sea de paso, los maestros y los médicos pueden ser tan estúpidos e ignorantes como cualquiera cuando son padres. La verdad es que están involucrados los sentimientos, y por ende los conflictos, más fuertes de los padres, puesto que éstos son y han sido los padres. Los maestros y los médicos parten con la ventaja de que nunca tuvieron hacia el niño los intensos sentimientos que tuvieron los padres, y sus conflictos inconscientes en relación con el niño son consiguientemente menos fuertes y perturbadores. Sólo el amor más intenso puede alimentar el odio y las sospechas más feroces, y sólo quienes experimentan los más fuertes sentimientos conocen qué hondo calan en la naturaleza humana los sentimientos de culpa, la depresión y las sospechas. De hecho, una de las principales funciones de un maestro es ponerse in loco parentis, o sea sin el lazo emocional de máxima intensidad que el progenitor y el niño reales sienten uno por el otro. Pues ese lazo entre padres e hijo está ahí, ya sea que se manifieste como amor, como odio o como ambas formas, o como indiferencia, y es la fuente de las tensiones emocionales que deforman e inhiben la educación.

El maestro comprensivo, quien pronta e intuitivamente advierte que las actitudes molestas de los padres hacia su hijo son el concomitante ineludible de los lazos emocionales históricos que tienen con él, está en mejores condiciones de afrontar las situaciones de emergencia, que aquel que simplemente cree que los padres forman una categoría aparte en cuanto a su poder de exhibir las más bajas características humanas.

Si un maestro no sabe imputarle más que malas motivaciones a la madre, ésta lo siente en la médula de sus huesos. Puede haber odios despertados en lo profundo de la madre en conexión con el amor a su hijo, y celos frente a cualquiera que se encargue de cuidarlo, y tal vez la principal preocupación de la madre sea que el odio así activado no dañe al niño, cuyo amor por él lo provocó. El maestro o la maestra deben presuponer que de tanto en tanto un poco de ese odio flotante se dirija a él o ella, y tendrá que ser capaz de soportarlo. No es lindo que a uno lo odien, pero tanto los médicos como los maestros deben tolerarlo. Los maestros que gozan de popularidad sólo lo hacen porque algún otro está cargando con el odio, y por lo común los demás los menosprecian, por razones bastante claras. Siempre me ha parecido que un director de escuela que goce de popularidad es una contradicción en los términos. Si él o ella son populares, supongo que todos los demás maestros deben soportar el odio en bloque... ¡porque el odio flotante está en alguna parte, sin lugar a dudas! Suele ocurrir que los padres piensen que cualquier sentimiento crítico u hostil que tengan puede ser ilógico o subjetivo, el resultado de sus conflictos íntimos, y como consecuencia de ello dejan sin reservas a sus hijos en manos de alguna autoridad escolar, presumiendo que LOS MAESTROS SON PERFECTOS. Esta presunción no se justifica. Los padres que no intervienen porque suponen que todo anda bien no son los padres ideales, aunque desde el punto de vista de la autoridad escolar posean cualidades convenientes.

(Quisiera introducir aquí al médico como la persona capaz de hablar con el padre o la madre, y con el maestro, y que gracias a su comprensión de la naturaleza humana logra que se entiendan entre sí. Por desgracia, esta observación no responde a la realidad. Los médicos (dejando de lado a los especialistas) tienen como regla una buena comprensión intuitiva, que se manifiesta en su trato concreto con los individuos. A menudo se llevan bien con sus pacientes, niños o padres. Pero una cosa es llevarse bien con un paciente, y otra, ser capaz de asesorar a los padres o aclarar un problema entre éstos y el maestro.

La razón radica, como en tantas cosas, en el método empleado por el médico. Fácilmente se sitúa en el lugar del paciente. Si se lleva bien con el niño es porque, en ese momento, comparte los intereses de éste, pero sobre todo porque comparte sus antagonismos, y así permite que las fantasías persecutorias del niño tengan visos de realidad. Así como un paciente con francos delirios de persecución puede quedar contento si el médico del manicomio paga un tributo diario a su sistema delirante y simula creerlo, así también es fácil comprar la amistad de un niño si uno le hace el juego a sus fantasías persecutorias. Tal vez baste con convertirse en el

ogro o, recordando sus días de escolar, concordar con el niño en que el profesor de ciencia es un prepotente; o tal vez uno decida hacerse cómplice de una conspiración de enfermedad dirigiéndole una nota al director en la que rece: "Recomiendo que no se le exija ejercitación hasta el final del semestre", "No es aconsejable encargar deberes hogareños en este caso", "Deben evitarse los castigos corporales, ya que Tom tiene una tendencia a la debilidad cardíaca" (no importa qué signifique esto último).

La enfermedad infecciosa se amolda, desde el punto de vista psicológico, al sistema persecutorio delirante como una persecución llevada a cabo por los gérmenes que es verificada en la realidad. Habrán notado la mejoría que muestran ciertos tipos de niños difíciles cuando tienen sarampión o paperas o luego de la extirpación quirúrgica de su maldad interna, como la apendisectomía.

Asimismo, el médico se sitúa en el lugar del progenitor inquieto. Advierte lo espantoso que sería tener un hijo tan problemático, o un maestro tan poco comprensivo para su hijo, y apoya los lamentos del progenitor naturalmente, permitiéndole superar la tensión que le impone este vislumbre de las fantasías delirantes persecutorias.

Como apreciarán, esta ayuda muy real dista mucho de ser una verdadera comprensión, en el sentido intelectual. En rigor, se basa en el factor común de las fantasías persecutorias inconscientes de distintos seres humanos.

La frontera de la enfermedad psicofísica está dada por el propio mecanismo de seguridad de la naturaleza, y gracias a Dios siempre hay médicos dispuestos a entregarse en manos de la naturaleza y a firmar un certificado para que el niño falte a la escuela a raíz de vagas dolencias sin rótulo, un dolor de cabeza o en la cadera. Con frecuencia, el progenitor le hace un guiño al médico con su visto bueno, dándole a entender que un día sin escuela no le hará al niño ningún daño, y entonces el médico, luego del debido despliegue de su estetoscopio, pronuncia su veredicto. El maestro está al tanto de todo esto pero se alegra de verse aliviado de la responsabilidad del día siguiente, que estaba destinado a provocar un choque entre la autoridad escolar y el niño. El ataque de hígado es a menudo el signo externo de una oleada interna de sentimientos de culpa de intensidad insoportable. El término popular moderno es "acidosis", pero el único ácido cuya presencia puede demostrarse son las mordeduras y otros fenómenos de odio correspondientes a la fantasía inconsciente (la realidad interna) que el niño odia poseer. El niño es inconsciente del contenido de la fantasía, pero se siente indeciblemente culpable o angustiado, como si todo lo que llevara adentro fuera irremediablemente malo, y no obtiene alivio hasta vomitar o hasta lograr "una buena expulsión". En ese estado, el niño puede tratar realmente de vaciarse.

Conozco a una niña cuya infancia estuvo dominada por sentimientos de culpa y (más conscientemente) por el temor a vomitar; cuando tenía entre seis y diez años se pasaba horas sentada en el inodoro tratando de sacar de sí hasta la menor partícula de sus heces. Todo lo que tenía adentro era malo. Sus movimientos de vientre, que podrían ser expulsados, representaban su profunda e intangible fantasía inconsciente o su realidad interna, la cual era mucho menos fácil de eliminar. Más adelante, en el curso de su análisis, hizo el correspondiente intento de eliminar lo psíquicamente malo, los efectos del odio en la fantasía inconsciente, y luego el odio mismo, de modo tal que sólo le quedara la capacidad de amar. A la larga llegó a tenerle menos miedo a su odio y pudo usarlo como fuente de energía para el trabajo y el juego. Si se le hubiera podido ofrecer el análisis en el momento de los temores de su niñez temprana, se le habrían ahorrado treinta años de preocupaciones obsesivas.

Vemos, pues, que si bien puede confiarse en los médicos hasta cierto punto para que brinden a sus pacientes una ayuda temporaria (doy por sentado que los ayudan en cuanto a su enfermedad física), no son mejores que cualquiera otra clase de individuos en lo tocante a brindar comprensión de las fuerzas inconscientes operantes que determinan la conducta. Para los médicos es tan difícil como para cualquiera creer en la fantasía inconsciente y aceptar cosas tales como un sentimiento inconsciente de culpa, que cumple un papel tan destacado en la vida de la mayoría de los niños, así como de sus padres y maestros. Ni siquiera tengo la esperanza de que llegue el día en que los médicos puedan servir a la humanidad de esta nueva manera. Por supuesto, habrá un número cada vez mayor de médicos y maestros (y padres, debo añadir) que, gracias a haber

tenido una experiencia directa de psicoanálisis y a su formación en una escuela psicoanalítica bastante exigente, estarán en condiciones de tratar de solucionar los problemas individuales y aun de dar consejos. Pero no es dable esperar más. Mi opinión es que la tendencia actualmente vigente no ha de dar buenos frutos. Es corriente que los médicos, los maestros y los padres "sepan un poco de psicoanálisis". Esta tendencia no puede ser positiva, porque se aproximan a la psicología de lo inconsciente debido al temor a su propio inconsciente, o, si prefieren, por falta de confianza en su capacidad intuitiva, y si este temor lo lleva a uno a la psicología pero no al análisis del origen del temor, el resultado será una solución de compromiso entre la comprensión y la ceguera. Quizás algo se haya llegado a ver, pero con el fin de que otra cosa permanezca oculta.

El maestro en condiciones de tratar con el progenitor que ha leído acerca de lo inconsciente no es el que también ha leído algún libro sobre el tema, sino más bien el que posee una comprensión intuitiva profunda de la naturaleza humana, experiencia con las relaciones internas y externas, capacidad de ser feliz y de disfrutar de la vida sin negar su seriedad y sus dificultades. Un maestro así puede haber resuelto profundizar su comprensión y desarrollar mejor sus talentos naturales sometiéndose a un análisis; eso lo sé, lo comprendo y creo en ello. En lo que no puedo creer es que el aumento de la comprensión será el resultado de adquirir una jerga psicológica o incluso del estudio serio de la bibliografía psicoanalítica, que es mayoritariamente técnica y sólo pueden aplicarla de forma adecuada quienes están dedicados efectivamente a la práctica psicoanalítica.

Se necesita mucha comprensión natural y paciencia para entender lo que una madre realmente quiere decirnos cuando nos habla de su niño en términos de complejos e inhibiciones. Pero no debe olvidarse que por lo común la madre posee -y es la única que lo posee- un conocimiento valioso sobre la evolución del niño desde su nacimiento, lo que posibilita comprender al niño en el presente (más allá de que se lo analice o no). Como médico, en reiteradas oportunidades me topé con niños cuyas enfermedades o síntomas fueron totalmente mal diagnosticados debido a que el médico menospreció a la madre considerándola un testigo ineficiente. Es cierto que la madre añade a su volubilidad ansiosa o culpógena toda una serie de términos mal digeridos, pero esa misma madre es en definitiva la que conoce y puede darnos los detalles de la infancia y primeros años de la criatura en su secuencia apropiada, y en una forma que a la postre vuelve al diagnóstico claro como la luz del día. "El niño estaba bien hasta que lo desteté; desde entonces perdió el apetito, y tardó mucho en alimentarse solo y en masticar": esto nos dice muchísimo. "El niño era normal hasta los tres años, cuando se convirtió en un chico malhumorado, con terrores nocturnos y ciertas fobias... Sí, fue justamente cuando yo estaba panzona con mi próximo hijo." "El niño estuvo feliz hasta los dos años y medio, cuando el nuevo bebé tuvo una grave enfermedad y murió. Desde entonces ha sido un chico muy serio, y no disfruta de la comida como los otros chicos." Todos estos pormenores son inestimables.

Tal vez el dilema sea enviar al niño a la escuela y a que juegue y disfrute de la vida, o tenerlo en cama durante seis meses porque podría sufrir una cardiopatía reumática. Con frecuencia, el examen físico del niño no resuelve el problema, pero una buena historia clínica, bien seleccionada a partir de lo que dice la madre, es capaz de establecer el diagnóstico y decidir el destino de la criatura.

Si esto es válido para los médicos, lo es también para los directores de escuela. Si los directores y las directoras tuvieran tiempo, imagino que les gustaría contar con una historia detallada de la infancia y la niñez temprana de cada alumno nuevo, y la consultarían cada vez que el niño cobrara prominencia como candidato para recibir un premio o promoción, como delincuente infantil o juvenil, como posible celador del curso, como caso para la enfermería, por su contumacia o sus estallidos de furia, etcétera. Un director hace más o menos esto cuando selecciona a sus muchachos: les niega el ingreso a aquellos de quienes piensa (por sus antecedentes familiares, posición social o informes de otras escuelas) que no son adecuados para su tipo particular de colegio. Cuando elimina a los delincuentes potenciales elimina a niños, algunos de los cuales fueron hijos no queridos desde el vamos o padecieron graves traumas emocionales, seducciones, etcétera, a una tierna edad.

Una historia cuidadosa de los primeros años mostraría de qué niño pueden esperarse períodos de depresión, durante los cuales todo empeño por obligarlos a alimentarse, jugar o ser felices será vano o dañino. Dicha historia nos diría qué niños serán previsiblemente tímidos y sufrirán abusos de sus compañeros, o sea cuáles tendrán que enfrentarse con una cuota mayor que la habitual de fantasías persecutorias, y por ende pueden

necesitar protección frente a un maestro muy duro, el cual quizá sea perfectamente adecuado para otro tipo de niño. Esa historia nos daría también algún indicio en cuanto a los niños a quienes debe darse la oportunidad para una descarga directa de sus impulsos de odio (juegos en que se patee, muerda, mate, etcétera) y, en cambio, cuáles otros requieren más ayuda para la reparación y la restitución -la creación o recreación, más bien que la recreación, la compensación en la realidad externa del daño producido por los impulsos de odio en la realidad interna o en las fantasías inconscientes profundas-. Este último tipo de niño, sobre todo si tiene talento para alguna variedad de arte, suele necesitar muy poco despliegue o actividades agresivas directas, y hasta le molestan estos juegos. (¿No es ésta, acaso, la solución culturalmente más avanzada frente al problema del odio inconsciente? Pero a esos niños no se los hace así, son así cuando vienen a vernos y ya llevan consigo la capacidad de sufrir la depresión, que es la más noble enfermedad humana.)

Estas elecciones y selecciones, y muchas más, el director de escuela avezado las realiza en un abrir y cerrar de ojos cuando entrevista al futuro alumno y sus padres. A veces me pregunto qué pasaría si se tomaran notas serias de la historia temprana del niño, cuidadosamente extraídas de la madre. ¿Se tornaría ésta suspicaz? Pero no hay duda de que si el médico le pide estos datos a la madre, demostrándole así, y demostrándose a sí mismo, el importante papel que ella ha cumplido en ese drama, se gana su confianza; en tanto que el médico que deja de lado a la madre y todo su saber especial acumulado tendrá que ser un excelente cirujano o curandero para obtener su cooperación o conservar su buena disposición.

Podría seguir enumerando durante horas la forma en que un médico podría ayudar al maestro o a los padres. Por desgracia, los médicos no han recibido formación en la psicología de lo inconsciente, y por consiguiente son en su mayoría incapaces de prestar la ayuda que ahora describiré, pero en aras de la simplicidad ignoraré este punto.

Los niños que tienen a su cuidado difieren de otros niños en tal o cual aspecto. A veces, uno nota diferencias extremas y se pregunta dónde termina lo normal y dónde empieza lo anormal. Un niño es más inteligente que otro, pero un tercero está siempre en el primer puesto de la clase. En este último, lo que nos impacta es su temor de no ser el primero, su temor a fracasar o a recibir de su maestra cualquier cosa que no sea un elogio. El éxito de este niño es un síntoma; a los niños más normales a veces les va mal. Tiende a esforzarse en demasía y se necesita mucha visión para guiar al niño a través de su vida escolar. El médico debería ser capaz de analizar con el maestro los problemas vinculados al precario éxito de ese niño. Sin duda, al médico no puede hacérselo a un lado, pues hay enfermedades (el mal de San Vito, por ejemplo) a las que dichos niños parecen particularmente propensos a raíz de una tensión emocional que no pueden evitar. Es lamentable que tan pocos médicos sean capaces de apreciar el complejo problema psicológico involucrado. Es fácil decir: "Hay que dar al niño un período de ocio forzado". Para empezar, un día tendrá que ganarse la vida, probablemente con su cerebro, y pasarse sin estudiar un período lectivo en un momento crítico puede ser una seria desventaja en su futura competencia con otros niños no menos ansiosos (posiblemente todos ellos quieran ser maestros, a fin de enseñarles a otros a trabajar tan duro como lo tuvieron que hacer ellos). Luego están los efectos que puede tener en un niño así un ocio o un fracaso obligados. Como no se trata la angustia que subyace a su necesidad de elogio y de éxito, durante su período de ocio ese niño puede sufrir intensamente, tener graves manifestaciones de angustia o desarrollar alguna nueva técnica para evitarla, como la construcción de ideas obsesivas, la masturbación compulsiva o la invalidez. O tal vez se deprima. Cuando deben tratar a un niño de estas características, el médico, el maestro y los padres tienen una maravillosa oportunidad para una cooperación inteligente.

Por otro lado, aunque hay chicos mejores que otros en aritmética, un tercero padece una inhibición frente a las sumas (dolencia muy común en verdad, y no menos enfermiza que un dolor de garganta). El médico debe poder ayudar al maestro a decidir a qué niños hay que tratar con indiferencia, con disciplina o con psicoanálisis por su retraso en aritmética. Lo mismo cabría decir de la dificultad para hacerse de amigos (que puede significar tanto o tan poco), de la tendencia a no saber respetar las reglas del juego, de la obsesión por los helados, de la desmesurada necesidad de tener algún dinero o de desplegar la riqueza que se posee. El médico debe ser capaz de comprender los factores que están por debajo del ansioso deseo del niño de explorar tal o cual avenida del placer sensual, o todas ellas, y por cierto no sólo debe estar capacitado para examinar el

corazón y los pulmones, sino también para aconsejar respecto de la necesidad de castigar al niño o de tratarlo por las cosas que no hace. Por supuesto, rara vez se tiene la posibilidad de tratarlo, pero en una conferencia como ésta, donde se examinan los ideales, no necesito disculparme si soy poco práctico. Y por otra parte, ¿quién sabe? Como consecuencia de mi charla acaso alguno de ustedes aconseje a un joven que siga la formación psicoanalítica, con lo cual se agregaría uno más a la pequeña banda de los capaces de tratar a un niño que padece una dolencia psíquica.

Hay sin duda un movimiento en la dirección que señalo, pero la grave falta de personas adecuadamente adiestradas para tratar a los niños que requieren tratamiento muy pronto desalienta a los médicos y los maestros que alcanzan alguna vislumbre de comprensión en estas cuestiones. Y a un progenitor le ayuda poco y nada decirle que su hijo debería tratarse pero no es posible hacerlo. Desde luego, hay centenares de personas dispuestas a intentar lo que se llama "orientación infantil", o a mandar asistentes sociales para que sigan las huellas de los padres, o a determinar los coeficientes de inteligencia, pero, lamento decirlo, en nuestra búsqueda de individuos capaces de tratar con eficacia a los niños puede prácticamente dejárselos de lado. No sólo los niños de los barrios pobres, los niños descuidados, sino también nuestros propios hijos necesitan un tratamiento de gran complejidad técnica, pero aunque podría aprenderlo cualquier individuo de inteligencia media y de carácter estable, dicho tratamiento no está disponible. Los maestros, los padres y los médicos están cooperando con el objeto de crear una demanda de esos profesionales.

En los minutos que me quedan antes del debate me explayaré un poco sobre el tema acerca del cual he atraído especialmente la atención de ustedes, el tema de la pauta de fantasías persecutorias (fundamentalmente inconscientes) que causa tantos trastornos a ciertos niños y origina, de forma indirecta, tanta incomprensión entre padres y maestros. (quisiera hacerles recordar, además, que padres, maestros y médicos tienen los mismos problemas con diversos tipos y grados de estas fantasías en sí mismos, y no hay nada más sencillo que el hecho de que la pauta de fantasía de un individuo (un niño, digamos) evoque la pauta de fantasía complementaria de otro con el cual aquél tomó contacto. Esto equivale a decir que si en la escuela hay un chico matón o prepotente, el que sufrirá las consecuencias será el niño o niña que está esperando para ser tratado con prepotencia. Más aún, la introducción experimental en una escuela de un niño dispuesto a ser maltratado tiene como resultado seguro el surgimiento de un matón y, desde luego, de los protectores de los débiles y los admiradores y acólitos del matón. Para mantener la paz, un director de escuela tiene que ocuparse tanto de evitar que entren en ella los matones como de que entren las víctimas potenciales.

El niño típico no pierde contacto con los sentimientos que corresponden a las fantasías inconscientes, los cuales fácilmente se encauzan hacia un saber devorador, hacia los juegos de guerra y prisioneros, o a aquel en que se imita a la directora estricta y los alumnos dóciles (juego favorito de las niñas pequeñas), así como a los juegos establecidos convencionales. Pero cuando las fantasías resultan más aterradoras para quien las tiene, o han sido más profundamente reprimidas, los sentimientos correspondientes no están disponibles para su expresión indirecta en el trabajo o el juego infantiles, ni lo estarán más adelante para su expresión en las tareas del adulto. Un chico así desfavorecido puede ser particularmente atractivo para el observador casual o sentimental, a quien le encantará ver que no hay en el niño signo alguno de la agresividad o el odio ordinarios. El médico debe poder ayudar al maestro y a los padres a distinguir a un chico de esta índole de aquel otro de aspecto similar pero cuya falta de despliegue de juegos de odio es parte de su apego natural a los objetos internos, a las cosas y las personas de su realidad interna, y que probablemente tenga algún talento que le permite contactarse con la realidad externa a través de su modo especial de abordar los conflictos interiores, dado que nosotros, en su realidad externa, lo valoramos por sus escritos, sus poemas, sus obras o ejecuciones musicales, sus dibujos o pinturas, etcétera. Estos tipos de niños pueden estar teóricamente relacionados, y uno puede trocarse en el otro, pero en tanto que uno necesita urgente tratamiento, al otro puede dejárselo librado a que genere su propia salvación. Mi opinión es que ni el maestro ni el padre pueden formarse un juicio adecuado sobre estos problemas por sí solos, y en cambio con la consulta y la ayuda de una tercera persona comprensiva (llamémosle el médico) a menudo les es posible llegar a una conclusión muy clara.

A fin de aclarar este punto, citaré el caso de una niña de once años, muy suave y delicada, traída a consulta porque era algo más nerviosa que los demás niños de la familia. Tenía un dulce temperamento, pero nadie se le

podía acercarse realmente, y carecía de amigas íntimas.

La maestra se mostró sumamente perspicaz; me dijo: "Mire, doctor, yo también soy muy nerviosa, y de chica era terriblemente nerviosa, y comprendo a los chicos nerviosos. He tenido chicos que vinieron temerosos de todo lo que pasaba en su casa, y después de algunas semanas conmigo cobraron confianza y pudo encaminárselos perfectamente hacia la normalidad". (El cuadro que trazó de sí misma me fue luego confirmado por otras fuentes; como maestra, tenía un éxito particular con los niños nerviosos.) "Pero - prosiguió- esta chica es diferente de todos los demás; aparenta ser afable y de buen talante, pero no reacciona. No puedo entender por qué, y realmente me molesta no poder ayudarla."

En mi contacto preliminar con la niña no pude establecer un diagnóstico claro, pero durante su psicoanálisis (que fue realizado por un amigo mío a quien la mayoría de ustedes conocen) se encontraron profundas fantasías inconscientes que contenían perseguidores de fuerza excepcional, a punto tal que si la niña había conseguido evitar los delirios de persecución (externamente real) fue gracias a sus constantes y duros esfuerzos. Había mantenido una apariencia de normalidad, pero no pudo permitir que los sentimientos de sus fantasías profundas ingresaran en el goce del juego o la búsqueda del saber. Si alguien se mostraba particularmente amable con ella, interpretaba que le estaba tendiendo una trampa. De ahí que "no reaccionara". A medida que avanzó el análisis y fueron analizadas estas ideas persecutorias, se volvieron menos fuertes, menos aterradoras y reprimidas, y su energía quedó disponible para el trabajo y el juego normales. Se transformó en una escolar común, dichosa, que disfrutaba del juego y del trabajo y era normalmente traviesa; dicho sea de paso, pasó a ser la segunda madre de los niños más pequeños de la gran familia de su madre.

Vi a la maestra cuando el tratamiento se acercaba a su fin, y se había olvidado de sus sentimientos de un año atrás. Todo lo que pudo decirme es que la niña era enteramente normal y feliz, de hecho una de las más responsables de su clase; no se le ocurría por qué había sido sometida al tratamiento.

Este caso ilustra el de los niños que necesitan tratamiento, a diferencia del artista o poeta escolar, quien sólo precisa permiso para seguir su camino, deprimirse, o bien deprimirse y exaltarse alternadamente, y alguna persona competente que critique sus producciones.

Los niños que se debaten con fantasías persecutorias internas pueden ser impulsados por el temor a entrar en una relación con otros niños en la que sensualizan su sufrimiento y sometimiento. Buscan y encuentran a alguien que es llevado por el temor a la sensualización de la crueldad o el dominio. Se meten fácilmente en problemas y a veces hay que expulsarlos de la escuela, pero en realidad están enfermos. O tal vez se manejen bastante bien hasta quedar involucrados (quizá por accidente) en algún complot o aventura. Los demás participantes en la travesura son castigados y luego el mundo vuelve para ellos a la normalidad; pero en el caso de los niños que estamos examinando, queda destapado un depósito de sentimientos de culpa. Pueden enfermar de diarrea o tener ataques de hígado, o el temor los llevará a atacar a una persona de autoridad o dañar los edificios escolares. Estas manifestaciones de temor necesitan ser encaradas con suma habilidad.

Pero la tarea del maestro al ocuparse de estos trastornos manifiestos es leve en comparación con la que tiene al ocuparse de los ocultos. Los niños asediados por fantasías inconscientes persecutorias anormalmente intensas suelen ingeniárselas para pasarla bastante bien en la escuela, pero llevan a su hogar historias según las cuales fueron maltratados o descuidados allí. Aquí interviene el médico. A menudo los médicos son consultados por padres que quieren contar con su apoyo para hacer frente a maestros crueles, en especial en las grandes ciudades, donde los padres se sienten permanentemente vigilados por la ley bajo la forma del "inspector escolar" (1). Si el niño les relata a los padres con lujo de detalles de qué manera es maltratado en la escuela, ¿qué pueden ellos creer?

He investigado personalmente muchos de estos casos y llegué a la siguiente conclusión: gran número de estas acusaciones de los niños son ciertas. El hecho es que los niños que describo suscitan los peores aspectos de sus maestros; tienen una gran necesidad interna de encontrar y probar en la realidad externa una relación de "crueldad y sufrimiento" donde puedan depositar sus fantasías, que amenazan con convertirse en ideas

delirantes. Si uno indaga un poco, probablemente comprobará que el maestro no tiene problemas con los demás niños, ni es en general una persona cruel; o si lo es, rara vez el niño que se queja de ello es normal en este aspecto particular de mi presente tesis.

La comprensión de la psicología inherente a las quejas por maltratos de los maestros y el reconocimiento de la intensidad de las fuerzas que operan bajo la superficie suelen posibilitar que uno genere cambios temporarios o incluso permanentes. En algunas circunstancias basta con hacer alguna broma respecto del maestro, o sea dar al niño y a sus padres permiso para reírse del monstruo detestable, ya que la risa es una forma legítima de odio. Si las dificultades son más serias tal vez se precise un cambio de clase, lo que equivale a una capitulación parcial frente al niño. En los casos extremos, reaparecerán las persecuciones o habrá ideas delirantes fácilmente comprobables. Los maestros y los médicos no tienen que perder el tiempo buscando un procedimiento correcto para estos niños gravemente enfermos, que por supuesto necesitan tratamiento.

Más allá de estas quejas graves, se hallará toda clase de quejas sobre las normas y las reglamentaciones, sobre la inhumana rigidez de las reglas y las convenciones, y sobre los castigos. A veces los que más se quejan son los niños que más necesitan el alivio que brindan estas reglas y castigos a los sentimientos de culpa. Nuevamente, un médico comprensivo puede hacerle entender al progenitor lo que sucede, y así salvar al maestro de vituperaciones perturbadoras.

Confío en que me perdonarán haber vagabundeado por el país que me pidieron que les describiera, en lugar de viajar sistemáticamente por él. Por cierto que no intenté trazar ningún mapa. Podrán señalarme muchos monumentos históricos que no hemos visitado y cantinas de cuya buena cerveza no hice la alabanza; sólo espero que hayan encontrado en mi descripción algo que les despertase recuerdos del vasto conocimiento que ustedes ya poseen sobre el territorio que abarcan las palabras "El maestro, los padres y el médico".

Notas:

(1) Representante de la autoridad educativa cuya función consistía en asegurar que los niños en edad escolar asistieran a la escuela.

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

Sobre los elementos masculino y femenino escindidos, 1966

*El 2 de febrero de 1966, Winnicott leyó en la Reunión Científica de la Sociedad Psicoanalítica Británica un trabajo titulado "Los elementos masculinos y femeninos escindidos que se encuentran en hombres y mujeres en la clínica: inferencias teóricas". Posteriormente lo incluyó como una sección del capítulo 5 en su libro *Playing and Reality* (1971).*

P S I K O L I B R O

El presente capítulo comienza con una reproducción de dicho trabajo (sección I). En la sección II se reúnen tres fragmentos de material clínico, el primero escrito en 1959 y los dos restantes en 1963, que se hallaron dactilografiados en el archivo de Winnicott rotulado "Ideas". Todos ellos se refieren al mismo tema que el

trabajo que acabamos de mencionar, y es probable que Winnicott los utilizara en sus cursos, así como en sus reflexiones previas sobre el tema de la disociación entre los elementos masculino y femenino. Se encontrará más material clínico sobre este paciente en los capítulos 10 y 15 del presente libro.

La sección III agrupa la parte principal de la respuesta de Winnicott a comentarios efectuados con motivo de su trabajo, que preparó para Psychoanalytic Forum. Los comentarios pertenecían a Margaret Mead, Masud Khan, Richard Sterba, Herbert Rosenfeld y Decio Soares de Souza. Aunque tanto estos comentarios como las respuestas de Winnicott datan de 1968-69, aparecieron en Psychoanalytic Forum, junto con el trabajo original, en 1972.

I. Los elementos masculino y femenino escindidos que se encuentran en hombres y mujeres

Trabajo leído en la Sociedad Psicoanalítica Británica el 2 de febrero de 1966

La idea de que los hombres y las mujeres tienen "predisposición a la bisexualidad" no es nada novedosa, dentro o fuera del psicoanálisis.

Aquí trato de utilizarlo que aprendí sobre la bisexualidad en análisis que avanzaron, paso a paso, hasta cierto punto y se concentraron en un detalle. No se hará intento alguno de rastrear los pasos gracias a los cuales un análisis obtiene ese tipo de materiales. Puede decirse que, en general, hace falta trabajar mucho, antes de que ese tipo de material adquiera significación y exija prioridad. Resulta difícil ver cómo se podría evitar esa labor

preliminar. La lentitud del proceso analítico es una manifestación de una defensa que el analista debe respetar, como respetamos todas las defensas. Si bien el paciente es quien constantemente enseña al analista, éste debería conocer teóricamente los aspectos referentes a los rasgos más profundos o centrales de la personalidad, pues de lo contrario no podrá reconocer las nuevas exigencias impuestas a su comprensión y técnica -y hacerles frente- cuando, a la larga, el paciente logra llevar temas profundamente enterrados al contenido de la transferencia, con lo cual ofrece oportunidad para una interpretación mutativa. Al interpretar, el analista muestra cuánto o cuán poco es capaz de recibir de la comunicación del paciente.

Como base para la idea que deseo ofrecer en este capítulo, sugiero que la creatividad es uno de los denominadores comunes de hombres y mujeres. No obstante, en otro lenguaje, la creatividad es prerrogativa de las mujeres, y en un tercero es una característica masculina. En los párrafos que siguen me ocuparé del último de los tres.

Datos clínicos

Caso ilustrativo

Me propongo empezar por un ejemplo clínico. Se refiere al tratamiento de un hombre de mediana edad, casado, padre de familia; profesional de éxito. El análisis se desarrolló según los lineamientos clásicos. El hombre ha tenido un prolongado análisis; y yo no soy en modo alguno su primer psicoterapeuta. El y cada uno de nosotros, terapeutas y analistas, trabajamos mucho, y se produjeron muchos cambios en su personalidad. Pero sigue

habiendo algo que, según afirma, hace que no pueda detenerse pues sabe que no ha llegado a lo que buscaba. Si se malogra el sacrificio será demasiado grande.

En la fase actual del presente análisis se ha llegado a algo que es nuevo para mí. Tiene que ver con la forma en que enfoco el elemento no masculino de su personalidad.

Un viernes el paciente llegó e informó más o menos lo acostumbrado.

Lo que me llamó la atención ese día fue que habló sobre la envidia del pene. Uso la expresión adrede, y debo pedir que se acepte que era adecuada en ese caso, en vista del material y de su presentación. Es evidente que la expresión envidia del pene no se aplica por lo común a la descripción de un hombre.

El cambio, correspondiente a esta fase en especial, aparece en la forma en que la manejé. En esta oportunidad le dije: "Estoy escuchando a una niña. Sé muy bien que usted es un hombre, pero yo escucho a una niña, y estoy hablando con una niña. Y a esa niña le digo: `estás hablando de la envidia del pene'».

Deseo destacar que esto nada tiene que ver con la homosexualidad.

(Se me ha señalado que mi interpretación, en cada una de sus dos partes, podría considerarse vinculada con el jugar, y estaría tan alejada como es posible de la interpretación autoritaria, que es lo más próximo al adoctrinamiento.)

El profundo efecto de esta interpretación me hizo ver con claridad que en cierta forma mi observación era oportuna, y en verdad no estaría relatando ese incidente en este contexto si no fuese porque el trabajo que comenzó ese viernes rompía un círculo vicioso. Me había acostumbrado a una rutina de buen trabajo, buenas

interpretaciones, buenos resultados inmediatos, y a la destrucción y desilusión que aparecían en cada oportunidad debido al reconocimiento gradual, por el paciente, de que algo fundamental había sin ser tocado: el factor desconocido que hacía que ese hombre se dedicara a analizarse desde hacía un cuarto de siglo. ¿Su trabajo conmigo correría el mismo destino que el realizado con otros analistas?

En esta oportunidad se produjo un efecto inmediato en forma de aceptación intelectual y alivio, y luego hubo efectos más distantes. Al cabo de una pausa el paciente dijo: "Si le hablase a alguien sobre esa nena, me diría que estoy loco".

Las cosas habrían podido quedar así, pero en vista de los sucesos posteriores me alegro de haber ido más lejos. Mi observación siguiente me sorprendió, y decidió la cuestión: "No se trata de que usted le haya contado eso a nadie -continué diciéndole-; soy yo quien ve una niña y oye hablar a una niña, cuando lo cierto es que en mi diván hay un hombre. Soy yo quien está loco».

No tuve que seguir desarrollando este punto, porque, dio en la tecla. El paciente declaró entonces que en ese momento se sentía sano. en un ambiente loco. En otros términos, había sido liberado de un dilema. A continuación expresó: "Nunca pude decir (sabiendo que soy un hombre): 'Soy una niña'. Mi locura no es ésa. Pero usted lo dijo, y al hacerlo les habló a mis dos partes".

Esa locura mía le permitía verse desde mi posición como una niña. El sabe que es un hombre, y jamás ha dudado de eso.

¿Resulta obvio la que ocurría ahí? Por mi parte, he tenido que pasar por una profunda experiencia personal para llegar a la comprensión que estoy seguro de haber alcanzado ahora.

Este complejo estado de cosas posee una realidad especial para este hombre porque él y yo llegamos a la conclusión (aunque no

lardamos demostrarla) de que su madre (que ya no vive) vio a una niñita cuando lo vio a él, recién nacido, antes de poder pensar que era un varón. En otras palabras, el hombre tuvo que adaptarse a la idea que se había formado su madre, de que su bebé era y seguiría siendo una nena: (Mi paciente era el segundo hijo; el primero había sido un varón.) Tenemos muy buenas pruebas, por el análisis, de que en la primera etapa de su crianza la madre lo sostenía y manejaba en todo tipo de maniobras físicas como si no viese que era un varón. Sobre la base de esa pauta, el armó más tarde sus defensas, pero era la "locura" de su madre la que veía a una niña donde había- un varón, y eso fue traído al presente cuando dije «Soy yo quien está loco». Ese viernes-se fue profundamente conmovido, sintiendo que ése era el primer cambio significativo en el análisis desde hacía mucho tiempo (si bien, como dije, hubo continuos progresos, en el sentido de que realizaba un buen trabajo).

Querría dar más detalles en relación con ese incidente del viernes. Cuando volvió, el lunes siguiente, me dijo que- estar enfermo. Me resultó muy claro que tenía una infección, y le recordé que su esposa la tendría al día siguiente, cosa que sucedió. Ello no obstante, estaba invitándome a que interpretase su enfermedad, que había comenzado el sábado, como si fuese psicósomática. Trataba de decirme que el viernes por la noche había tenido relaciones sexuales satisfactorias con su esposa, de modo que el sábado habría debido sentirse mejor, a pesar de lo cual enfermó y se sintió mal. Yo conseguí dejar a un lado la dolencia física y hablar de la incongruencia de que se sintiera mal después de las relaciones sexuales que, según sentía, habrían debido constituir una experiencia curativa. (En verdad habría podido decir: "Tengo gripe, pero a pesar de eso me siento mejor interiormente».)

Mi interpretación continuó según los lineamientos del viernes. «Usted piensa -dije- que debería sentirse complacido de que una interpretación mía haya liberado una conducta masculina. Pero la

niño de la que hablé no quiere que el hombre se libere, y en verdad ese hombre no le interesa. Desea que la reconozcan en toda su plenitud, a ella y a sus derechos sobre el cuerpo de usted. Su envidia del pene incluye en especial la envidia que le tiene a usted como hombre. Y seguí diciendo:-El sentirse mal es una protesta proveniente de su self femenino, de esa nena, porque ésta siempre esperó que el análisis descubriese que usted era, y en realidad siempre había sido, una mujer (y 'estar enfermo' es un embarazo pregenital). Para esa niña, la única terminación del análisis en que puede confiar es el descubrimiento de que usted es en verdad una nena." A partir de esto, uno podía empezar a entender el motivo del convencimiento de este paciente en cuanto a que el análisis jamás podría terminar.

En las semanas posteriores surgieron muchos materiales que confirmaron la validez de mi interpretación y mi actitud, y el paciente sintió que ahora podía entender que su análisis había dejado de ser inevitablemente interminable.

Más tarde advertí que la resistencia del paciente se había convertido en una negación de la importancia de mi frase: "Soy yo quien está loco". Trató de dar por entendido que era mi forma de decir algo, una figura retórica que era dable olvidar. Pero descubrí que era uno de esos ejemplos de transferencia delirante, que desconciertan a pacientes y analistas por igual; y la médula del problema del manejo se encuentra precisamente en esa interpretación -que, lo confieso, estuve a punto de no permitirme hacer.

Cuando me concedí tiempo para pensar en lo que había ocurrido, me sentí confundido. No había en esto ningún concepto teórico nuevo, ningún nuevo principio de técnica. En rigor, mi paciente y yo habíamos recorrido antes el mismo terreno. Y sin embargo había algo nuevo, en mi actitud y en la capacidad de él de usar mi trabajo interpretativo. Decidí rendirme a lo que eso pudiese

significar para mí mismo, y el resultado se encontrará en este trabajo que presento.

Disociación

Lo primero que advertí fue que hasta entonces nunca había aceptado del todo la disociación total entre el hombre (o la mujer) y el aspecto de la personalidad que tiene el sexo opuesto. En el caso de este paciente la disociación era casi completa.

Me encontraba, pues, ante un arma antigua dotada de un nuevo filo, y me pregunté hasta qué punto eso podría afectar, o ya había afectado, el trabajo que realizaba con otros pacientes, hombres y mujeres, o muchachos y chicas. Resolví, por consiguiente, estudiar ese tipo de disociación dejando a un lado, pero sin olvidarlos, todos los otros tipos de escisión.

Los elementos masculino y femenino en hombres y mujeres
(Nota)

En este caso había una disociación que estaba, a punto de derrumbarse. La disociación, como defensa; dejaba paso a una aceptación de la bisexualidad como atributo de la unidad o self total. Me di cuenta de que me encontraba ante lo que se podría denominar un elemento femenino puro. Al principio me sorprendió que sólo hubiese podido llegar a él mediante la observación del material presentado por un paciente masculino.

A este caso le corresponde otra observación clínica. Parte del alivio que siguió a nuestra llegada a la nueva plataforma de nuestro trabajo juntos provenía de que ahora podíamos explicar por qué mis interpretaciones, de buenos fundamentos, respecto del uso de

objetos de las satisfacciones eróticas orales en la transferencia, de las ideas sádicas en relación con el interés del paciente por el analista como objeto parcial o como persona con pechos o pene; por qué mis interpretaciones, repito, jamás eran mutativas. Se las aceptaba, sí, pero... ¿y después qué? Al llegar a la nueva situación, el paciente experimentó un muy vívido sentimiento de relación conmigo. Tenía que ver con la identidad. El elemento-femenino separado, puro, encontraba una unidad primaria conmigo como analista, y ello le otorgaba el sentimiento de que empezaba a vivir. Este detalle me afectó, como se verá en mi aplicación de lo que descubrí en este caso a la teoría.

Agregado a la sección clínica

Resulta gratificante revisar los materiales clínicos actuales teniendo en cuenta este ejemplo de disociación, el elemento niña escindido en un paciente masculino. El tema puede volverse muy pronto enorme y complejo, de manera que es preciso elegir unas pocas observaciones para su mención especial.

a) Se puede descubrir, con sorpresa, que se está tratando con la parte escindida e intentando analizarla, en tanto que lo principal de la persona en funcionamiento aparece sólo en forma proyectada. Esto se parece a lo que ocurre en el tratamiento de un chico cuando se descubre que se está tratando a uno u otro de los padres por delegación. Pueden atravesársele a uno, en el camino, todas las variedades posibles de este tema.

b) Es posible que el elemento del otro sexo esté escindido por completo, de modo tal que un hombre, por ejemplo, no pueda establecer nexo alguno con la parte escindida. Ello rige en especial cuando la personalidad, en otros sentidos, es sana y está integrada. Cuando la personalidad que funciona ya está organizada en múltiples escisiones, se carga menos el acento en el "yo estoy sano"

y por lo tanto se presenta menos resistencia contra la idea de "yo soy una niña" (en el caso de un hombre) o "yo soy un varón" (en el caso de una niña).

c) En el plano clínico es posible encontrar una disociación casi total del otro sexo, organizada desde muy temprano en relación con factores exteriores, y unida a disociaciones posteriores organizadas como una defensa que se basa, en mayor o menor medida, en identificaciones cruzadas. La realidad de esta última defensa organizada puede oponerse a que el paciente reviva, en el análisis, la escisión reactiva temprana.

(En ese sentido existe un axioma: que el paciente siempre se aferrará a la explotación de los factores personales e internos, que le ofrecen cierta medida de control omnipotente, antes que dar cabida a la idea de una reacción burda frente a un factor ambiental, ya se trate de una distorsión o de una falla. La influencia ambiental, mala o incluso buena, entra en nuestro trabajo como una idea traumática, intolerable porque no funciona en el ámbito de omnipotencia del paciente. Compáresela con la afirmación del melancólico de que es responsable de todos los males.)

d) La parte escindida del otro sexo tiende a mantenerse siempre en una misma edad o a crecer con lentitud, mientras que las figuras realmente imaginativas de la realidad psíquica interna de la persona maduran; se interrelacionan, envejecen y mueren. Por ejemplo, un hombre que depende de mujeres jóvenes para mantener vivo su self-niña escindido, puede llegar a ser capaz, poco a poco, de utilizar para ese fin especial a nenas algo mayores, muchachas en edad de casarse; pero si vive hasta los noventa años es improbable que las muchachas así empleadas lleguen a tener treinta. Ahora bien: en un paciente masculino, la nena (que oculta el elemento nena puro, de formación temprana) podría tener características de nena, sentir orgullo de sus pechos, experimentar envidia del pene, quedar embarazada, no contar con genitales

externos masculinos e incluso poseer órganos sexuales femeninos y gozar de experiencias sexuales femeninas.

e) Un problema importante en este terreno es la valoración de todo esto en términos de salud psiquiátrica. El hombre que inicia a jovencitas en experiencias sexuales puede muy bien estar más identificado con la nena que consigo mismo. Ello le confiere una capacidad para esforzarse por despertar el sexo de la nena y satisfacerla. Paga por ello con la obtención de muy poca satisfacción masculina, y también con su necesidad de buscar siempre una nueva nena, siendo esto lo contrario de la constancia del objeto.

En el otro extremo se encuentra la enfermedad de la impotencia. Entre ambas está toda la gama de la potencia relativa, mezclada con distintos tipos y grados de dependencia. Lo normal dependerá de la expectativa social del grupo social en un momento dado. ¿No podría decirse que en el extremo patriarcal de la sociedad el coito es violación, y en el extremo matriarcal el hombre con el elemento femenino escindido, que debe satisfacer a muchas mujeres, es muy buscado, aunque al hacerlo se aniquile?

Entre esos dos extremos está la bisexualidad y una expectativa de experiencia sexual que no llega a ser óptima. Ello va acompañado por la idea de que la salud social es moderadamente depresiva - salvo durante las vacaciones-.

Resulta interesante el hecho de que la existencia de ese elemento femenino escindido impida en la práctica la experiencia homosexual. En el caso de mi paciente, en el momento crítico siempre huía de las proposiciones homosexuales, porque (vino especialmente a verme para decírmelo) la práctica de la homosexualidad habría establecido su masculinidad, de la cual (por el elemento femenino disociado de su self) nunca quiso darse por enterado.

(En el individuo normal que practica la bisexualidad, las ideas homosexuales no chocan de esa manera, en gran parte porque el factor anal [que es un aspecto secundario] no ha logrado supremacía sobre la felación, y en la fantasía de una unión de felación no tiene importancia el sexo biológico de la persona.)

f) Parece que en la evolución del mito griego los primero homosexuales fueron hombres que imitaban a las mujeres de modo de llegar a una relación lo más próxima posible con la diosa suprema. Ello correspondía a una era matriarcal, luego de la cual surgió un sistema de dioses patriarcales, con Zeus a la cabeza. Zeus, símbolo del sistema patriarcal, inició la vigencia de la idea del joven amado sexualmente por el hombre, acompañada por la relegación de las mujeres a una posición social inferior. Si ésta es una exposición veraz de la historia del desarrollo de las ideas, proporciona el eslabón que necesito para unir mis observaciones clínicas sobre el elemento femenino escindido, en el caso de pacientes masculinos, con la teoría de la relación con el objeto. (En las pacientes mujeres el elemento masculino escindido no tiene menos importancia para nuestro trabajo, pero lo que debo decir acerca de la relación de objeto sólo puede sostenerse respecto de uno solo de los dos ejemplos posibles de disociación.)

P S I K O L I B R O

Resumen de observaciones preliminares

En nuestra teoría debemos dar cabida a la existencia de un elemento masculino y uno femenino, tanto en los varoncitos y hombres como en las nenas y mujeres. Ambos pueden encontrarse escindidos uno del otro en muy alto grado. Esta idea nos impone un estudio de los efectos clínicos de tal tipo de disociación y un

examen de los elementos masculino y femenino destilados, en sí mismos.

Ya presenté algunas observaciones sobre lo primero, los efectos clínicos; ahora deseo examinar lo que denomino elementos masculino y femenino destilados (no las personas masculina y femenina).

Elemento masculino puro y elemento femenino puro

Especulación sobre el contraste entre los tipos de relación de objeto

Comparemos y contrastemos los elementos masculino y femenino sin mezclas, en el contexto de la relación de objeto.

Debo decir que el elemento que llamo "masculino" actúa, al relacionarse, tanto en forma activa como pasiva, basadas ambas formas en el instinto. En el desarrollo de esta idea hablamos de la moción instintiva del bebé respecto del pecho y la alimentación, y luego respecto de todas las experiencias vinculadas con las principales zonas erógenas, y de las mociones y satisfacciones subsidiarias. Sugiero, en cambio, que el elemento femenino puro se relaciona con el pecho (o con la madre) en el sentido de que el bebé se convierte en el pecho (o en la madre), en el sentido en que el objeto es el sujeto. Y en esto no veo moción instintiva alguna.

(También es necesario recordar el uso de la palabra "instinto" en la etología; no obstante, dudo mucho de que la impronta sea algo que afecte en algún grado al recién nacido humano. Aquí y ahora, afirmo mi creencia de que todo el tema de la impronta es ajeno al estudio de las tempranas relaciones objetables de los niños. Por

cierto que nada tiene que ver con el trauma de la separación a los dos años, momento en que se ha supuesto que alcanza fundamental importancia.)

El término "objeto subjetivo" ha sido empleado para describir el primer objeto, el objeto aún no repudiado como fenómeno "distinto de mí": En esta capacidad de relación del elemento femenino puro con el "pecho" hay una aplicación práctica de la idea de objeto subjetivo, y esa experiencia allana el camino al sujeto objetivo -es decir, la idea de tener un self y el sentimiento de realidad que nace de la sensación de poseer una identidad-.

Por compleja que resulte, a la larga, la psicología del sentido del self y del establecimiento de una identidad a medida que un bebé crece, ningún sentido del self emerge si no es sobre la base de la relación con el sentido de SER (sense of being). Este sentido de ser es anterior a la idea de ser-uno-con, porque hasta entonces no hubo otra cosa que identidad. Dos personas separadas pueden sentir que son una, pero aquí, en el lugar que estoy examinando, el bebé y el objeto son uno. Es posible que el término "identificación primaria" haya sido empleado precisamente para esto que describo, y yo pretendo demostrar la importancia vital de esta primera experiencia para la iniciación de todas las posteriores experiencias de identificación.

Tanto la identificación proyectiva como la introyectiva surgen de ese lugar en el que cada uno es el otro.

En el crecimiento del niño, a medida que el yo comienza a organizarse, eso que llamo relación de objeto del elemento femenino puro establece lo que quizá sea la más simple de las experiencias, la experiencia de ser. Aquí hay una verdadera continuidad de generaciones; el ser se transmite de una generación a otra por la vía del elemento femenino de hombres y mujeres, y de bebés varones y mujeres. Creo que esto ya se dijo, pero siempre

en términos de mujeres y chicas, lo cual confunde la cuestión. Se trata de los elementos femeninos tanto en las mujeres como en los hombres.

Por el contrario, la relación de objeto del elemento masculino presupone separación. En cuanto se dispone de una organización del yo, el bebé asigna al objeto la cualidad de ser "distinto de mi" o separado, y experimenta satisfacciones del ello que incluyen la rabia relativa a la frustración. La satisfacción de las mociones acentúa la separación del objeto respecto del bebé, y lleva a la objetivación del objeto. A partir de entonces, del lado del elemento masculino, la identificación necesita basarse en complejos mecanismos mentales, a los que es preciso dar tiempo para que aparezcan, se desarrollen y se establezcan como parte de la dotación del nuevo bebé. Pero del lado del elemento femenino, la identidad exige tan poca estructura mental, que esa identidad primaria puede ser una característica presente desde muy temprano, y los cimientos para el simple ser pueden quedar establecidos (digamos) desde el momento de nacimiento, o antes, o poco después, o desde el instante en que la mente se libera de las trabas para su funcionamiento debidas a la inmadurez y a las lesiones cerebrales vinculadas con el proceso del nacimiento.

Es posible que los psicoanalistas hayan prestado una atención especial a este elemento masculino o aspecto instintivo de la relación de objeto, pero pasaron por alto la identidad sujeto-objeto sobre la que llamo la atención aquí, y que es la base de la capacidad de ser. El elemento masculino hace, en tanto que el femenino (en los hombres y mujeres) es. Aquí entrarían los varones del mito griego que trataron de ser una sola cosa con la diosa suprema. Y también es una manera de formular la envidia, profundamente arraigada, que las personas masculinas sienten respecto de las mujeres cuyo elemento femenino los hombres dan por sentado, a veces en forma errónea.

Según parece, la frustración es inherente a la búsqueda de satisfacción. A la experiencia de ser le es inherente algo distinto: no la frustración sino la mutilación. Deseo estudiar este detalle específico.

Identidad: niño y pecho

No es posible formular lo que aquí llamo relación del elemento femenino con el pecho sin el concepto de madre suficientemente buena y no suficientemente buena.

(Tal observación es más cierta aún en este ámbito que en el terreno comparable que abarcan los términos de "objetos transicionales y "fenómenos transicionales". El objeto transicional representa la capacidad de la madre para presentar el mundo de tal modo que el niño no tenga que saber al comienzo que dicho objeto es creado por él. En nuestro contexto inmediato podemos asignar una importancia total al significado de adaptación, pues la madre o bien le da al bebé la oportunidad de sentir que el pecho es él, o bien no se la da. En este caso el pecho es un símbolo, no de hacer sino de ser.)

Esto de ser una proporcionadora suficientemente buena del elemento femenino es cuestión de sutilísimos detalles de manejo, y al examinar estos aspectos puede recurrirse a los escritos de Margaret Mead y Erik Erikson, quienes describen las formas en que los cuidados maternos en distintos tipos de culturas determinan, a una edad muy temprana, las pautas de las defensas del individuo, así como proporcionan los esquemas para la sublimación posterior. Se trata de asuntos muy sutiles, que estudiamos en relación con esta madre y este niño.

La naturaleza del factor ambiental

Vuelvo ahora a la consideración de la primerísima etapa en que se establece la pauta por medio de las sutiles formas en que la madre maneja a su hijo. Debo referirme en detalle a este ejemplo tan especial de factor ambiental. O bien la madre tiene un pecho que es, de modo que el bebé también puede ser cuando él y ella no se encuentran aún separados en la mente rudimentaria del niño; o bien la madre es incapaz de efectuar esa contribución, en cuyo caso el bebé tiene que desarrollarse sin la capacidad de ser, o con una capacidad de ser mutilada.

(En el terreno clínico hay que encarar el caso del bebé que debe arreglárselas con una identidad referida a un pecho que es activo, un pecho de elemento masculino, pero que no resulta satisfactorio para la identidad inicial, que necesita un pecho que es, no uno que hace. En lugar de "ser como" ese bebé tendrá que "hacer como", o se le hará a él, lo cual equivale a lo mismo, desde nuestro punto de vista.)

La madre capaz de hacer esa cosa tan sutil a que me refiero no produce un niño cuyo self "femenino puro" tenga envidia del pecho, pues para él el pecho es el self y el self es el pecho. Envidia es un término que se podría aplicar a la experiencia de una falla atormentadora del pecho como algo que ES.

Confrontación de los elementos masculino y femenino

Estas consideraciones me han embarcado en una curiosa exposición sobre los aspectos masculino puro .y femenino puro del niño o niña. He llegado a una situación en que debo decir que la relación de objeto, en términos de ese elemento femenino puro, nada. tiene que ver con la moción (o instinto). La relación de objeto respaldada por la moción instintiva corresponde al elemento

masculino de la personalidad no contaminado por el femenino. Esta argumentación me sume en grandes dificultades, y sin embargo parece que en una formulación de las etapas iniciales del desarrollo emocional del individuo es necesario separar (no a los varones de las mujeres, sino) al elemento no contaminado de los varones del elemento no contaminado de las mujeres. La formulación clásica en lo que respecta a encontrar y usar el erotismo anal, el sadismo oral, las etapas anales, etc., nace de considerarla vida del elemento masculino puro. Los estudios de la identificación basados en la introyección o incorporación son estudios de la experiencia de los elementos masculino y femenino ya mezclados. El examen del elemento femenino puro nos lleva a otra parte.

El estudio del elemento femenino puro, destilado e incontaminado, nos conduce al SER, única base para el autodescubrimiento y para el sentimiento de existir (y después a la capacidad para desarrollar un interior, para contener, para hacer uso de los mecanismos de proyección e introyección, y para relacionarse con el mundo en términos de introyección y proyección).

A riesgo de repetirme quiero volver a decir que cuando el elemento femenino del bebé o paciente varón o mujer encuentra el pecho, lo que se ha encontrado es el self. Si se pregunta, "¿qué hace el bebé mujer con el pecho?", la respuesta es que ese elemento femenino es el pecho, participa de las cualidades del pecho y la madre, y es deseable. Con el correr del tiempo, deseable significa comestible, y ello quiere decir que el niño corre peligro por ser deseable, o en lenguaje más refinado, por ser excitante. Ser excitante implica: capaz de hacer que el elemento masculino de alguien haga algo. Así, el pene de un hombre puede ser un elemento femenino excitante, que provoca en la nena la actividad del elemento masculino. Pero (es preciso aclararlo) ninguna nena o mujer es-así; en el estado de salud existe una proporción variable de elemento femenino en una nena y en un varón. Además

intervienen factores hereditarios, de modo que sería muy verosímil encontrar a un varón con un elemento-nena más fuerte que la nena que está a su lado, quien tal vez tenga en menor proporción un elemento femenino puro potencial. Agréguese a esto la capacidad variable de las madres para transmitir la deseabilidad del buen pecho o de la parte de la función materna que el buen pecho simboliza, y se verá que algunos niños y niñas están condenados a crecer con una bisexualidad desequilibrada, cargada en el sector erróneo de su constitución biológica.

Esto me recuerda la pregunta: ¿cuál es la naturaleza de la comunicación que ofrece Shakespeare al delinear la personalidad y el carácter de Hamlet?

Hamlet versa principalmente sobre el espantoso dilema en que se encontró el príncipe; para él no había solución debido a la disociación que tenía lugar en él como mecanismo de defensa. Sería gratificante encontrar, a un actor que representase a Hamlet teniendo esto en cuenta. Pronunciaría el primer verso del famoso soliloquio en una forma especial: "Ser o no ser:.." Diría, como si tratase de llegar al fondo de algo imposible de sondear: "Ser, .. o...", y en ese momento haría una pausa, porque en realidad el personaje Hamlet no conoce la alternativa. Al cabo; terminaría con la posibilidad más bien trivial: "... no ser", y entonces se encontraría lanzado a un viaje que tal vez no lleve a parte alguna. "¿Qué es más noble para el espíritu: / sufrir los golpes y dardos de la agravante fortuna/ o tomar las armas contra un mar de calamidades / y haciéndoles frente acabar con ellas?" (acto III, escena primera). Aquí Hamlet ha pasado a la alternativa sadomasoquista, y dejado a un lado el tema inicial. El resto de la obra es una prolongada elaboración de la formulación del problema. Quiero decir que en esa etapa se lo muestra en busca de una alternativa frente a la idea de "Ser". Trata de hallar un camino para formular la disociación que se ha producido en su personalidad entre sus elementos masculino y femenino, que hasta

el momento de la muerte de su padre habían coexistido en armonía, como aspectos de su persona ricamente dotada. Sí, es, inevitable que escriba como si me refiriese a una persona, no a un personaje teatral.

Tal como yo lo entiendo, este difícil soliloquio resulta difícil porque ni el propio Hamlet tenía una clave para su dilema, pues dicha clave residía en su cambio de estado. Shakespeare tenía la clave, pero Hamlet no podía recurrir a la obra de aquél.

Si se mira la obra de esta manera; parece posible utilizar el cambio de actitud de Hamlet respecto de Ofelia, y su crueldad para con ella, como una descripción de su implacable rechazo de su propio elemento femenino, ahora escindido y entregado a ella, en tanto que su mal acogido elemento masculino amenaza con adueñarse de toda su personalidad. La crueldad hacia Ofelia puede representar una medida de su renuencia a abandonar su elemento femenino escindido.

Así pues, la obra (si Hamlet hubiese podido leerla o verla representada) le habría mostrado la naturaleza de su dilema. La obra dentro de la obra no logró hacerlo, y yo diría que fue puesta en escena por él para dar vida a su elemento masculino, amenazado al máximo por la tragedia entretejida con él.

Podría entenderse que el mismo dilema, presente en el propio Shakespeare, nos indica cuál es el problema que está por detrás del contenido de sus sonetos. Pero ello equivaldría a pasar por alto el rasgo principal de los sonetos -es decir, la poesía-, y aun a cometer un agravio contra ellos. En verdad, como insiste en especial el profesor L. C. Knights (1946), resulta demasiado fácil olvidar la poesía de las obras cuando se escribe acerca de los dramatis personae como si fuesen personajes históricos.

Resumen

1. He examinado las consecuencias que tiene para mí, en mi obra, mi nuevo grado de reconocimiento de la importancia de la disociación en algunos hombres y mujeres, respecto de esos elementos masculino y femenino y de las partes de sus personalidades construidas sobre esos cimientos.

2. Examiné los elementos masculino y femenino artificialmente disecados, y descubrí que por el momento vinculo el primero con el impulso relacionado con los objetos (y también con esto mismo puesto en voz pasiva), en tanto que la característica del elemento femenino en el contexto de la relación de objeto encuentro que es la identidad, que proporciona al niño la base para ser y, más adelante, para el, sentido del self. Pero es aquí, en la absoluta dependencia respecto de la provisión materna de esa cualidad especial por medio de la cual la madre atiende o no el temprano funcionamiento del elemento femenino, donde podemos buscar los cimientos de la experiencia de ser. He escrito que, por lo tanto, "carece de sentido usar la palabra `ello' para designar fenómenos no abarcados, catalogados y experimentados, y en su momento interpretados, por el funcionamiento del yo".

Y ahora deseo decir: "Después de ser... hacer y ser hecho. Pero primero ser."

Nota agregada, acerca del tema del robo

El acto de robar corresponde al elemento masculino que existe en niños y niñas. Se plantea el interrogante: ¿qué elemento femenino hay en niños y niñas que sea equivalente a esto? La respuesta puede ser que en relación con ese elemento el individuo usurpa la posición de la madre, y su asiento o sus ropas, con lo cual obtiene la deseabilidad y seductividad robadas a la madre.

II. Material clínico

Fechado en 1959

Después de un largo fin de semana en el cual el paciente debió habérselas con la realidad externa, vino lleno de todo eso, pero su interés por esos detalles comenzó a desvanecerse muy pronto. Dijo: "Parecería que hubiese pasado mucho tiempo desde la sesión del jueves". Yo acoté: "Sí, mucho tiempo desde que le vino la idea sobre el pañal". A esta altura ya estaba de vuelta metido en la sesión del jueves; y comentó que en realidad, pese a todo lo que había sucedido, no lo abandonó el sentimiento vinculado con esos tres últimos días de análisis. A partir de allí siguió, lenta pero claramente, la línea iniciada la semana anterior. Se desarrolló la temática de la forma en que él explotaba su self femenino. Siempre había estado bien al tanto del elemento homosexual, y ya antes había transmitido muchas fantasías compulsivas de ser una mujer. Pero ahora abordó un aspecto nuevo del problema, que parecía fructífero. Produjo una idea de tal especie que no había salida, ninguna posibilidad de modificar nada.

En mi interpretación, le dije a la postre que si él fuese un bebé a quien la madre estuviese tratando del modo que habíamos reconstruido la semana anterior, no existiría absolutamente ninguna salida, para él, ninguna alternativa, salvo la de explotar cada partícula de sí mismo para ser, y querer ser, mujer. Cualquier cosa parecida a una protesta en esa temprana etapa habría sido por entero fútil.

Poco a poco llegó a la idea de desembarazarse de su madre y de toda la actitud de ésta en relación con el pañal, pero lo importante es que él me estaba trayendo su absoluto desvalimiento. Por supuesto, podía habérselas con la situación mágicamente, abandonar su cuerpo y liberarse así del pañal. Pero físicamente no le quedaba ninguna opción, ninguna. Darse cuenta de esto le resultó muy doloroso, pero lo llevó a poder desarrollar el tema de que había en él un elemento al cual lo sentía femenino. Respecto de todo esto, la posición de sus genitales no era sino una incómoda complicación, algo en lo que él no podía creer; y le recordé la pistola de juguete que, en el sueño, había dejado sobre la cama en la planta baja mientras pasaba a su lado para subir hasta el altillo.

De aquí pasamos a la relación con su madre en términos de mujer e hija, y él desarrolló esta temática respecto de la relación que mantiene con su amante actual, con quien su impotencia no reviste importancia, y en realidad es un obstáculo parecido al que sería su potencia, ya que lo principal en esa relación es que, por el carácter de ésta, es una relación entre dos mujeres.

En la segunda de las tres sesiones de esta semana, el paciente prontamente volvió al análisis y a este nuevo elemento, su capacidad para considerar su self femenino. Abordaba con cierta lentitud los detalles e hice alguna interpretación recordándole la alternativa, que era absolutamente negativa, en el sentido de que no había posibilidad alguna de que él la considerara. La-

alternativa significaba la eliminación de su madre en, una etapa infantil muy temprana, y él no estaba en condiciones de hacer eso, salvo mágicamente, lo cual no sirve para nada. Por un breve instante el paciente procuró seguirme, pero luego dijo que esa nueva posición en la que se hallaba, con respecto a su self femenino, era de enorme importancia para él, y precisaba tiempo para estar en ella y descubrir lo que allí hubiera. Surgieron cosas muy sutiles, como por ejemplo que descubrió que no quería tocarse el pecho, y en ese momento dijo: "Oh, él pensará que me estoy manoseando los senos". Obviamente, se estaba experimentando en grado extremo a sí mismo como mujer, y antes jamás se había permitido a sí mismo llegar a esa posición. Muy a menudo sentía que debía reorganizar sus defensas o resistencias, y evadirse de esa curiosa posición. En ocasiones lanzaba vituperios contra su analista anterior, una mujer, porque no había sido capaz de atenderlo en eso que había en él y que ahora él descubría que era tan importante. Y no es que eso fuese realmente inconsciente.

Di cabida durante toda la hora a su exploración de estos fenómenos, y uno de los puntos a los que llegó fue su formulación de algo muy difícil en su relación con la esposa. Cuando se casó con ella, no había imaginado que se iba a encontrar con que ella tenía una perversión que se correspondía exactamente con aquello que fácilmente podría convertirse en una perversión en él. A su esposa la excitaba mucho sexualmente cualquier manifestación de su self femenino que él hiciera -p. ej., que se hartara de comida durante un día feriado para tener la panza grande-. Estaba allí el gran peligro, y el origen del temor suyo hacia su esposa. Este fue, quizás, el detalle inesperado más significativo que surgió de la experiencia de esa sesión.

La tercera sesión fue por la mañana, y vino después de haber tenido una experiencia en su casa durante la noche. Había comprobado que ahora su esposa lo atemorizaba mucho menos. Sucedieron cosas exasperantes, pero él estaba menos exasperado.

Rápidamente recobró la atmósfera de las dos sesiones anteriores, y hubo una pausa. En ese momento me acudió a la mente la palabra "burla.". Lo escribo así porque creo que podría entablarse un útil debate sobre el tipo de cosas que voy, a describir, y que concierne a los procesos inconscientes del analista. Yo estaba bien preparado para dejar caer la idea de la burla, pero observando el entorno vi exactamente dónde encajaba. Tenía que ver, con la actitud de su esposa, y por ende de su madre, respecto de las manifestaciones de su self femenino. Dejé que esta idea desapareciese, y luego, al examinar -la situación, noté que podía insertar una interpretación sobre la burla. Me ayudó el material (p, ej., el secreto que guardaba sobre este aspecto suyo). Me permití formular la interpretación que estaba en mi mente, y que era que, según el punto de vista de él, el peligro era que su mujer (o su madre) se burlase del self femenino de él.

Fechado en 1963

El paciente llegó muy tarde, lo cual es muy inusual. Estaba furioso, lleno de un odio inmenso hacia su esposa, con todos los detalles. Tal vez lo más difícil fue cuando en medio de todo eso ella dijo: "Lo siento, estuve espantosa" y él tuvo una reacción sexual que debió disimular e irse de ese lugar lo antes posible.

Parece probable que el conflicto en torno de esto sea el responsable de gran parte de su congoja. Con su amante estuvo jugando un poco como lo haría con su hija, pero ella interpretó que él la odiaba, y esto lo volteó. De lo que se percató es que él había estado pensando en la autodestrucción.

Toda la sesión fue un embrollo, y ninguna de mis interpretaciones

servió para nada. El paciente estaba exasperado. Lo que sí fue bastante positivo, a la larga, fue que le interpretase que el análisis había proseguido sobre la relación que él tenía con su esposa, pero que aquí y ahora, no importa lo que hubiese sido en otros tiempos, él estaba elaborando su exasperación con su madre y su absoluto desvalimiento en lo tocante al trato con ella, salvo mediante ese método con el que ahora casi había perdido contacto pero que tan importante había sido la semana anterior: la explotación cabal de su self femenino.

A la postre él sintió que yo realmente había atendido a la situación cuando dije que su relación en el hogar era parecidísima a la relación con su madre, por cuanto no había hombre, y entonces él no podía acudir a mí y que esto de nada servía: no había ningún hombre a quién acudir. Imposible que hubiera un padre sobre cuyas rodillas uno pudiera sentarse para mirar a la madre, etc.

Esto era exactamente lo que el paciente necesitaba, pero me llevó la sesión entera llegar hasta allí, y en ese transcurso hice muchas interpretaciones falsas -muchas de ellas muy sagaces, cada una me hacía quedar más en ridículo (el tema de la burla)-.

Dicho sea de paso, estaba ese otro tema curioso: este hombre pensaba que si practicaba el coito con su esposa, por más que él quedase satisfecho y su esposa quedase satisfecha, no podría ser, porque ello habría significado serle infiel a su amante, con la cual empero mantenía una relación endeble como hombre y mujer -y de hecho había renunciado por el momento a ella porque le resultaba insatisfactoria y era, en verdad, una relación entre dos mujeres-. Al fin elaboramos juntos que él tenía miedo de saldar cuentas con todos respondiendo con un coito, por temor de que yo fuese llevado por un camino falso. ¿Podía él confiar en que yo me diese cuenta de que él no estaba en el punto del desarrollo en que una cosa así tendría sentido? En la transferencia, por lo tanto, la cosa es que él trata con su esposa que es su madre, y esto me deja fuera y

vuelve imposible que él llegue hasta mí como hombre.

Fechado en 1963

El paciente llegó y me describió las diversas perturbaciones neuróticas que predominaban. Parecía como si estuviéramos ocupándonos de algo nuevo, lo cual siempre lo complace. Si yo digo algo nuevo o útil, o que de alguna manera es cierto, cobra confianza en mí, y esto produce de inmediato un efecto benéfico a causa de que le es imposible creer en un padre fuerte si no experiencia efectivamente algo que apoye dicha creencia. Algo bien conocido ya en este caso es que el efecto inmediato de cualquier interpretación, con tal que tenga algo de bueno, es mucho mayor que lo que se justificaría por la interpretación en sí. Más tarde, por supuesto, pagamos por ello, y se instaura la desilusión cuando se aprecia la limitada mejoría resultante del trabajo realizado. Ha sucedido decenas de veces, y ambos conocemos perfectamente esta pauta.

En esta oportunidad la tarea tuvo que ver con el síntoma principal, o tal vez debería decir el que se presenta con mayor claridad: su extremo embarazo por tener que usar anteojos. Esto tiene una larga historia, y el tema ha estado en suspenso, ya que se ha trabajado mucho sobre él y las diversas maneras en que los anteojos simbolizan objetos parciales, en particular los pechos. Este es el único síntoma declarado por el paciente que él no le contó a su esposa.

En esta particular ocasión había razones para señalarle que, en las circunstancias descritas, los anteojos eran un símbolo fálico, y era la primera vez que aparecían de este modo. Desde luego, también

son símbolos del pecho. La sesión podría haber proseguido según estos lineamientos, y no habríamos tenido dificultad en llenar el tiempo desarrollando ese tema. Pero hoy el paciente me ha contado, como al pasar, un sueño que me encaminó en otra dirección. Había soñado que estaba bailando sobre el agua y se preguntaba por qué ninguna otra persona podía hacerlo, ya que se hundiría. Me contó este sueño de un modo tal que fácilmente podría haberse perdido en medio del resto del material de otro tipo. Al interpretarle le señalé que éste era un ejemplo de cómo traía al análisis una y otra vez sintomatología bastante obviamente neurótica como una manera de defenderse de una angustia de otra índole muy diferente, una angustia psicótica. Le dije que, desde mi punto de vista, lo importante de esa sesión era el sueño, que indicaba una negación del caer para siempre, o tal vez de ahogarse o de lo que esto simbolice.

El paciente fue tomado por sorpresa ya que yo fui más allá de su defensa. Al principio se fastidió, pero muy pronto su fastidio se trocó en una gran satisfacción pues sentía que yo había dicho algo nuevo, importante y útil. Como de costumbre, exageraba el resultado obtenido, a raíz de que al hacerle una interpretación significativa yo le demostraba que había por lo menos un hombre vivo y potente, como analista. El dijo que esto se vinculaba de algún modo con beber whisky; no entendía por qué, si él padecía angustia ante una posible desintegración y caída y despersonalización, cómo podía ser que produjera exactamente los mismos síntomas recurriendo al whisky. Se lo interpreté como una tentativa suya de asumir el control de todas las angustias de desintegración produciéndolas en forma ordenada y conocida mediante la acción del alcohol, lo que incluye la recuperación del estado de embriaguez.

Al día siguiente no pude atenderlo. Se sintió molesto, pero esto no perturbó el análisis; tal vez contribuyó a que él faltase al otro día, el miércoles. El jueves vino y me dijo que había sido sumamente

importante que le hiciera la interpretación del lunes. El martes había estado en una fiesta donde se reunieron muchos espectros del -pasado; en otras palabras, se había encontrado con figuras homosexuales significativas, pertenecientes a su peligrosa etapa homosexual, cuando él tenía entre veinte y veinticinco años. Se sintió muy falso e incómodo al presentarle a su mujer un ex camarada homosexual. Si yo hubiese postergado la interpretación de esas angustias más profundas hasta después de la reunión con esa gente, no es probable que hubiésemos llegado hasta donde llegamos el lunes. A la inversa, había sido muy importante para él el martes sentir que "de esto se ocupó el lunes mi analista".

De ahí pasamos a una disección de lo que había sido negado en el sueño en que bailaba sobre el Danubio Azul. Resultó que hundirse en el agua significaba para él entregarse a sus ideas delirantes, a la locura. En la sesión del jueves, esto significaba conocer que él era femenino en un sentido mucho más profundo que antes. En esta posición, sintió inesperadamente que me tenía cariño y que se encontraba lo más próximo posible a estar enamorado de mí. Esto quería decir que ahora era capaz de amar a alguien, y explicaba por qué jamás se había abandonado antes en la posición homosexual; siempre en el momento crítico se retraía de la homosexualidad, y fue así, huyendo, como tuvo tres matrimonios.

Todo esto le pareció muy real, y lo comparó con el trabajo que habíamos hecho -el cual era indudablemente correcto- sobre las tempranas relaciones objetables infantiles, que dio por resultado, justo antes de entrar en la fase actual, que él llegara, de un modo algo cauteloso, a mostrar un interés oral por el genital masculino. A lo largo del análisis de este hombre la idea de la felación había sido muy extraña y remota respecto de su caso, algo de lo cual se podía hablar pero sin que él sintiera que tenía algo que ver con él.

III. Respuesta a comentarios

Escrito en 1968-1969

Mi primera reacción al leerlos comentarios sobre mi artículo es sentirme complacido de que las cuestiones que he planteado hayan estimulado el debate. Les estoy agradecido a los participantes por la molestia que se tomaron.

No es mi intención tratar de responder en detalle, porque me parece que es el lector el que debe juzgar. Después de leer lo escrito, quisiera hacer las tres series de comentarios siguientes:

A

En mi trabajo ocupa un lugar central la experiencia clínica mía en este caso único que describo. Originalmente había pensado en brindar varias experiencias comparables que ilustrasen estas cuestiones no sólo en otros pacientes sino además en pacientes del otro sexo. No obstante, era evidente que una cantidad excesiva de material clínico me habría apartado de lo principal que yo quería decir, volviendo demasiado largo el artículo.

Por supuesto, estoy al tanto de la aceptación universal de la bisexualidad en la teoría psicoanalítica. Llamé la atención sobre el alto grado de disociación que puede encontrarse respecto de las identificaciones masculina y femenina. Tampoco esto tiene nada de novedoso. El punto fundamental de mi comunicación se refería al modo en el cual, tal como yo lo veo, es preciso abordar el factor ambiental en lo tocante a la transferencia. Podría decirse que el

paciente estaba en busca del tipo adecuado de analista loco, y que para atender sus necesidades yo debía asumir ese rol. Este especial detalle es el que yo consideré la parte importante del artículo: una cuestión vinculada al manejo de la transferencia y a la tensión de los sentimientos contratransferenciales producidos por la aceptación del rol asumido.

B

Por cierto, el hecho de que yo pasase del material clínico a la discusión teórica puede haber provocado confusión. Tan pronto uno entra en el campo de la teoría deja atrás tierra firme y se pone en relación con todos los que han escrito sobre el mismo tema -sin que desde luego uno no pretende o espera estar en contacto con toda la bibliografía-. Sin embargo, lo que se necesita es una enumeración de los restantes mecanismos empleados cuando un paciente manifiesta características sexuales diversas de las que su sexo biológico justifica. Hay toda una gama, desde un alto grado de complejidad hasta los fenómenos básicos, incluida la manipulación muy temprana, y más allá todavía, la herencia. Entre los mecanismos complejos ha de hallarse una identificación cruzada que puede ser, casi en su totalidad, una organización defensiva. Por otro lado, las propias identificaciones cruzadas pueden estar determinadas por las expectativas provenientes del medio. Para contribuir con algo en la situación familiar, el varón o la niña tal vez necesiten explotar las características sexuales que no son biológicas.

En mi paciente teníamos el caso extremo de la necesidad inconsciente de su madre de tener una niña, lo cual determinó el tipo de manipulación a que sometió a su bebé en las primerísimas etapas. El resultado, para mi paciente, fue que si bien conservó la certidumbre acerca de su identidad masculina, llevó consigo, hasta

ese momento del análisis que describo, la convicción de que para mantener una relación con su madre debía ser una nena. En otras palabras, la locura estaba en este caso en la madre y no en el paciente, aunque clínicamente éste se había sentido loco y no podía liberarse de la psicoterapia que se veía compelido a continuar aun sabiendo que no ofrecía esperanzas. Lo llamativo fue que mi manipulación de la transferencia, en lo que respecta a ser yo un analista loco, logró liberarlo de esa terrible fijación a la psicoterapia.

C

Luego de considerar estos detalles teóricos, dejé que mis pensamientos me llevaran al concepto de los elementos masculino y femenino en varones y nenas. Comprobé que esta manera de pensar, más bien nueva para mí, me enriquecía mucho, de modo que al considerar esta clase de problema ya no seguí pensando en varones y nenas, o en hombres y mujeres, sino en función de los elementos masculino y femenino que les pertenecen a ambos. Esto me hizo ver que los términos "activo" y "pasivo" no son válidos en este ámbito. Activo y pasivo son dos facetas de la misma cosa cuando se adopta algún otro tipo de consideración que va más profundo y es más primitivo. En un intento de formular esto, me vi en la situación de comparar ser con hacer. En el extremo, descubrí que estaba examinando un conflicto esencial de los seres humanos, que debe operar en fecha muy temprana: el que existe entre ser el objeto que también tiene la propiedad de ser, y, en contraste con ello, una confrontación con el objeto que implica actividad y relación de objeto basada en el instinto o la moción.

Esta resultó ser una nueva formulación de lo que antes intenté describir como el objeto subjetivo y el objeto que es percibido objetivamente; y pude reexaminar, en mi propio beneficio, el

enorme efecto que tiene sobre el bebé humano inmaduro la actitud de la madre, y más adelante de los dos progenitores, en cuanto a adaptarse a su necesidad. En otros términos, me encontré reexaminando el tránsito hacia el principio de realidad desde... ¿desde dónde? Nunca me satisfizo el uso de la palabra "narcisista" en relación con esto, pues el concepto íntegro de narcisismo excluye las enormes diferencias resultantes de la actitud general y la conducta de la madre. Me quedaba, pues, la tentativa de enunciar en forma extrema el contraste entre ser y hacer.

La base de este ulterior comentario fue separar, de la idea global de varones y niñas y de hombres y mujeres, la idea de dos principios básicos, los que yo llamo elementos masculino y femenino. Supongo que es aquí donde provooco confusión, pero a esta altura de la argumentación no puedo retractarme, y prefiero dejar que quede esta etapa a mitad de camino. Lo que sí quiero hacer es explorar más a fondo. Quiero penetrar más allá de todas las complicaciones de sexo cruzado, identificaciones cruzadas y aun expectativas cruzadas (cuando un bebé o niño sólo puede contribuir con uno de los padres aportándole un sexo que no es el biológico), e ir a ese lugar por el cual me siento atraído y hacia el cual me siento impulsado. Quiero alcanzar de una manera nueva un concepto que, sin duda, tiene raíces en los escritos de otros analistas.

Quiero llegar a una enunciación de un dilema básico del relacionarse:

a) El bebé es el pecho (u objeto, o madre, etc.); el pecho es el bebé. Esto se halla en el extremo de la falta inicial de establecimiento, por parte del bebé, de un objeto como "distinto de mí", en el lugar en que el objeto es ciento por ciento subjetivo, donde (si la madre se adapta suficientemente bien, pero no en otro caso) el bebé experiencia la omnipotencia.

b) El bebé es confrontado por un objeto (pecho, etc.) y necesita "entenderse" con él, contando con capacidades limitadas (inmaduras) del tipo de las basadas en los mecanismos mentales de las identificaciones proyectivas e introyectivas. Aquí debemos señalar, nuevamente, que la experiencia de cada niño depende del factor ambiental (actitud de la madre, su conducta, etc.).

Dentro del marco de este concepto, que se ocupa de un problema humano universal, puede verse que bebés pecho es una cuestión de ser, no de hacer, en tanto que en términos de confrontación, el bebé y su encuentro con el pecho implica un hacer.

En psicopatología, algunos de los mayores bloqueos a la participación de los instintos--o mociones--se generan cuando paciente = objeto se cambia violentamente en que el paciente confronta al objeto y es confrontado por éste, lo cual implica pasar de una defensa cómoda a una posición de angustia de alto grado y a un súbito percatamiento de la inmadurez. No puedo evitarlo, pero en esta precisa etapa parecerá que he abandonado la escalera (elementos masculino y femenino) gracias a la cual trepé hasta el lugar donde experiencíé esta visión.

Biblioteca D. Winnicott

El niño de cinco años

(1962)

Se dice que cierta vez, en un tribunal de justicia, un docto juez afirmó, refiriéndose a un niño de casi cinco años cuyos padres se habían separado: "Los niños de esa edad son notablemente flexibles". No me propongo criticar esa opinión, pero sí plantear esta pregunta: ¿son los niños de cinco años de verdad notablemente flexibles? Pienso que la flexibilidad es un producto del crecimiento y la madurez, y que en ningún momento del desarrollo de un niño se puede decir que éste es flexible. La flexibilidad implicaría que podemos esperar obediencia por parte del niño sin poner en peligro el crecimiento de su personalidad y la formación de su carácter.

En cambio, se podría argumentar que en la etapa de los cinco años algunos rasgos especiales hacen aconsejable mantener una cuidadosa vigilancia sobre la confiabilidad ambiental. Son precisamente estos rasgos especiales los que deseo considerar aquí.

Los padres ven crecer a sus hijos, y se sienten sorprendidos. Todo es tan lento y, sin embargo, todo ocurre de manera tan repentina. Eso es lo más notable. Pocas semanas antes tenían un bebé, que de pronto empezó a gatear, y hoy tiene cinco años y mañana irá a la escuela. En pocas semanas prácticamente habrá empezado a trabajar.

Tenemos aquí una contradicción interesante: el tiempo transcurrió lenta y rápidamente a la vez. En otros términos, en tanto los padres veían las cosas desde el punto de vista del niño, el tiempo permaneció prácticamente inmóvil, o bien comenzó así y empezó a transcurrir en forma gradual. La idea de eternidad surge desde las huellas mnémicas de nuestra infancia antes de que comenzara el tiempo. Pero cuando damos el salto y tenemos nuestras propias experiencias adultas, comprendemos que cinco años son prácticamente nada.

Esto ejerce un curioso efecto sobre la relación entre lo que los padres y el niño recuerdan. Aquellos tienen un claro recuerdo de lo que sucedió un mes antes, y comprueban con sorpresa que su hijo de cinco años ha olvidado la visita de una tía o la llegada de un nuevo perrito. Recuerda algunas cosas, incluso muy tempranas, especialmente si ha oído hablar sobre ellas, y utiliza las leyendas familiares que aprende, casi como se refirieran a alguna otra persona o a personajes de un libro. Tiene más conciencia de sí mismo y del tiempo presente y, a la vez, ha aprendido a olvidar. Ahora tiene un pasado, y un indicio de cosas semi-olvidadas. Su osito descansa en el fondo de un cajón y ya no recuerda cuán importante fue en algún momento, salvo cuando de pronto, vuelve a necesitarlo.

Podríamos decir que está saliendo de un vallado: comienzan a aparecer brechas en los muros, y los cercos se adelgazan; y, antes de que nadie alcance a darse cuenta, el niño está afuera. No le resulta fácil volver a entrar o sentir que lo ha hecho, a menos que esté cansado o enfermo, momentos en que el medio restablece el vallado en beneficio propio.

La madre y el padre, la familia, la casa y el patio, las imágenes, los olores y los ruidos familiares, constituían

ese vallado, que también corresponde a la etapa de inmadurez del niño, su confianza en la confiabilidad de los padres, y la naturaleza subjetiva del mundo infantil. Dicho aliado representaba una prolongación natural de los brazos maternos que lo rodeaban cuando era un bebé. La madre se adaptó profundamente a las necesidades del niño y luego gradualmente se "desadaptó", a medida que el bebé podía comenzar a disfrutar de las experiencias nuevas e inesperadas. Y así, puesto que los niños no son en realidad muy parecidos entre sí, la madre comprueba que ha construido un vallado para cada uno de los hijos. Y de allí precisamente emerge el niño ahora, listo para una clase distinta de grupo, un nuevo tipo de recinto, por lo menos durante unas pocas horas por día. En otras palabras, el niño irá a la escuela.

Wordsworth se refirió a este cambio en su "Ode on the Intimations of Immortality":

Heaven lies about us in our infancy,
Shades of the prison-house begin to close
Upon the growing boy...

Sin duda, el poeta comprendía que el niño percibe el nuevo vallado, en contraste con el bebé, que no tiene conciencia de su dependencia.

Desde luego, para esa época los padres ya han puesto en marcha el proceso por el hecho de recurrir a un jardín de infantes. Un buen jardín de infantes ofrece a un grupo pequeño de chicos oportunidades para jugar, juguetes apropiados y, quizás, un piso más cómodo, adecuado para sus actividades del que tienen en su casa; y siempre hay alguien para supervisar los primeros experimentos del niño en la vida social, tales como golpear a otro chico en la cabeza con una palita.

La escuela primaria a los cinco años

Pero el jardín de infantes no es muy distinto del hogar, pues también proporciona algo especializado. La escuela que vamos a considerar ahora es distinta. La escuela primaria puede ser buena o no tanto pero en ningún caso se adaptará en la misma medida que el jardín de infantes ni será tan especializado, salvo quizás al comienzo. En otras palabras, el niño deberá adaptarse, tendrá que adecuarse a lo que se espera de todos los alumnos. Si está listo para tal empresa, es mucho lo que puede ganar de esta nueva experiencia.

Sin duda, los padres habrán reflexionado mucho sobre la forma de manejar ese tremendo cambio en la vida de su hijo. Habrán conversado sobre la escuela y, además, el niño ya ha jugado a ir a la escuela y espera con impaciencia el momento de ampliar los fragmentos de instrucción que la madre, el padre y otras personas ya le han proporcionado.

Pero siempre surgen dificultades en esta etapa, ya que los cambios ambientales deben adecuarse a los que el crecimiento provoca en el niño. He tenido mucha experiencia con los problemas inherentes a esta edad, y diría que, en la gran mayoría de estos casos, el trastorno no es profundo, y no existe una verdadera enfermedad. Las dificultades tienen que ver con el hecho de que no todos los niños están en las mismas condiciones y a veces, una diferencia de pocos meses tiene consecuencias muy importantes. Un niño que cumple años en noviembre puede estar "tascando el freno" a la espera de que se lo admita, mientras que otro, nacido en agosto, ingresa a la escuela uno o dos meses antes, de que esté listo para hacerlo. En general, algunos niños se internan sin vacilar en aguas profundas, mientras otros permanecen temblorosos junto a la orilla y no se animan a zambullirse. De paso, alguno de los más audaces retroceden de pronto después de meter un pie en el agua y vuelven al interior de la madre y se niegan a salir del vallado familiar durante días o semanas. Los padres llegan a saber a cuál de estos tipos pertenece su hijo, y hablan con los maestros, que están acostumbrados a todo esto, y se limitan a esperar que llegue el momento propicio. Lo esencial es comprender que salir del vallado es, a la vez, excitante y atemorizante, que, cuando el niño está afuera, le resulta espantoso no poder regresar, y también que la vida es una larga serie de vallados que dejar atrás y de riesgos nuevos y excitantes

que enfrentar.

Algunos niños tienen dificultades personales que les impiden dar nuevos pasos, y quizás los padres necesiten ayuda si el transcurso del tiempo no soluciona el problema o si aparecen otras indicaciones de enfermedad.

Pero podría ocurrir que una madre, incluso la mejor de las madres, determine en cierto sentido las dificultades de su hijo para dar ese nuevo paso. Algunas madres actúan en dos niveles. En uno de ellos (¿el superior?) desean sólo una cosa: que su hijo crezca, que salga del vallado, asista a la escuela y enfrente al mundo. En otra capa, supongo que más profunda y no verdaderamente consciente, no pueden aceptar la idea de "soltar" a su hijo. En este estrato más profundo, donde la lógica no cuenta demasiado, la madre no puede renunciar a eso tan apreciado que es su función materna; se siente más maternal mientras el bebé depende de ella que cuando, debido al crecimiento, el hijo llega a disfrutar del hecho de sentirse independiente y desafiante.

El niño percibe claramente todo esto. Aunque se siente feliz en la escuela, regresa anhelante a su casa; prorrumpen en alaridos cada mañana cuando debe atravesar las puertas de la escuela. Siente pena por su madre, porque sabe que ella no puede soportar la idea de perderlo, y que, por su misma naturaleza, no está en ella alejarlo. Al niño todo le resulta más fácil si la madre puede experimentar alegría al verlo partir y al verlo regresar.

Muchas personas, incluyendo a las mejores, se sienten deprimidas por momentos o casi constantemente. Experimentan un vago sentimiento de culpa acerca de algo impreciso y se preocupan por sus responsabilidades. La vivacidad del niño en el medio hogareño constituía un tónico permanente. El bullicio del niño, incluso su llanto, algo así como un signo de vida, algo tranquilizador. Las personas deprimidas sienten que quizás han dejado morir algo, algo precioso y esencial. Llega el momento en que el niño debe ir a la escuela, y entonces la madre comienza a temer el vacío en su hogar y en sí misma, la amenaza de un sentimiento interno de fracaso personal que puede llevarla a buscar una preocupación sustitutiva. Si la encuentra, no habrá lugar para el niño cuando éste regrese de la escuela, o bien tendrá que luchar para recuperar el lugar central que ocupa en la vida de la madre. Esta lucha puede hacerse más importante para él que la escuela, y el resultado habitual es el abandono de la escuela, pero ansía volver a ella y su madre anhela que su hijo sea como los otros niños.

O quizás sea el padre el que complica las cosas de alguna manera similar, y entonces el niño quiere ir a la escuela pero no puede hacerlo. Y también hay otros motivos para el fracaso escolar, pero no los enumeraremos aquí.

Conocí a un niño que, en esta etapa, desarrolló una pasión por atar objetos con un piolín. Se pasaba el día atando los almohadones al sofá y las sillas a las mesas, de modo que resultaba precario moverse por la casa. Quería mucho a su madre, pero nunca estaba seguro de recuperar un lugar central en su vida, porque ella se deprimía con facilidad cuando él la abandonaba, y no tardaba en reemplazarlo con alguna otra cosa que le provocaba inquietud o zozobra.

A las madres de este tipo quizás les resulte útil saber que estas cosas ocurren a menudo. Quizás se alegren de que su hijo sea sensible a sus sentimientos y a los de otras personas, pero lamentan que su ansiedad inexpresada, e incluso inconsciente, haga que el niño sienta pena por ellas y no pueda salir del vallado.

Quizás la madre ya haya tenido antes una experiencia similar con el niño: por ejemplo, quizás le resultó difícil destetarlo. Puede haber llegado a reconocer un cierto patrón en la renuencia del niño a dar nuevos pasos o a explorar lo desconocido. En cada una de estas etapas, existía la amenaza de perder la dependencia del niño con respecto a ella. La madre participaba en el proceso por el cual su hijo lograría independencia y una actitud personal ante la vida y, aunque veía las ventajas que ello podía significar, no pudo manejar la situación en forma adecuada. Existe una muy estrecha relación entre este estado vagamente depresivo, esta preocupación con ansiedades indefinidas, y la capacidad de una mujer para dedicar toda su atención a un niño. Supongo que la mayoría de las mujeres viven en el límite entre la preocupación y la zozobra.

Las madres pasan por infinitas agonías, y es mejor que los niños no se vean envueltos en ellas. Ya tienen bastante con las propias. En realidad, disfrutan de sus propias agonías, como de sus nuevas habilidades, de una visión más amplia y de la felicidad.

¿Qué es lo que Wordsworth llama "las sombras de la prisión"? En mi terminología, es el cambio que tiene lugar en el pequeño que vive en un mundo subjetivo y se convierte en un niño mayor que vive en un mundo de realidad compartida. Si es objeto de cuidados suficientemente buenos, el bebé tiene al comienzo un control mágico del medio, y recrea nuevamente el mundo, incluso a su madre y al picaporte. A los cinco años, el niño se ha vuelto en gran medida capaz de percibir a la madre tal como es, de reconocer un mundo de picaportes y otros objetos que existían antes de él, y de aceptar el hecho de la independencia precisamente en el momento en que se vuelve verdaderamente independiente. Todo es cuestión de elegir el momento adecuado, y la mayoría de las madres lo hacen a la perfección. De una manera u otra, la gente siempre lo hace.

Otras complicaciones

Hay muchas otras formas en que la vida puede afectar a los niños de esa edad. Ya mencioné el osito que un niño atesora; también puede aficionarse a otro objeto especial. Este objeto, que en algún momento fue una frazadita, un trozo de tela, una chalina de la madre o una muñeca de trapo, se volvió importante para él antes o después del primer cumpleaños y, sobre todo, en los momentos de transición, como cuando el niño se despierta. Su importancia es inmensa; el trato que recibe es abominable, e incluso tiene mal olor. Pero es una suerte que el niño utilice este objeto y no a la madre misma, el lóbulo de su oreja o su cabello.

Este objeto une al niño con la realidad externa o compartida; forma parte tanto del niño como de la madre. Un niño puede no utilizar este objeto durante el día, mientras que otro lo lleva consigo a todas partes. A los cinco años quizás siga siendo necesario, pero muchos pueden ocupar su lugar: las historietas, una gran variedad de juguetes, duros y blandos, y toda una vida cultural que enriquece la experiencia que el niño tiene de la vida. Con todo, quizás surjan dificultades cuando el niño comienza a ir a la escuela, y es necesario que la maestra proceda lentamente y no excluya dicho objeto de la clase desde el comienzo. Este problema casi siempre se resuelve por sí solo en pocas semanas. Diría que el niño lleva consigo a la escuela parte de la relación con la madre que data de la etapa de dependencia infantil y de la muy temprana infancia, de la época en que apenas comenzaba a reconocer a la madre y al mundo como algo distinto del self.

Si las ansiedades relativas a la vida escolar se resuelven, el niño podrá dejar ese objeto en su casa cuando parte hacia la escuela y, en cambio, llevará en el bolsillo un camioncito o una pequeña locomotora, así como caramelos y pastillas; y la niña se ingeniará de alguna manera, retorciendo su pañuelo o quizás escondiendo un diminuto muñeco en una caja de fósforos. De cualquier manera, los niños siempre pueden recurrir a succionarse el pulgar o a comerse las uñas si las cosas se ponen muy difíciles. Por lo común, renuncian a todo a medida que su confianza aumenta. Aprendemos a esperar que los niños manifiesten ansiedad con respecto a todo lo que les impide seguir formando parte integral de la madre y del hogar, a lo que los obliga a pertenecer al enorme y ancho mundo. Y la ansiedad puede manifestarse como una reaparición de los patrones infantiles que, por fortuna, siguen estando allí para tranquilizar al niño. Dichos patrones se convierten en una suerte de autopsicoterapia que conserva su eficacia porque la madre está viva y al alcance del niño, y porque representa permanentemente un vínculo entre el presente y las experiencias infantiles de las que esos patrones constituyen reliquias.

Poscripto

Quisiera agregar algo más. Los niños suelen sentirse desleales si disfrutan de la escuela y de la posibilidad de olvidarse de la madre durante unas pocas horas. Por lo tanto, experimentan una vaga ansiedad cuando vuelven al hogar, o bien postergan el regreso sin saber por qué. La madre que tiene algún motivo para estar enojada con

su hijo, no debe elegir ese momento para expresarlo. Quizás ella también experimente fastidio porque el niño la olvidó, y debe vigilar sus propias reacciones frente a los nuevos acontecimientos. Convendría que no se enojara porque el niño derramó tinta sobre el mantel hasta que ambos hayan restablecido el contacto. Estas situaciones no ofrecen mayores dificultades sí sabemos qué es lo que ocurre. Crecer no es nada fácil para el niño, y para la madre suele constituir un proceso sumamente doloroso.

Biblioteca D. Winnicott

El regreso al hogar (1945)

CONOZCO UN NIÑO de 9 años que ha pasado gran parte de su corta vida lejos de su hogar en Londres. Cuando oyó hablar sobre el retorno de los evacuados al finalizar la guerra, comenzó a reflexionar, a hacerse a la idea y a elaborar planes. De pronto, anunció: "Cuando esté en mi casa de Londres me voy a levantar temprano todas las mañanas para ordeñar las vacas".

En este mismo momento, con el fin oficial de la evacuación, cuando las madres abandonan las fábricas para dedicarse al cuidado de su casa, muchos progenitores dan la bienvenida a sus hijos que regresan a las grandes ciudades. Este es el momento que tantas familias han estado aguardando durante largos años, y que sería aún más feliz si también los padres pudieran regresar al hogar.

Si no me equivoco, en este mismo momento hay muchos que están contemplando a sus hijos, preguntándose qué piensan y sienten y, también, si están en condiciones de proporcionarles todo lo que desean y necesitan. Me gustaría meditar unos minutos con ustedes sobre estos problemas.

Aquí están los chicos de regreso en sus hogares, llenándonos los oídos con ruidos que hacía mucho no escuchábamos. La gente había olvidado que los niños son ruidosos, pero ahora lo recuerdan muy bien. Las escuelas vuelven a abrirse. Los parques abren sus brazos para recibir a sus antiguos visitantes: madres y cochecitos, niños de todos los tamaños, formas y colores. Las callejuelas de barrio se han convertido en canchas de cricket, en las que los niños se adaptan gradualmente al tránsito urbano. A la vuelta de muchas esquinas surgen pandillas de nazis o de otra clase de criminales, con armas fabricadas con trozos de madera, cazadores y perseguidos que por igual ignoran 'al transeúnte. Las marcas de tiza reaparecen en las veredas, para que las niñas sepan en qué cuadro deben saltar, y cuando reina buen tiempo y no hay otra cosa que hacer, niños y niñas se dedican a realizar proezas acrobáticas y a caminar con las manos o pararse cabeza abajo.

En mi opinión, el momento más fascinante es el de la comida, cuando esos niños corren hacia sus hogares para comer lo que su propia madre les ha preparado. La comida en la propia casa significa muchísimo, tanto para la madre que se toma el trabajo de conseguir los alimentos y prepararlos, como para los hijos que la disfrutan. Y después viene el baño nocturno, o el cuento a la hora de dormir, y el beso de despedida; todas estas cosas son íntimas y no las vemos, pero no las ignoramos. Este es el material con que está hecho un hogar.

Sin duda, es con estas cosas aparentemente triviales dentro y fuera del hogar que el niño teje todo lo que una rica imaginación puede tejer. El ancho mundo es un excelente lugar para los adultos que buscan escapar al aburrimiento, pero los niños comunes no están aburridos y pueden experimentar todos los sentimientos que son capaces de soportar dentro de su propia casa o a pocos pasos de la puerta de calle. El mundo resulta principalmente importante y satisfactorio si crece para cada individuo a partir de la calle en que está su casa o

del patio de atrás..

Hay algunas personas curiosas, supongo que muy optimistas, para quienes la evacuación constituyó algo que traería nueva vida a los niños pobres de las ciudades. No podían considerar la evacuación como una tragedia, de modo que la eligieron como una de las ocultas bendiciones de la guerra. Pero alejar a los niños de sus hogares sanos nunca podía ser algo bueno. Y por hogar no entiendo, como ustedes saben, una hermosa casa con todas las comodidades modernas. Por hogar entiendo una o dos habitaciones que en la mente del niño han llegado a asociarse con la madre y el padre, y los otros niños y el gato, y el estante o el aparador donde se guardan los juguetes.

Sí, la imaginación de un niño tiene amplio lugar para desplegarse en el pequeño mundo de su propio hogar y de su calle y en realidad lo que permite al niño jugar y, en muchas otras formas, disfrutar de su capacidad para enriquecer el mundo con sus propias ideas es la seguridad real que proporciona el hogar mismo. Aquí surge una seria preocupación cuando tratamos de reflexionar sobre las cosas, e intentaré explicarles a qué me refiero. Digo que cuando un niño está en su casa puede experimentar allí toda la escala de sus sentimientos, y ello sólo puede resultar provechoso. Al mismo tiempo, no me alegran demasiado las ideas que surgen en la mente del niño con respecto al hogar cuando se aleja de él durante largo tiempo. Cuando está en su casa, sabe realmente cómo es por eso puede modificarla en su fantasía a los fines de su juego. Y el juego no es simplemente placer, es algo esencial para su bienestar. Cuando está lejos, por otro lado, no tiene oportunidad de saber minuto a minuto cómo es su hogar, y así sus ideas pierden contacto con la realidad en una forma que fácilmente lo atemoriza.

Una cosa es estar en casa y librar batallas a la vuelta de la esquina, para regresar y comer cuando llega el mediodía, y otra muy distinta ser evacuado, perder el contacto e imaginar asesinatos en la cocina. Una cosa es pararse sobre la cabeza en la calle por el placer de ver a la propia casa al revés antes de entrar en ella, y otra muy distinta estar a doscientas millas de distancia, convencido de que la casa está en llamas o destruida.

Si una madre se trastorna cuando su hijo se queja de que el hogar no es como él esperaba, puede estar segura de que tampoco es tan malo como él esperaba. Si eso es cierto, verán cuánto más libre es un niño cuando está en su casa que cuando se encuentra lejos. Su regreso al hogar puede iniciar una nueva era de libertad para el pensamiento y la imaginación, siempre y cuando pueda tomarse tiempo para comprobar que lo que es real es real. Esto lleva tiempo, y es necesario permitir un lento despertar de la confianza.

Qué ocurre cuando un niño comienza a sentirse libre, libre para pensar lo que le place, para jugar a lo que se le ocurre, para encontrar las partes perdidas de su personalidad? Sin duda, también comienza a actuar libremente, a descubrir impulsos que habían estado dormidos mientras estuvo lejos, y a mostrarlos. Comienza a ser descarado, a perder el control, a desperdiciar la comida, a preocupar a la madre y molestarla en sus otros intereses. Es probable que trate también de ver qué pasa cuando roba, para verificar hasta qué punto es cierto que se trata realmente de su madre y de que, en un cierto sentido, lo que le pertenece a ella también le pertenece a él. Todos estos signos pueden constituir un paso hacia adelante en el desarrollo, la primera etapa de un sentimiento de seguridad, aunque enloquecedora desde el punto de vista de la madre. El niño ha tenido que ser su propia madre y su propio padre severos mientras estuvo lejos, y la madre puede estar segura que ha tenido que ser demasiado estricto consigo mismo para estar seguro, a menos que no haya podido soportar la situación y se haya visto envuelto en dificultades en su hogar adoptivo. Sin embargo, ya de vuelta en el hogar, podrá tomarse unas vacaciones del autocontrol, por la sencilla razón de que dejará ahora el control en manos de la madre. Algunos niños han estado viviendo un autocontrol artificial y exagerado durante años, y cabe suponer que cuando comiencen a permitir que la madre se haga cargo del control, una vez más se convertirán hasta cierto punto en una molestia. Es por eso que resultaría tan conveniente que el padre estuviera también de regreso ahora.

Creo que algunas madres se preguntan genuinamente si les es posible dar tanto en Paddington, en Portsmouth y Plymouth como la gente que cuidó de su hijo en el campo, donde había prados y flores, vacas y cerdos, verduras y huevos frescos. ¿Puede competir el hogar con los albergues dirigidos por personas experimentadas,

donde había juegos organizados, carpintería para los días de lluvia, conejos que aumentaban de número en jaulas construidas por los niños, paseos de fin de semana por los alrededores, y médicos que se ocupaban del cuerpo y la mente de los niños? Sé que todas estas cosas se hacían muy a menudo y muy bien en los hogares de refugio y en los albergues, pero no hay muchos que se atrevan a afirmar que todo eso constituye un buen sustituto de un buen hogar. Estoy seguro de que, en general, por simple que sea el hogar del niño, es más valioso para él que cualquier otro lugar en que viva.

La comida y el alojamiento no son las únicas cosas que cuentan, y ni siquiera el hecho de proporcionar ocupaciones para los momentos de ocio, aunque todos sabemos muy bien que esas cosas son bastante importantes. Es posible proporcionarlas en abundancia y, sin embargo, lo esencial falta si los padres de un niño, o sus padres adoptivos o tutores, no son las personas que se responsabilizan por su desarrollo. Está también el problema, ya mencionado, sobre la necesidad de tomarse unas vacaciones del autocontrol. Para que un niño crezca de tal modo que pueda descubrir la parte más profunda de su naturaleza es necesario que alguien sea desafiado, e incluso odiado por momentos, y ¿quién sino los padres del niño están en condiciones de ser odiados sin que exista el peligro de un rompimiento definitivo en la relación?

Con el regreso de los hijos, quienes han logrado mantener a flote un hogar durante esos años de amarga separación, pueden comenzar ahora, como padre y madre, a reparar el daño infligido al desarrollo de sus hijos por la falta de continuidad en su manejo. Esos padres asumieron una responsabilidad conjunta por su venida al mundo, y creo que ahora anhelan asumir nuevamente esa responsabilidad conjunta, pero esta vez para ayudarlos a convertirse en ciudadanos.

Como vimos, este asunto del hogar y la familia no es un lecho de rosas; el regreso de un hijo no significa que ahora la madre tiene quién le haga las compras (salvo que su propio impulso lo lleve a hacerlo) y el retorno de una hija no significa que la madre tiene ahora alguien que le lave los platos (salvo, nuevamente, que el impulso la lleve a hacerlo). Su retorno significa que la vida de la madre será más rica, pero menos privada. Habrá pocas recompensas inmediatas. A veces deseará que los chicos vuelvan a sus ubicaciones anteriores. Todos comprendemos lo que le pasa a esa madre, y a veces las cosas le resultarán tan difíciles que necesitará ayuda. Lo que pasa es que algunos de los niños han sido tan lastimados por la evacuación que manejarlos está más allá de la posibilidad de los padres. Pero si éstos logran salir adelante, y los hijos se convierten en ciudadanos, habrán realizado la mejor tarea del mundo. Sé de buena fuente que es maravilloso ayudar a los hijos a alcanzar la independencia y establecer sus propios hogares, y también a trabajar en algo que les produzca placer y a disfrutar de las riquezas de la civilización que deben defender y promover. Los padres tendrán que ser fuertes en su actitud para con los hijos, así como comprensivos y cariñosos, y si eventualmente han de mostrarse firmes vale la pena comenzar con firmeza. Resulta bastante injusto mostrar firmeza repentinamente cuando ya es tarde, cuando el niño ya ha comenzado a ponerlos a prueba y a comprobar hasta qué punto puede confiar en ellos.

Y ahora, ¿qué diremos del niño que soñaba con regresar a su casa y ordeñar las vacas? Resulta evidente que no sabía mucho sobre las ciudades y la vida urbana, pero no creo que eso importe demasiado. Lo que pensé cuando oí esa frase fue que el niño tenía una idea, y bastante buena. Asociaba regresar al hogar con algo directo y personal. Había visto ordeñar vacas en la granja vecina a su albergue, pero nunca pudo hacerlo él mismo. Ahora que la guerra ha terminado, ¡volvemos a casa y basta de intermediarios! ¡Ordeñemos las vacas nosotros mismos! No es una mala actitud para los evacuados que retornan. Confiemos en que haya habido una madre y un padre esperando a Ronald, dispuestos, como él, a la expresión afectuosa directa, dispuestos a un abrazo fácil para darle el comienzo de una nueva oportunidad de entenderse con un mundo difícil.

[_____]

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

Los casos de enfermedad mental, 1963

Conferencia dada ante la Association of Social Workers, Londres, y publicada en «New Thinking for Changing Needs», por la Association of Social Workers, 1963.

Desde principios de siglo han ido en aumento los intentos de sacar la psiquiatría del estancamiento en que había caído. Los psiquiatras han trabajado mucho para sustituir por métodos más humanos los procedimientos mecánicos que antes se empleaban para cuidar y tratar a los enfermos mentales. Luego vino la aplicación de la psicología dinámica a la psiquiatría. Es la psicología de la enfermedad mental lo que interesa a los psicoanalistas y a quienes trabajan en base a la psicología dinámica, categoría en la que se inscriben muchos asistentes sociales. Mi tarea consistirá en establecer este nexo entre la

enfermedad mental y las fases del desarrollo emocional del individuo. Debo hacer notar que no podré ofrecerles pruebas positivas de los detalles de mi tesis.

En primer lugar, debo recordarles la clasificación psiquiátrica del trastorno mental. Trataré sumariamente los trastornos mentales nacidos de las anormalidades físicas del cerebro, que es el aparato electrónico del que depende el funcionamiento de la mente. Este aparato puede ser defectuoso de diversas maneras: hereditariamente, congénitamente, debido a una enfermedad infecciosa, a causa de un tumor, o por culpa de algún proceso degenerativo como, por ejemplo, la arteriosclerosis. Asimismo, ciertos trastornos físicos de índole general afectan al cerebro o aparato electrónico: así, la mixedema, y el desequilibrio hormonal asociado con la menopausia. Por importantes que sean, debemos dejar a un lado estas consideraciones con el fin de llegar a la zona del trastorno mental, que es materia propia de la psicología, de la psicología dinámica, de la inmadurez emocional.

También tendré que dar por sentado que ustedes conocen los efectos de las enfermedades somáticas sobre los estados mentales, así como la amenaza de una posible enfermedad somática. Ciertamente que el hecho de padecer cáncer o alguna afección cardíaca afecta la mentalidad de una persona. Lo único que nos interesa de momento es la psicología de estos efectos.

Así, pues, la clasificación empieza con las tres categorías siguientes:

- a) Enfermedades del cerebro con los consiguientes trastornos mentales;
- b) enfermedades somáticas que afecten las actitudes mentales;
- c) los trastornos mentales propiamente dichos, es decir, los trastornos que no dependen de ninguna enfermedad cerebral o

física.

Partiendo de aquí dividimos el trastorno mental en psiconeurosis y psicosis. No saquen apresuradamente la conclusión de que las personas psiconeuróticas están forzosamente menos enfermas que las psicóticas. Es preciso que analicemos la palabra < enfermas>. Me permitirán que recurra a la definición que hizo mi malogrado amigo John Rickman: «La enfermedad mental consiste en no ser capaz de encontrar a nadie que pueda soportarnos.» Dicho de otro modo, la sociedad efectúa su propia aportación al significado de la palabra < enfermas>, y no hay duda alguna de que ciertas personas psiconeuróticas hacen difícilísima la convivencia con ellas. Pese a ello, no suelen ser personas cuya locura pueda certificarse, lo cual supone una dificultad de la que me encargaré más adelante.

La salud es la madurez emocional, es decir la madurez emocional de la persona individual. La psiconeurosis se refiere al estado de la persona a la edad en que se dan los primeros pasos; a la provisión familiar, positiva o negativa; a la forma en que el período de latencia alivió o acentuó las tensiones que obraban en el individuo; y a la reagrupación durante las diversas fases de la adolescencia, de los cambios de los impulsos instintivos, así como la organización de nuevas defensas contra la angustia que estaba «en proyecto» durante la primera infancia del individuo.

«Psiconeurosis» es el término que se utiliza para designar la enfermedad contraída en la fase del complejo de Edipo, la fase en que se experimentan relaciones entre tres personas completas. Los conflictos provocados por tales relaciones llevan a unas medidas defensivas que, de quedar organizadas en un estado relativamente rígido, se hacen merecedoras de la denominación de «psiconeurosis». Estas defensas son perfectamente conocidas. Evidentemente, la forma en que se desarrollan y fijan depende

hasta cierto punto, tal vez en gran medida, de la historia del individuo con anterioridad a su llegada a la fase de relaciones triangulares entre personas completas.

Ahora bien, la psiconeurosis entraña represión, así como el inconsciente reprimido, que constituye un aspecto especial del inconsciente. Mientras que, por regla general, el inconsciente representa el almacén de las zonas más ricas del ser de una persona, el inconsciente reprimido es la carbonera donde (con gran coste para la economía mental) se encierra lo que resulta intolerable y que escapa a la capacidad individual de asimilación en calidad de parte del ser y de la experiencia personal. El inconsciente propiamente dicho se hace accesible en los sueños, y efectúa una aportación fundamental a la totalidad de las más significativas experiencias del individuo humano. Por el contrario, el inconsciente reprimido no puede utilizarse libremente, y solamente se manifiesta en forma de amenaza o como fuente de la formación reactiva (por ejemplo, el sentimentalismo como indicio de odio reprimido). Todo esto constituye la materia prima de la psicología dinámica. La represión es propia de la psiconeurosis del mismo modo que la escisión de la personalidad es propia de la psicosis.

La enfermedad psiconeurótica puede revestir gravedad, sin duda. Es más, este tipo de enfermedad es la desesperación del asistente social, dado que el inconsciente reprimido incumbe al psicoanalista. En contraste, y como trataré de demostrar, las enfermedades denominadas «psicosis», o «locura», brindan mayor oportunidad de acción para el asistente social, debido en parte a que tales trastornos ofrecen menor campo de maniobra para el psicoanalista, a no ser, claro está, que se salga momentáneamente de su sitio para convertirse en asistente social él mismo. (Este tema irá desarrollándose conjuntamente con mi disertación.)

Como ya he dicho, en la psiconeurosis una de las defensas tiene

que ver con la regresión. Podemos comprobar cómo la persona enferma se ha retirado de la sexualidad genital y de las relaciones triangulares entre personas completas, adoptando ciertas posiciones que corresponden a una etapa de su vida que antecede a la fase de las posiciones heterosexuales y homosexuales en las cuestiones interpersonales. En cierto modo, los puntos de fijación, las que se utilizan en estas defensas regresivas, dependen de las experiencias buenas y malas vividas en anteriores fases del desarrollo del individuo Y, por supuesto, dependen también de los correspondientes factores ambientales, buenas y malas, existentes en dichas fases.

Podemos considerar que la psicosis es una enfermedad que tiene que ver más con las experiencias de fases anteriores, que con las tensiones a nivel de relaciones interpersonales que conducen a unas defensas represivas. En estos casos extremos, no ha habido un verdadero complejo de Edipo, ya que el individuo se hallaba tan atrapada en una fase anterior de su desarrollo que unas relaciones triangulares verdaderas y pletóricas nunca llegaron a existir.

Por supuesto que encontrarán casos en los que puede demostrarse la presencia de una mezcla de normalidad, en lo que hace al complejo de Edipo, y de psicosis, representada esta por el atascamiento en una fase anterior del desarrollo. Sin embargo, estos casos mixtos no nos interesan ahora, ya que tratamos de plantear en términos sencillos un asunto extremadamente complejo.

La psiconeurosis, pues, es propia de las defensas organizadas en torno a las angustias y conflictos de personas relativamente normales, es decir, de personas que, en todo caso, han llegado a la fase del complejo de Edipo. En un tratamiento psicoanalítico, el analista hace posible la disminución cuantitativa de la represión, y al finalizar el tratamiento las relaciones interpersonales adquieren

una expresión y experiencia más plenas, disminuyendo el componente pregenital de la sexualidad.

El resto de las enfermedades mentales (es decir, todas menos la psiconeurosis) pertenecen a la evolución de la personalidad en la primera infancia y en la infancia, junto con la provisión ambiental que fracasa o triunfa en su función de posibilitar los procesos de maduración del individuo. Dicho de otro modo, la enfermedad mental que no sea la psiconeurosis reviste importancia para el asistente social, dado que concierne menos a las defensas organizadas del individuo que al fracaso del mismo en la búsqueda de la fuerza del ego, o la integración de la personalidad, que permita la formación de las defensas.

Ahora ya pueda volver mi atención a la clasificación de los tipos psiquiátricos, y hacerlo con tranquilidad, pues crea haber podido transmitirles la idea de que la locura es de la incumbencia de ustedes, del mismo modo que la psiconeurosis lo es de los analistas freudianamente ortodoxas. Además, la locura está relacionada con la vida cotidiana. En la locura en vez de la represión encontramos, a la inversa, las procesas de instauración de la personalidad y de diferenciación del ser. Ésta es la materia prima de la locura y, por cierto, es lo que estoy tratando de describir principalmente. Los fallas en el proceso de maduración (en si misma materia de herencia) se ven, desde luego, frecuentemente relacionados con factores hereditarios y patológicos, pero lo importante es que tales fallos tienen mucha relación con fallos del medio ambiente posibilitadas. Verán ustedes que es aquí donde le corresponde intervenir al asistente social, ya que el factor ambiental está dotado de una significación especial en la etiología de la locura. A este respecto, el presupuesto básico estriba en que la salud mental del individuo es oprimida en el campo de los cuidados de la primera infancia y de la infancia, campo que reaparece en la labor del asistente social. En la psicoterapia de la psiconeurosis, que en esencia es un trastorno del

conflicto interno (es decir, de un conflicto que se desarrolla en el interior del ser intacto, integrado, personalizado y con relaciones objetales), estos fenómenos nacidos de los cuidados de la primera infancia y de la infancia aparecen en lo que llamamos «la neurosis de transferencia».

Regresemos a mi intento de agrupar en una clasificación psiquiátrica los trastornos mentales a excepción de la psiconeurosis. Desde el punto de vista de mi presentación, resultaría más sencillo tornar los dos extremos y colocar la psiconeurosis en uno y la esquizofrenia en el otro. Sin embargo, esto no lo puedo hacer, debido a los trastornos afectivos. Entre la psiconeurosis y la esquizofrenia se extiende todo el campo que se halla emparedado por la palabra «depresión». Cuando digo «centre» me refiero realmente a que, en la etiología de estos trastornos, los puntos de origen de la depresión se hallan ubicados entre los puntos de origen de la psiconeurosis y los de la esquizofrenia. Me refiero igualmente a que abundan las coincidencias y yuxtaposiciones, a que no hay una diferenciación bien delimitada y a que, en la enfermedad psiquiátrica, es una equivocación etiquetar los trastornos siguiendo el procedimiento característico de clasificar las enfermedades en la medicina física. (Excluyo, por supuesto, las enfermedades del cerebro, que de hecho son enfermedades físicas con efectos psicológicos secundarios.)

Las depresiones constituyen un concepto muy amplio del trastorno mental. Los avances del psicoanálisis han aclarado gran parte de la psicología de la enfermedad depresiva, y asimismo han establecido la relación que hay entre la depresión y lo que en esencia es algo saludable: la capacidad para sentir aflicción y la capacidad para sentir inquietud. Por consiguiente, la gama de las depresiones abarca desde lo que es casi normal hasta lo que es casi psicótico. En el extremo normal de las depresiones se encuentran las enfermedades depresivas que implican madurez en el individuo, así como un grado de integración del ser. Aquí, al igual

que en la psiconeurosis, a quien se necesita es al psicoanalista más que al asistente social, si bien hay una cosa que puede revestir gran importancia para el asistente social: que la depresión tiende a disiparse. Sin recurrir a la psicoterapia, el asistente social puede hacer mucho bien, dejando simplemente que la depresión siga su curso natural. Lo que en este caso es necesario es constatar que el historial del individuo ponga en evidencia el hecho de que la integración de su personalidad sea capaz de soportar la tensión de la enfermedad depresiva en la que intervenga cierto tipo de conflicto. Hablando en términos generales, este conflicto tiene que ver con la tarea personal de asimilar los propios impulsos de agresión y destrucción. Al morir una persona amada, el proceso de aflicción es propio de la acción, dentro del individuo, del sentimiento de responsabilidad personal por muerte a causa de las ideas e impulsos destructivos que acompañan al amor. En este extremo de la balanza, la depresión se forma con arreglo a este patrón, que en la aflicción se hace más evidente; la diferencia estriba en que en la depresión existe un mayor grado de represión y los procesos tienen lugar a un nivel que es más inconsciente (en el sentido de estar reprimido) que en la aflicción.

Desde el punto de vista del psicoanalista, la psicoterapia de esta clase de depresión no deja de parecerse a la de la psiconeurosis, con la salvedad de que en la transferencia la dinámica más potente se halla en la relación bipersonal basada en lo que en principio fue la relación madre-hijo. La parte importante en la terapia analítica destinada al tratamiento de la depresión reside en la supervivencia del analista durante un período que se halla dominado por las ideas destructivas, y también en este aspecto el asistente social que ayuda a alguien a superar su depresión estará practicando una terapia por el simple hecho de seguir existiendo en persona y por medio de la supervivencia.

Aliado con este tipo reactivo de enfermedad depresiva se halla algo que va asociado con la contracción, menopausal y de otros

tipos, de las oportunidades constructivas y creadoras.

En el otro extremo de esta agrupación se halla la depresión psicótica en la que existen unos rasgos asociados que engarzan la enfermedad con la esquizofrenia. Puede haber cierto grado de despersonalización o de sentimientos de irrealidad. La depresión en este caso va también asociada con la pérdida, pero ésta es de tipo más confuso que en el caso de la depresión reactiva y se deriva de una fecha más precoz del desarrollo del individuo. La pérdida, por ejemplo, podría ser la de ciertos aspectos de la boca que desaparecen, desde el punto de vista del niño, junto con la madre y el seno, cuando se produce una separación en un momento en que el pequeño todavía no ha alcanzado una etapa del desarrollo emocional que le facilite el equipo adecuado para combatir tal pérdida. La misma pérdida de la madre, pero unos pocos meses más adelante, sería una pérdida de objeto, desprovista de este elemento suplementario que es la pérdida de parte del sujeto.

Por esta razón, es necesario categorizar dos formas de depresión: depresión reactiva y depresión esquizoide. En los casos extremos de la segunda categoría se nos presenta un cuadro clínico parecido al de la esquizofrenia, y de hecho no es posible trazar una línea definida que señale la separación entre una forma dada de enfermedad mental y las demás formas. Además, en la enfermedad de un individuo cabe esperar la presencia de mezclas y alternancias de toda clase, La alternancia constatable en un individuo dado se da entre una manifestación psiconeurótica y una enfermedad de tipo más psicótico (por ejemplo, una neurosis obsesiva que se desglose en una fase de depresión agitada para luego recobrar su naturaleza de neurosis obsesiva, etc.). En efecto, las enfermedades mentales no son dolencias como la tisis, la fiebre reumática o el escorbuto, sino que constituyen patrones de compromiso entre el éxito y el fracaso en el estado del desarrollo emocional del individuo. Así, la salud es madurez emocional, de

acuerdo con la edad; mientras que la mala salud mental siempre lleva detrás un estancamiento del desarrollo emocional. La tendencia hacia la maduración persiste, y es la encargada de proveer el impulso hacia la curación, o hacia la autocuración si no se dispone de ayuda. Éste es el trasfondo del proceso cuya aparición es enteramente previsible cuando se provee un medio ambiente posibilitados que esté perfectamente ajustado a las necesidades inmediatas de la fase de maduración en que se halle la persona. Es aquí donde el asistente social interviene constructivamente; de hecho, él cuenta con un poder que no tiene el psicoanalista, por cuanto este último imita su labor a la interpretación de los elementos conscientes que van surgiendo en la neurosis de transferencia, peculiar del tratamiento de la psiconeurosis.

Me permitirán poner de relieve otra vez que las enfermedades mentales no son iguales que las físicas, sino que constituyen un compromiso entre la inmadurez del individuo y las reacciones sociales que se produzcan, tanto en sentido positivo como negativo. De esta forma, el cuadro clínico del enfermo mental varía según la actitud ambiental, incluso cuando la enfermedad del paciente permanezca inalterable en lo fundamental. Así, por ejemplo, había una niña de trece años que se moría en su casa, porque rechazaba los alimentos, pero se mostraba normal e incluso feliz en un medio ambiente distinto.

En un extremo de la balanza, más allá de la depresión esquizoide, se encuentra la esquizofrenia propiamente dicha. En este caso el acento recae sobre ciertos fallos de la construcción de la personalidad. Ya les daré una relación de dichos fallos, pero antes debo aclarar que clínicamente es posible el buen funcionamiento de determinada zona de la personalidad incluso en un caso esquizoide grave, factor que puede inducir a engaño si no se tiene en cuenta. Esta complicación la veremos más adelante, cuando tratemos del ser falso.

Para comprender las enfermedades tipo esquizofrenia es necesaria examinar los procesos de maduración conforme llevan consigo al niño en las fases precoces del desarrollo emocional. En tales momentos, en que son tantas las cosas que empiezan a desarrollarse y ninguna la que queda completa, las dos tendencias pueden denominarse con los términos maduración y dependencia. El medio ambiente es esencial, carácter que va perdiendo paulatinamente, de tal manera que cabría hablar de una dependencia doble que se transforma en dependencia sencilla.

El medio ambiente no hace que el niño crezca, ni siquiera determina la dirección del crecimiento. El medio ambiente, cuando es lo bastante «bueno», posibilita el proceso de maduración. Para ello la provisión ambiental se adapta, de forma sumamente sutil, a las necesidades cambiantes que van surgiendo de la maduración. Semejante adaptación sutil a las necesidades del momento sólo puede proporcionarla una persona; una persona que, además, no tenga de momento otra preocupación y que esté «identificada con el pequeño» en tal medida que las necesidades de éste sean presentadas y satisfechas, como si fuese mediante un proceso natural.

Dentro del medio ambiente posibilitados, el pequeño forcejea en pos de varias metas, tres de las cuales son las siguientes:

integración; personalización; relaciones objetales.

La integración no tarda en adquirir complejidad y en incluir el concepto de tiempo. El proceso contrario es el de la desintegración, siendo ésta la palabra utilizada para denominar un tipo de enfermedad mental: la desintegración de la personalidad. En un grado más leve, lo contrario de la integración es la escisión, siendo este rasgo, la escisión, lo que caracteriza a la esquizofrenia, de ahí su nombre.

«Personalización» es una palabra que puede emplearse para dar nombre a la consecución de una relación íntima entre la psique y el cuerpo. Freud dijo que el ego se halla construido esencialmente sobre la funcionalidad del cuerpo; en esencia, el ego es un ego corporal o ego-cuerpo (es decir, no es cosa del intelecto). En el presente contexto estamos contemplando la consecución, en cada individuo, del nexo entre la psique y el soma. A veces la enfermedad psicosomática es poco más que el fortalecimiento de este nexo psicosomático ante el peligro de que el mismo se quiebre. La rotura de este nexo produce diversos estados clínicos que reciben el nombre de «despersonalización. También aquí lo contrario del desarrollo que observamos en el niño dependiente lo constituye un estado que reconocemos como enfermedad mental: la despersonalización, o bien el trastorno psicosomático que la oculta.

Nos encontraremos con lo mismo si examinamos las relaciones objetales y la vida instintiva. El niño adquiere capacidad para relacionarse con un objeto y para unir la idea del objeto con la percepción de la persona global de la madre. Esta capacidad para la relación objetal se desarrolla exclusivamente a resultas de una adaptación materna que sea lo bastante «buena». La teoría correspondiente resulta compleja y he tratado de describirla en otra parte (Winnicott, 1951). Esta capacidad no puede desarrollarse partiendo solamente de los procesos de maduración; la «buena adaptación por parte de la madre es imprescindible, y debe durar a lo largo de un período lo suficientemente prolongado; asimismo, la capacidad para la relación objetal puede perderse, parcial o totalmente. Al principio la relación se establece con un objeto subjetivo. Hay un largo trecho entre este punto y el desarrollo, y consiguiente instauración, de la capacidad para relacionarse con un objeto percibido objetivamente y al que se permite una existencia aparte, es decir, ajena al control omnipotente del individuo.

El éxito en esta faceta del desarrollo se halla íntimamente ligado a la capacidad personal para sentirse real. Sin embargo, esto hay que coordinarlo con la idea de sentirse real en el mundo y de sentir que el mundo es real. Hay que reconocer que la persona real no puede lograr una sensación de realidad en el mundo que sea comparable con la que se da en el mundo absolutamente privado de la relación del esquizofrénico con objetos subjetivos. Para las personas normales, la aproximación a esta clase de sensación es posible únicamente en el campo cultural. Lo contrario de la tendencia madurativa hacia la relación objetal es la descomprensión y pérdida de contacto con la realidad (compartida). Volvemos a encontrarnos ante unas palabras que sirven para designar la enfermedad mental.

A todo esto se suma una categoría completa formada por la enfermedad, la paranoia y los elementos persecutorios susceptibles de complicar la depresión y que, cuando se hallan dentro de la personalidad, suscitan el estado de hipocondría. No podemos hacer aquí una descripción de la paranoia, dado que no constituye una enfermedad por sí misma, sino que se trata de una complicación bien de la depresión o de la esquizofrenia. En el último análisis, el origen de los elementos persecutorios que complican la enfermedad depresiva lleva al paciente y al analista al sadismo oral no aceptado por el individuo, así como a sus efectos en el concepto imaginario que del ser psicossomático tiene el paciente. Con todo, puede que exista un origen más profundo de la paranoia, que es susceptible de ir asociada a la integración y a la instauración de un ser unitario: Yo soy.

Aquí podríamos dar cabida al concepto del ser verdadero y del ser falso. Es esencial incluir tal concepto en el intento de comprensión del cuadro clínico engañoso que presenta la mayor parte de los casos de enfermedad tipo esquizofrenia. Lo que se nos presenta es un ser falso, adaptado a lo que se espera de los diversos estratos

del medio ambiente del individuo. En realidad, el ser sumiso o falso es una versión patológica de lo que, en la salud, llamamos «el aspecto cortés y socialmente adaptado de la personalidad sana». (En otro lugar [Winnicott, 1952] he escrito sobre el punto de origen del ser falso, relacionado con una adaptación que no es lo bastante «buena» en el proceso infantil de relación objetal.)

En la versión patológica de esto, el individuo termina por destruir el ser falso, tratando entonces de reafirmar su ser verdadero, si bien puede que esto no sea compatible con el hecho de vivir en el mundo, o con la vida. A menudo el colapso mental es un indicio de «salud» por cuanto implica que el individuo goza de capacidad para aprovechar el medio ambiente puesto a su alcance, con el fin de reinstaurar una existencia sobre una base que da la sensación de ser real. Naturalmente, esta estratagema dista mucho de salir bien en todas las ocasiones, y la sociedad se queda perpleja al ver cómo un ser sumiso, y tal vez valioso, destruye un buen porvenir al renunciar a toda una gama de ventajas evidentes en aras de otra ventaja oculta consistente en adquirir una sensación de realidad.

Queda por describir otro tipo de enfermedad: la psicopatía; para ello debemos examinar el crecimiento emocional del individuo en términos de dependencia.

Habrán observado que en mi forma de plantear estos temas no queda lugar para las enfermedades mentales que no guarden relación con la inmadurez del desarrollo, ligada probablemente con deformaciones debidas al intento hecho por el individuo para aprovechar el medio ambiente con vistas a la autocuración.

Atendiendo a la dependencia, cabe afirmar que, a fines de comparación, existen dos extremos y una zona intermedia. En un extremo, donde la dependencia es satisfecha adecuadamente, el niño logra establecer relaciones interpersonales entre personas completas y, además, es lo bastante sano o maduro como para

sufrir y tratar los conflictos que son personales y, propios de la realidad psíquica del individuo, o que se encuentran en el mundo interior de la persona. Aquí la enfermedad se denomina «psiconeurosis» y se mide por el grado de rigidez de las defensas personales organizadas. para contender con la angustia presente en el sueño personal.

En el otro extremo se halla la enfermedad mental hospitalizable: la psicosis. Etiológicamente, esta enfermedad está ligada con el fallo ambiental, es decir con el fallo del medio ambiente en su misión de posibilitar los procesos de maduración en la fase de doble dependencia. El término «doble dependencia» entraña que la provisión ambiental escapó por completo a la percepción y comprensión del niño. En este contexto al fallo en cuestión se le denomina «privación».

En la zona intermedia se encuentra el fallo o fracaso encima del éxito, fallo que, en el momento de producirse, fue percibido como tal por el niño. El niño contó con una provisión ambiental satisfactoria que luego cesó. La continuidad existencial propia del hecho de saber que existía tal provisión ambiental se vio substituida por una reacción ante el fallo del medio ambiente, y esta .reacción truncó el sentimiento de continuidad existencial. El nombre que se da a semejante estado de cosas es el pie pérdida.

Éste es el punto de origen de la tendencia antisocial, y es aquí donde empieza lo que se apodera del niño siempre que empieza a sentirse esperanzado y que, al mismo tiempo, impone una actividad antisocial hasta que alguien se da cuenta del fallo del medio ambiente y trata de corregirlo. El fallo se produjo realmente en la historia del niño, y también es cierto que hubo un desajuste significativa con respecto a las necesidades esenciales de éste. Irónicamente, al niño que se siente obligado a plantear repetidamente su reivindicación a la sociedad se le tacha de «mal ajustador».

Esta tendencia antisocial es, naturalmente, muy común en sus manifestaciones más leves, ya que en cierto modo los padres deben fracasar con frecuencia en la satisfacción de necesidades esenciales. Sin embargo, tales fallos leves de ajuste son corregidos por dos padres cuando el niño vive en familia. No obstante, los ejemplos más graves de decepción. (fallo del apoyo del ego) dan al niño una tendencia antisocial y llevan al trastorno de carácter y a la delincuencia. Cuando las defensas se han endurecido y el desengaño es total, el niño que se ha visto afectado de esta manera va en camino de convertirse en psicópata, especializado en la violencia o en el robo, cuando no en ambas cosas a la vez.

Asimismo, la habilidad necesaria para cometer el acto antisocial produce unos beneficios secundarios, con el resultado de que el niño pierde todo impulso de ser normal. Pero en muchos casos, de haber recurrido a un tratamiento en una fase precoz, antes de que los beneficios secundarios complicasen .las cosas, hubiese sido posible hallar en las manifestaciones de la tendencia antisocial una llamada de auxilio dirigida a la sociedad, pidiéndole que reconociese su deuda y reinstaurase un medio ambiente dentro del cual el acto impulsivo del niño sería otra vez aceptable y sin riesgos, como ya lo fuera antes de producirse el desajuste ambiental.

Una vez el campo de la psiquiatría ha quedado cubierto de esta forma psicológica, en términos del desarrollo emocional del individuo, puedo pasar de tratar la enfermedad mental atendiendo a la respuesta o reacción suscitada por la ayuda. Con todo, debemos reconocer que hay casos que escapan a todo intento de auxilio del exterior. Puede ser que nos esforcemos hasta la muerte por dar ayuda allí donde ninguna ayuda es posible. Aparte de esto, sé positivamente que los psiquiatras y los psicoanalistas : constantemente están remitiendo casos al cuidado del asistente social psiquiátrico sin otro motivo que su propia incapacidad para actuar en ellos. Yo lo hago, y me pregunte: ¿qué sentido hay en

ello?

Bien, a mi modo de ver, hay razones por las que la situación puede aceptarse tal como está. En primer lugar llamaría la atención sobre la exposición que del funcionamiento de la agencia hizo Clare Winnicott (1962). El hecho de que ustedes representen la Ley de Salud Mental, o el Ministerio del Interior, o bien la sincera preocupación que la sociedad siente por sus hijos desposeídos, los coloca verdaderamente en una situación singular que les brinda un campo de actividades especial, máxime en lo que se refiere a los enfermos mentales no psiconeuróticos y a los casos precoces que dan muestras de tendencias antisociales.

Lógicamente, su función puede contemplarse atendiendo a la faceta de los cuidados de la infancia, es decir, atendiendo al medio ambiente posibilitador, a la posibilitación de los procesos de maduración. La integración reviste una importancia vital en este aspecto, y la labor que ustedes llevan a cabo sirve en gran parte para contrarrestar las fuerzas desintegradoras que actúan sobre los individuos, las familias y grupos sociales concretos.

Yo considero que todo asistente social es un terapeuta, si bien no el tipo de terapeuta que se encarga de la interpretación correcta y oportuna que dilucida la neurosis de transferencia. Háganlo si les place, pero su función más importante es la terapia del tipo que constantemente practican los padres al corregir los fallos relativos de la provisión ambiental. ¿Qué es lo que hacen estos padres? Pues exageran algunas de sus funciones y las mantienen así durante un tiempo, de hecho hasta que el niño la haya agotado y pueda ser «dado de alta» del cuidado especial que se le ha estado ofreciendo. Los cuidados especiales se hacen fastidiosos cuando dejan de ser necesarios.

Imaginen, por ejemplo, que son ustedes una especie de cesto humano. Las personas a quienes ustedes atienden depositan en él

todas sus esperanzas y probabilidades. Para ellos esto representa un riesgo, por lo que ante todo tienen que someterlos a prueba para ver si son ustedes sensibles y dignos de confianza, o para ver si sabrán ustedes repetir las experiencias traumáticas que ellos vivieron en el pasado. En cierta sentido, son ustedes una sartén en la que la operación de freír se realiza hacia atrás, de tal manera que en realidad los huevos revueltos dejan de estar revueltos.

El cuidado de la infancia casi puede describirse en términos de sostenimiento, de un sostenimiento que empieza por ser algo inmensamente sencillo y que luego se va haciendo más y más complejo, sin que por ello deje de ser lo mismo: sostenimiento. Dicho de otro modo, la asistencia social se apoya en la provisión ambiental que hace posible el proceso de maduración del individuo. Se trata de algo que es a la vez sencillo y complejo, de una complejidad tan grande como la que la provisión ambiental adquiere rápidamente en el marco del cuidado de la infancia. Incluso es más complejo, ya que prolonga la provisión con el objeto de que cubra el cuidado de la familia y el cuidado de la pequeña unidad social. Su finalidad no es jamás la dirección de la vida o el desarrollo del individuo, sino que reside en hacer posibles las tendencias que funcionan dentro del individuo y que llevan a una evolución natural en base al crecimiento. Se trata de un crecimiento emocional que ha sido demorado y tal vez deformado, y, en condiciones apropiadas, las fuerzas que hubiesen conducido hasta él llevan ahora a desenmarañar el nudo.

Destacaremos una de las dificultades que ustedes se encuentran y la haremos objeto de especial consideración. Me refiero a los casos que caen clínicamente enfermos debido a que encuentran en ustedes y en su labor un medio ambiente que les inspira confianza y que, en lo que a ellos concierne, constituye prácticamente una invitación al colapso mental. En el campo de la delincuencia (la tendencia antisocial ligada a la pérdida) esto significa que al cobrar confianza en ustedes, el paciente se dedica al robo o a la

destrucción, aprovechando la capacidad de ustedes para actuar firmemente, con el apoyo de su agencia. En el campo de la locura lo que sucede es que el paciente hace uso de la provisión especial que ustedes aportan, con el fin de llegar a la desintegración, falta de control o dependencia que son propias del período de la infancia (regresión a la dependencia). Este paciente se vuelve loco.

Esto lleva consigo el germen de la curación. Se trata de un proceso de autocuración al que le es necesaria su ayuda y que, en algunos casos, da buenos resultados. Se trata de una relajación que solamente es posible en el marco que ustedes han demostrado ser capaces de aportar, dentro de su reducido campo profesional. A pesar de todo, puede que les sea difícil distinguir esto de los colapsos inevitables que sufrirán quienes no saben esperar la presencia de unas buenas condiciones y que simplemente no consiguen mantener la integración y el crecimiento emocional que ha alcanzado, o que parece que hayan alcanzado. Normalmente no resulta imposible hacer esta distinción.

Comprenderán ahora por qué empecé hablando de la psiconeurosis y del inconsciente reprimido. En general, la represión no se ve aliviada por la provisión ambiental, por muy hábil y constante que ésta sea. Para ello hace falta el psicoanalista.

Sin embargo, los trastornos de índole más psicótica o demencial se producen en relación con los fracasos de la provisión ambiental, siendo posible tratarlos, a veces con fortuna, mediante la aportación de una provisión ambiental nueva. En esto puede consistir su labor psiquiátrica de asistencia social. En el desempeño de su trabajo ustedes llevarán a cabo una serie de cosas que pueden describirse de la siguiente manera:

Se aplicarán a su misión.

Llegarán a conocer qué se siente al ser su paciente.

Se hacen dignos de su confianza en lo que respecta a la reducida esfera de su responsabilidad profesional.

Se comportarán profesionalmente.

Se ocuparán del problema de su paciente.

Aceptarán el papel de objeto subjetivo en la vida del paciente, al mismo tiempo que mantienen ambos pies firmemente en tierra.

Aceptarán el amor, e incluso el estado de enamoramiento sin arredrarse y sin interpretar (acting-out) su reacción.

Aceptarán el odio y responderán al mismo con firmeza más que con espíritu vengativo.

Tolerarán en su paciente la falta de lógica, de estabilidad, la suspicacia, la confusión, la debilidad, la mezquindad, etc. y considerarán que todas estas cosas desagradables son síntomas de aflicción. (En su vida privada estas mismas cosas los inducirían a mantener las distancias.)

No se asustarán, ni se dejarán dominar por sentimientos de culpabilidad, cuando su paciente se vuelva loco, se desintegre, salga corriendo a la calle en pijama, intente, y tal vez lo logre, suicidarse. Si los amenazan con el asesinato llamarán a la policía no sólo en ayuda de ustedes, sino también en la del paciente. En todos estos casos de emergencia sabrán reconocer la llamada de auxilio que les lanza el paciente, o su grito de desesperación ante la pérdida de la esperanza de ser ayudados.

En todos estos aspectos, y dentro de su reducida esfera profesional, ustedes son personas cuyos sentimientos se hallan

profundamente involucrados en el caso que les haya sido confiado, pero que al mismo tiempo se mantienen distanciadas por cuanto saben que no se les puede achacar la responsabilidad por la enfermedad del paciente, y porque saben también cuáles son los límites de su poder para alterar una situación crítica. Si logran que la situación no se descomponga, es posible que la crisis se resuelva por sí misma, y entonces será gracias a ustedes que se habrá logrado un resultado.

Biblioteca D. Winnicott

El enfermo mental entre los casos del asistente social

Conferencia pronunciada ante la Association of Social Workers, Londres, y publicada en New Thinking for Changing Needs, por la Association of Social Workers, 1963.

Desde principios de siglo han ido aumentando los intentos tendientes a rescatar a la psiquiatría del estancamiento. Los psiquiatras han realizado una gran tarea al cambiar el cuidado y el tratamiento de los enfermos mentales, abandonando las restricciones mecánicas a favor de un método humano y compasivo. Después llegó la aplicación a la psiquiatría de la psicología dinámica. Lo que les interesa a los psicoanalistas y a quienes trabajan sobre la base de la psicología dinámica es la psicología de la enfermedad mental; entre esas personas se cuentan muchos asistentes sociales. Mi tarea consistirá en establecer el vínculo entre la enfermedad mental y las etapas del desarrollo emocional individual, y lo haré aunque no estoy en condiciones de ofrecer pruebas positivas de los detalles de mi tesis.

En primer lugar, debo recordarles la clasificación psiquiátrica del trastorno mental. Abordaré de modo sumario los trastornos mentales causados por la anormalidad física del cerebro, que es el aparato electrónico del que depende el funcionamiento de la mente. Este aparato puede tener defectos diversos: hereditarios, congénitos, debidos a enfermedades infecciosas, a un tumor o a procesos degenerativos tales como la arterioesclerosis. También ciertos trastornos físicos generales afectan el aparato electrónico: por ejemplo, el mixedema y el desequilibrio hormonal asociado con la menopausia. Debemos hacer a un lado estas consideraciones, por importantes que sean, para pasar al ámbito del trastorno mental que estudia la psicología, la psicología dinámica: el de la inmadurez emocional.

También tendré que presuponer que ustedes conocen el efecto de la enfermedad física, y de la amenaza de enfermedad física, sobre los estados mentales. Sin duda, padecer un cáncer o una enfermedad cardíaca afecta la mentalidad de una persona. Aquí sólo nos interesa la psicología de esos efectos.

De modo que la clasificación comienza con las tres categorías siguientes:

- (a) Enfermedades del cerebro con un trastorno mental consiguiente.
- (b) Enfermedades del cuerpo que afectan las actitudes mentales.
- (c) Trastornos mentales propiamente dichos, es decir, trastornos que no dependen del cerebro ni de ninguna otra enfermedad física.

A partir de esto empezamos por dividir los desórdenes mentales en psiconeurosis y psicosis. No se precipiten a la conclusión de que las personas psiconeuróticas están necesariamente menos enfermas que las psicóticas. Aquí corresponde que examinemos la palabra "enfermo". Permítaseme utilizar la definición de mi extinto amigo John Rickman: "La enfermedad mental consiste en no encontrar a nadie que nos soporte". En otras palabras, el significado de la palabra "enfermo" incluye una cierta participación de la sociedad, y sin duda

resulta sumamente difícil convivir con algunas personas psiconeuróticas. Pero por lo general no puede obtenerse un certificado que lo atestigüe. Esto presenta una dificultad a la que me referiré más adelante.

La salud es madurez emocional, la madurez emocional del individuo. La psiconeurosis tiene que ver con el estado de la persona cuando era un niño en la edad del deambulador, con la provisión familiar positiva o negativa, con el modo como el período de latencia alivió o acentuó las tensiones y con el reordenamiento, en las diversas etapas de la adolescencia, de los cambios de los impulsos instintuales; también está relacionada con la nueva organización de las defensas contra la angustia, ya programadas en la niñez temprana del individuo.

El término psiconeurosis designa la enfermedad contraída en la etapa del complejo de Edipo, en el momento de la experiencia de relaciones entre tres personas totales. Los conflictos que surgen de esas relaciones conducen a medidas defensivas que, si se organizan en un estado relativamente rígido, merecen el título de psiconeurosis. Estas defensas han sido enumeradas y descritas claramente. Es obvio que el modo como se erigen y quedan fijadas depende, en alguna medida, de la historia del individuo antes de su llegada a la etapa de las relaciones triangulares entre personas totales.

Ahora bien, la psiconeurosis envuelve la represión y el inconsciente reprimido, que es un aspecto especial del inconsciente. Mientras el inconsciente en general alberga las zonas más ricas del self de la persona, el inconsciente reprimido es el arcón donde se guarda (a un alto costo en términos de economía mental) lo que es intolerable y el individuo no tiene capacidad para acoger como parte del self y de la experiencia personal. Al inconsciente propiamente dicho se puede llegar en los sueños; su aporte es fundamental en las experiencias más significativas de los individuos humanos. En contraste, no tenemos un libre uso del inconsciente reprimido, que aparece sólo como amenaza o como fuente de una formación reactiva (por ejemplo, un sentimentalismo que indica odio reprimido). Todo esto es la materia prima de la psicología dinámica. La represión es propia de la psiconeurosis, así como la escisión de la personalidad lo es de la psicosis.

La enfermedad psiconeurótica puede ser, por cierto, muy severa. Además, este tipo de enfermedad lleva al asistente social a pensar que él no puede hacer nada, porque el inconsciente reprimido es el territorio del psicoanalista. En contraste, como trataré de demostrar, los ámbitos de enfermedad denominados psicosis, o locura, ofrecen mayores perspectivas para el asistente social, debido en parte a que esos trastornos le prometen menos al psicoanalista, salvo en el caso de que en los momentos oportunos éste se salga de su rol y se convierta en asistente social. (Este tema irá desarrollándose gradualmente a medida que avancemos.)

Como he dicho, en la psiconeurosis una de las defensas tiene que ver con la regresión. Se encuentra que el enfermo se ha retirado de la sexualidad genital y de las relaciones triangulares entre personas totales y ha asumido ciertas posiciones propias de su vida anterior a la etapa de las posiciones heterosexuales y homosexuales en las cuestiones interpersonales. En alguna medida, los puntos de fijación -los puntos utilizados en estas defensas regresivas- dependen de las experiencias buenas y malas de las etapas evolutivas tempranas del individuo y, desde luego, de los buenos y malos factores ambientales propios de esas etapas.

La psicosis puede considerarse una enfermedad que tiene más que ver con las experiencias de las fases más tempranas que con las tensiones en el nivel de las relaciones interpersonales que originan las defensas regresivas. En el caso extremo, no ha habido ningún verdadero complejo de Edipo, porque el individuo quedó tan atrapado en una etapa anterior del desarrollo que las relaciones triangulares verdaderas y plenas nunca llegaron a hacerse realidad.

Por supuesto, encontrarán casos en los que puede demostrarse la existencia de una mezcla de normalidad en los términos del complejo de Edipo y psicosis en los términos de fijación a una fase del desarrollo emocional temprano. No obstante, no son estos casos mixtos los que tenemos que considerar ahora, cuando intentamos formular de manera simple una cuestión que es extremadamente compleja.

De modo que la psiconeurosis corresponde a las defensas organizadas en torno a las ansiedades y conflictos de

las personas relativamente normales, es decir, personas que han alcanzado la etapa del complejo de Edipo. En un tratamiento psicoanalítico, el analista hace posible la reducción de la cantidad de represión; al final de ese tratamiento las relaciones interpersonales llegan a una expresión y experiencia más completa, y disminuye la componente pregenital de la sexualidad.

Todas las otras enfermedades mentales (es decir, las que no son psiconeurosis) corresponden a la construcción de la personalidad en la niñez y la infancia más tempranas, junto con una provisión ambiental que falla o no tiene éxito en su función de facilitar los procesos madurativos del niño. En otras palabras, la enfermedad mental que no es psiconeurosis tiene importancia para el asistente social porque no concierne tanto a las defensas organizadas del individuo como al fracaso de éste en lograr la fuerza yoica o la integración de la personalidad que hacen posible la formación de defensas.

Ahora puedo volver a la clasificación de los tipos psiquiátricos con más suerte, porque creo haberles transmitido la idea de que la locura es el territorio de ustedes, así como la psiconeurosis es el territorio del analista freudiano ortodoxo. Además, la locura está relacionada con la vida común. En la locura, en lugar de represión encontramos invertidos los procesos del establecimiento de la personalidad y la autodiferenciación. Esta es la materia prima de la locura, y esto es lo que trato primordialmente de describir. Las fallas en los procesos de la maduración (en sí mismos una cuestión de herencia) aparecen a menudo asociadas con factores hereditarios patológicos, pero lo importante es que esas fallas están mucho más relacionadas con fallas del ambiente facilitador. Se verá que es en este punto donde interviene el asistente social, puesto que el factor ambiental tiene una significación específica en la etiología de la locura. El supuesto básico es que el cuidado del infante y del niño no posibilitaron el libre despliegue de la salud mental del individuo, y ambas etapas del cuidado reaparecen en el trabajo del asistente social. En la psicoterapia de la psiconeurosis, que es esencialmente un trastorno de conflicto interior (es decir, un conflicto dentro del self intacto, integrado, personalizado y relacionado con su objeto), esos fenómenos que derivan del cuidado del infante y el niño aparecen en lo que se denomina la "neurosis de transferencia".

Volvamos entonces a mi intento de reunir en la clasificación psiquiátrica todas las enfermedades que no son psiconeurosis. Desde el punto de vista de mi presentación, sería más sencillo ubicar en los extremos a la psiconeurosis y la esquizofrenia. Pero no puedo hacerlo, debido a los trastornos afectivos. Entre la psiconeurosis y la esquizofrenia se extiende todo el territorio abarcado por la palabra "depresión". Cuando digo "entre", en realidad quiero significar que en la etiología de estos desórdenes el punto de origen de la depresión cae entre los puntos de origen de la psiconeurosis y la esquizofrenia. También me refiero a que existe un alto grado de superposición, que no hay distinciones nítidas y que se falsean los hechos al rotular los trastornos psiquiátricos como si se tratara de los síndromes de la clasificación de la medicina clínica. (Por supuesto, en este caso excluyo las enfermedades del cerebro, que son en realidad enfermedades físicas con efectos psicológicos secundarios.)

El concepto de depresión abarca un espectro muy amplio del trastorno mental. Los desarrollos psicoanalíticos han dilucidado gran parte de la psicología de la enfermedad depresiva y también la han relacionado con algo que es esencialmente sano, a saber, la capacidad para el duelo y la capacidad para sentirse preocupado por el otro. Por lo tanto, las depresiones oscilan entre lo casi normal y lo casi psicótico. En el extremo normal del espectro de las depresiones están las enfermedades depresivas que implican madurez en el individuo y un cierto grado de integración del self. En este caso, como en la psiconeurosis, se necesita más bien del psicoanalista y no del asistente social, pero hay algo que puede tener suma importancia para el asistente social: la tendencia de la depresión a disiparse. Sin realizar en absoluto psicoterapia, el asistente social puede hacer mucho, permitiendo sencillamente que la depresión siga su curso. Lo que se necesita es una evaluación del individuo como alguien cuya historia pasada prueba que la integración de su personalidad tolera la tensión de la enfermedad depresiva en la cual se elabora cierto tipo de conflicto; en términos generales, el conflicto de la depresión tiene que ver con la tarea personal de asimilar la propia agresión y los propios impulsos destructivos. Cuando un ser querido muere, el proceso de duelo acompaña la reelaboración dentro del individuo del sentimiento de responsabilidad personal por esa muerte, a causa de las ideas e impulsos destructivos que coexisten con el amor. En este extremo de la escala, la depresión se constituye en concordancia con esta pauta,

que es más obvia en el duelo; la diferencia reside en que en la depresión hay un grado más alto de represión y el proceso se produce en un nivel más inconsciente (en el sentido de que está reprimido).

Desde el punto de vista del psicoanalista, la psicoterapia de este tipo de depresión se asemeja a la psicoterapia de la psiconeurosis, salvo en que en la transferencia la dinámica más poderosa corresponde a la relación bicorporal basada en lo que originalmente fueron infante y madre. La parte importante de la terapia del analista en el tratamiento de la depresión reside en que él sobrevive durante un período en el cual las ideas destructivas dominan la escena, y también en este caso el asistente social que atiende a una persona deprimida mientras dura su trastorno realiza terapia por el simple hecho de continuar existiendo en persona, de sobrevivir.

En conjunción con la enfermedad depresiva de este tipo reactivo está todo lo asociado con la disminución de las oportunidades de construir y realizar aportes creativos, en virtud de la menopausia u otras razones.

En el otro extremo de este agrupamiento de las depresiones se encuentra la depresión psicótica, en la cual aparecen asociados rasgos que la vinculan con la esquizofrenia. Puede haber algún grado de despersonalización o de sentimientos de irrealidad. Esta depresión también está asociada con una pérdida, pero esa pérdida es de un tipo más oscuro que en el caso de la depresión reactiva y deriva de un momento anterior del desarrollo del individuo. Por ejemplo, podrían haberse perdido ciertos aspectos de la boca, que desde el punto de vista del infante desaparecen con la madre y el pecho cuando se produce una separación antes de que el infante haya alcanzado una etapa del desarrollo emocional que lo provea de los recursos para encarar esa pérdida. Unos meses más tarde, la pérdida de la madre habría sido una pérdida del objeto sin ese elemento añadido de pérdida de parte del sujeto.

Por lo tanto, es necesario categorizar dos formas de depresión: la depresión reactiva y la depresión esquizoide. En los casos extremos de esta última, el cuadro clínico se asemeja al de la esquizofrenia, y realmente puede no haber ninguna línea clara de demarcación entre cualquier forma de enfermedad mental y las otras. En la enfermedad de un individuo hay que esperar cualquier tipo de mezcla y alternancia. Las alternancias individuales oscilan entre una manifestación psiconeurótica y una enfermedad más psicótica (por ejemplo, una neurosis obsesiva se convierte en una fase de depresión agitada y vuelve a ser neurosis obsesiva, etcétera). Las enfermedades mentales no son como la tisis, la fiebre reumática o el escorbuto. Constituyen pautas de transacción entre el éxito y el fracaso en el estado de desarrollo emocional del individuo. De modo que la salud es madurez emocional, madurez para la edad; la mala salud mental siempre tiene detrás una detención del desarrollo emocional. La tendencia a la maduración subsiste, y proporciona el impulso hacia la curación, y hacia la autocuración cuando no se cuenta con ninguna ayuda. Esto es lo que hay detrás del proceso que puede confiarse que se producirá si se proporciona un ambiente facilitador, perfectamente adaptado a las necesidades inmediatas de la etapa madurativa de la persona. En este punto el asistente social participa de un modo constructivo y realmente dispone de un poder con el que no cuenta el psicoanalista, en cuanto este último limita su trabajo a interpretar los elementos conscientes que surgen en la neurosis de transferencia, apropiada en el tratamiento de la psiconeurosis.

Permítaseme subrayar que las enfermedades mentales no son enfermedades físicas. Constituyen transacciones entre la inmadurez del individuo y las reacciones sociales reales, tanto las que ayudan como las vindicativas. De este modo, el cuadro clínico de la persona con una enfermedad mental varía según la actitud del ambiente, aunque la enfermedad sea fundamentalmente constante; por ejemplo, una niña de 13 años se moría en su casa por rechazar la comida, pero era normal e incluso feliz en un ambiente alternativo.

En el extremo de la escala, más allá de la depresión esquizoide está la esquizofrenia propiamente dicha. En ella el acento cae en ciertas fallas de la construcción de la personalidad. Las enumeramos, pero primero debe quedar claro que incluso en un caso esquizoide severo puede haber una zona de la personalidad que funcione normalmente y engañe al incauto. Nos referiremos más adelante a esta complicación, que denominamos "self falso".

Para comprender la enfermedad del tipo de la esquizofrenia es necesario examinar los procesos de la

maduración que encauzan al infante y al niño pequeño en las etapas tempranas del desarrollo emocional. En esos momentos en los que se inician tantos desarrollos y ninguno se completa, las dos tendencias activas pueden caracterizarse con las palabras "maduración" y "dependencia". Al principio el ambiente es esencial, y poco a poco va siéndolo menos, de modo que podemos hablar de una dependencia doble que va transformándose en dependencia simple.

No es el ambiente el que hace que el infante crezca, ni determina la dirección del crecimiento. El ambiente, cuando es suficientemente bueno, facilita el proceso de la maduración. Para que esto ocurra, la provisión ambiental debe adaptarse de un modo extremadamente sutil a las necesidades cambiantes de la maduración. Esa adaptación sutil a la necesidad cambiante sólo está al alcance de una persona que por el momento no tenga ninguna otra preocupación y se "identifique con el infante" de modo tal que sienta y satisfaga sus necesidades como en virtud de un proceso natural.

En un ambiente facilitador, la persona del infante se esfuerza por llegar a diversos escalones, tres de los cuales pueden denominarse integración, personalización, relación objetal.

La integración se vuelve rápidamente compleja y pronto incluye el concepto de tiempo. El proceso inverso es el de la desintegración, y ésta es una palabra que también describe un tipo de enfermedad mental: la desintegración de la personalidad. En menor grado, lo inverso de la integración es la escisión, y éste es un rasgo que caracteriza la esquizofrenia -de allí proviene el nombre-.

La palabra "personalización" puede utilizarse para designar el logro de una relación estrecha entre la psique y el cuerpo. Freud decía que el yo se erige esencialmente sobre una base de funcionamiento corporal; el yo es esencialmente un yo corporal (es decir, no una cuestión del intelecto). En este contexto consideramos el logro en cada persona del vínculo entre psique y soma. La enfermedad psicósomática es a veces poco más que un acento puesto en este vínculo psicósomático frente al peligro de una ruptura de la relación; la ruptura del vínculo resulta en diversos estados clínicos que reciben el nombre de "despersonalización". También en este caso, lo inverso del desarrollo que se ve en el infante dependiente es un estado que reconocemos como enfermedad mental, es decir, como despersonalización, o bien como un trastorno psicósomático que la oculta.

Lo mismo encontraremos al examinar la relación objetal y la vida instintual. El infante se vuelve capaz de relacionarse con un objeto y de unir la idea del objeto con una percepción de la persona total de la madre. Esta capacidad para relacionarse con un objeto sólo se desarrolla como resultado de una adaptación materna suficientemente buena; la teoría de este fenómeno es compleja y he intentado describirla en otra parte (Winnicott, 1951). Esta capacidad no puede desarrollarse exclusivamente en virtud del proceso de la maduración; es esencial la adaptación suficientemente buena de la madre, que debe durar un período lo suficientemente prolongado; además, la capacidad para relacionarse con objetos se puede perder, en todo o en parte. Al principio, la relación se establece con un objeto subjetivo, y hay un largo camino desde ese punto hasta el desarrollo y establecimiento de la capacidad para relacionarse con un objeto percibido objetivamente y al que se le permite una existencia separada, una existencia exterior al control omnipotente del individuo.

El éxito en este campo del desarrollo está estrechamente vinculado a la capacidad de la persona para sentirse real; no obstante, esto debe armonizarse con la idea de sentirse real en el mundo, y de sentir que el mundo es real. Hay que reconocer que la persona normal no puede lograr un sentimiento de realidad en el mundo comparable con el sentimiento de realidad que tiene el esquizofrénico en el mundo absolutamente privado de la relación esquizofrénica con los objetos subjetivos. Una persona normal sólo puede acercarse a este tipo de sentimiento en el campo cultural. Lo opuesto a la tendencia madurativa hacia la relación objetal es la desrealización y pérdida de contacto con la realidad (compartida), y éstas son también palabras que describen la enfermedad mental.

A esto se suma una categoría nosológica completa: la paranoia y los elementos persecutorios que pueden complicar la depresión, y que, cuando son contenidos dentro de la personalidad, generan el estado de hipocondría. Aquí no podemos describirla, porque la paranoia no es una enfermedad en sí, sino una

complicación de la depresión o la esquizofrenia. El último análisis, el origen de los elementos persecutorios que complican la enfermedad depresiva, conduce al paciente y al analista al sadismo oral no aceptado por el individuo, junto con sus resultados en el concepto imaginario que tiene el paciente del self psicósomático. Pero puede haber un origen más profundo de la paranoia, quizás asociado con la integración y el establecimiento de un self unitario: el "yo soy".

Aquí podríamos introducir el concepto de self verdadero y falso. Hacerlo es esencial para comprender el cuadro clínico engañoso que se presenta en la mayoría de los casos de enfermedad de tipo esquizofrénico. Lo que aparece es un self falso, adaptado a las expectativas de diversas capas del ambiente del individuo. En efecto, el self falso o aquiescente es una versión patológica de lo que en la salud se llama el aspecto bien educado, socialmente adaptado, de la personalidad sana. En otra parte (Winnicott, 1952) me he referido al punto de origen del self falso en relación con una adaptación no suficientemente buena en el proceso de la relación objeto del infante.

En la forma patológica del fenómeno, el individuo finalmente destruye al self falso, e intenta reafirmar un self verdadero, aunque ello no sea compatible con el vivir en el mundo o con la vida. Un derrumbe mental es a menudo un signo "sano" en cuanto supone en el individuo la capacidad para usar un ambiente que se ha vuelto inaccesible a fin de restablecer una existencia sobre una base que se sienta real. Naturalmente, ese recurso no siempre implica que se tenga éxito, y para la sociedad es muy desconcertante ver que un self falso aquiescente y quizá valioso destruye sus buenas perspectivas, renunciando a todas sus ventajas obvias simplemente a favor de la ventaja oculta de lograr un sentimiento de realidad.

Debemos describir otro tipo de enfermedad, la psicopatía. Para hacerlo es necesario pasar a otro carril y examinar el crecimiento emocional del individuo en términos de dependencia.

Se observará que en mi modo de plantear la cuestión no cabe ninguna enfermedad mental no relacionada con una inmadurez en el desarrollo, quizá con distorsiones debidas al intento de servirse del ambiente a los fines de la autocuración.

En los términos de la dependencia, y a los fines de la comparación, puede decirse que hay dos extremos y una zona intermedia. En un extremo, en el que la dependencia es satisfecha adecuadamente, el niño logra relaciones interpersonales entre personas totales, y es lo bastante sano o maduro para soportar y abordar los conflictos personales y propios de su realidad psíquica, o pertenecientes a su mundo interior. En este caso la enfermedad se denomina psiconeurosis, y se mide por el grado de rigidez de las defensas personales organizadas para tratar con la ansiedad en el sueño personal.

En el otro extremo está la enfermedad mental psiquiátrica, la psicosis, etiológicamente vinculada con la falla ambiental que no facilitó los procesos de la maduración en la etapa de la dependencia doble. La expresión "dependencia doble" implica que la provisión esencial estaba completamente fuera de la percepción y comprensión del infante en aquel momento. Esta falla se denomina "privación".

En la zona intermedia está la falla que sigue al éxito, una falla del ambiente percibida como tal por el niño en el momento en que se produjo. Ese niño tuvo una provisión ambiental suficientemente buena, y después se interrumpió. El seguir viviendo que acompañaba al dar por sentado un ambiente suficientemente bueno fue reemplazado por una reacción al fracaso ambiental, y esa reacción quebró la sensación de seguir-viviendo. A este estado de cosas se lo denomina "deprivación".

Este es el punto de origen de la tendencia antisocial, y allí se inicia lo que embarga al niño siempre que se siente esperanzado, y lo fuerza a una actividad antisocial hasta que alguien reconoce e intenta corregir el fracaso del ambiente. En la historia del niño realmente se produjo una falla, y hubo realmente una inadaptación significativa a sus necesidades esenciales. Paradójicamente, el niño que se siente compelido a formular e insistir en este reclamo a la sociedad, es denominado "inadaptado".

Por supuesto, esta tendencia antisocial es muy común en sus manifestaciones menores, puesto que en alguna medida los progenitores a menudo fallan en satisfacer incluso necesidades esenciales. Pero esas fallas menores de la adaptación son corregidas por los mismos padres mientras el niño lleva una vida de hogar en el seno de la familia. No obstante, los ejemplos más serios de abandono del niño (falla del yo auxiliar) generan tendencia antisocial y conducen al trastorno del carácter y la delincuencia. Cuando las defensas se han endurecido y la desilusión es completa, el niño afectado está destinado a ser un psicópata que se especializa en la violencia, en el robo o en las dos cosas; la habilidad puesta en juego en el acto antisocial proporciona beneficios secundarios, con el resultado de que el niño pierde el impulso a convertirse en normal. Pero en muchos casos, de haberse proporcionado tratamiento en una etapa temprana, antes de que los beneficios secundarios complicaran la cuestión, habría sido posible encontrar en la manifestación de la tendencia antisocial un S.O.S. dirigido a la sociedad, para que se reconociera la deuda y se restableciera un ambiente en el que la acción impulsiva del niño fuera de nuevo segura y aceptable, como lo había sido antes de la inadaptación ambiental.

Después de haber cubierto el campo de la psiquiatría, de este modo psicológico, en los términos del desarrollo emocional del individuo, me resulta posible pasar a una descripción de la enfermedad mental en los términos de la respuesta a la ayuda. Tenemos que reconocer que hay casos sin remedio. Podríamos llegar a morir, en nuestro esfuerzo por ayudar cuando la ayuda es imposible. Aparte de esto, sé que los psiquiatras y psicoanalistas derivan casos al asistente social psiquiátrico, sin ninguna razón mejor que la de que ellos mismos no pueden hacer nada. Yo mismo realizo estas derivaciones. ¿Qué sentido tienen?

Bien, a mi juicio hay razones por las que podría aceptarse la situación tal como es. En primer lugar, llamaría la atención sobre lo que ha dicho Clare Winnicott (1962) respecto de la función de institución u organismo social. Por ejemplo, el hecho de que ustedes representen a la ley de salud mental, al Ministerio del Interior o a la auténtica preocupación de la sociedad por sus niños deprivados, realmente los coloca en una posición que es única en cada caso. Esto determina lo que ustedes se proponen específicamente, sobre todo con respecto a los enfermos mentales que no son psiconeuróticos, y también en relación con los casos precoces que despliegan una tendencia antisocial.

Su función puede ser descripta lógicamente en términos de cuidado del infante, es decir, en los términos del ambiente facilitador, de la facilitación de los procesos madurativos. En relación con esto, la integración es vitalmente importante, y el trabajo de ustedes en gran medida contrarresta las fuerzas desintegradoras en los individuos, en las familias y en grupos sociales localizados.

Pienso que cada asistente social es un terapeuta, pero no el tipo de terapeuta que realiza la interpretación correcta y oportuna capaz de dilucidar la neurosis de transferencia.

Hagan esto si les agrada, pero su función más importante es una terapia del tipo de la que siempre realizan los progenitores al corregir las fallas relativas de la provisión ambiental. ¿Qué hacen tales padres? Exageran alguna función parental durante cierto tiempo, hasta que el niño haya sacado de ella todo el partido posible y ya no sea necesario proporcionarle un cuidado especial. Una vez que la necesidad ha pasado, el cuidado especial se vuelve fastidioso.

Por ejemplo, piensen que la asistencia social individualizada proporciona una cesta humana. Los clientes ponen todos sus huevos en esa cesta que son ustedes (y su institución). Asumen un riesgo, y primero deben ponerlos a prueba para ver si son sensibles y confiables, o existe el peligro de que se repitan las experiencias traumáticas de su pasado. En cierto sentido ustedes son una sartén que fríe los huevos al revés, que los "desfríe", con lo cual los huevos fritos vuelven a convertirse en huevos frescos.

Casi siempre el cuidado del infante puede describirse como sostén, un sostén que empieza siendo inmensamente simple y que sin cesar va volviéndose extremadamente complejo, pero sin dejar de ser lo mismo, un sostén. En otras palabras, la asistencia social se basa en la provisión ambiental que facilita los procesos madurativos del individuo. Es simple y al mismo tiempo tan compleja como rápidamente llega a serlo la provisión ambiental en el cuidado del infante y el niño. Es incluso más compleja, porque amplía esa

provisión para abarcar el cuidado de la familia y de la pequeña unidad social. Siempre tiene como meta no dirigir la vida o el desarrollo del individuo, sino hacer posible que las tendencias que operan en él lo conduzcan a una evolución natural basada en el crecimiento. Se trata de un crecimiento emocional demorado y quizá distorsionado; en condiciones adecuadas, las mismas fuerzas que habrían llevado al crecimiento conducen a desenredar el nudo.

Una de las dificultades que ustedes encuentran puede singularizarse para hacerla objeto de una consideración especial. Me refiero a los clientes que enferman clínicamente porque encuentran en ustedes y en el cuidado que ustedes brindan el ambiente confiable que a ellos prácticamente los invita a un derrumbe mental. En el ámbito de la delincuencia (tendencia antisocial relacionada con la deprivación), esto significa que cuando el paciente adquiere confianza en ustedes aparece el robo o la destrucción que utiliza la capacidad del asistente para actuar con firmeza, respaldado por su institución. En el ámbito de la locura, lo que sucede es que el cliente utiliza la provisión especial que ustedes le brindan para volverse desintegrado, descontrolado o dependiente como en la infancia (regresión a la dependencia). El cliente se vuelve loco.

Esto lleva en sí el germen de la curación. Es un proceso de autocuración que necesita de la ayuda de ustedes, y en algunos casos da resultado. Se trata de una relajación sólo posible en el escenario que ustedes han demostrado ser capaces de proporcionar, en un ámbito profesional limitado. A pesar de todo, quizá les resulte difícil distinguir esto de los derrumbes inevitables de quienes no pueden aguardar buenas condiciones y simplemente fracasan en el mantenimiento de la integración y el crecimiento emocional que ha logrado en realidad o sólo en apariencia. Por lo general no es imposible trazar esta distinción.

Ven ahora por qué comencé hablando de la psiconeurosis y del inconsciente reprimido. En general, la provisión ambiental, por hábil y constante que sea, no alivia la represión. La represión exige psicoanálisis.

Pero los trastornos más psicóticos se generan en relación con fallas de la provisión ambiental, y pueden ser tratados, a veces con éxito, mediante una provisión ambiental nueva, que es lo que está en condiciones de brindar la asistencia social psiquiátrica individualizada. Lo que ustedes proveen en su trabajo puede describirse como sigue:

Se aplican al caso.

Llegan a saber cómo se siente uno siendo el cliente.

Se vuelven confiables en el campo limitado de su responsabilidad profesional.

Se comportan profesionalmente.

Se preocupan por el problema del cliente.

Aceptan la posición de objeto subjetivo en la vida del cliente, mientras mantienen los pies sobre la tierra.

Aceptan el amor, e incluso el estado de enamoramiento, sin vacilar y sin realizar un acting-out de su respuesta.

Aceptan el odio y lo enfrentan con fuerza, no con venganza.

Toleran la falta de lógica, la inconfiabilidad, la desconfianza, la confusión, la debilidad, la mezquindad, etcétera, del cliente, y reconocen todas esas cosas desagradables como síntomas de malestar. (En la vida privada, esas mismas características los harían mantenerse a distancia.)

No se asustan ni los abruman los sentimientos de culpa cuando el cliente enloquece, se desintegra, corre por la calle en pijama, intenta suicidarse y quizá lo logra. Si corren el riesgo de ser asesinados, le piden ayuda a la policía, no sólo para ustedes mismos, sino también para el cliente. En todas estas emergencias reconocen el pedido de ayuda del cliente, un grito de desesperación que lanza cuando pierde la esperanza de obtener esa

ayuda.

En todos estos aspectos, ustedes, en su ámbito profesional limitado, son personas que sienten en profundidad, pero manteniendo al mismo tiempo la distancia de saber que no tienen ninguna responsabilidad por la enfermedad del cliente; conocen los límites de su poder para modificar una situación de crisis. Si logran que la situación no estalle existe la posibilidad de que la crisis se resuelva por sí misma, y entonces será gracias a ustedes que se haya logrado un resultado.

.

.

.



Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

Psiconeurosis en la niñez, 1961

Trabajo presentado en el Congreso Ortopsiquiátrico de Escandinavia, Helsinki, 8 de setiembre de 1961.

Originalmente anuncié que el título de mi trabajo sería "El niño neurótico". Pensamos, sin embargo, que estas palabras (al menos en la lengua inglesa) son una expresión popular pero no una terminología diagnóstica. En verdad, con frecuencia se comprueba en el tratamiento analítico que los denominados "niños neuróticos" son en parte psicóticos. Hay un elemento psicótico oculto en el niño neurótico, y puede ser indispensable alcanzar y tratar dicho elemento psicótico si se quiere corregir el estado clínico del niño.

Para que mi tarea fuese un poco más sencilla, decidimos modificar el título de la charla y optar por "Psiconeurosis en la niñez". De

manera, entonces, que trataré de formular para ustedes algo que es distinto de la psicosis. No obstante, queda en pie una dificultad, y es que hay dos modos posibles de abordar la cuestión incluso con este título simplificado. ¿Hablaré sobre los orígenes de la psiconeurosis, orígenes que siempre se encuentran en la niñez del individuo sometido a estudio, o sobre el estado clínico de los niños que en sí mismos, en ese momento, durante su niñez, son psiconeuróticos? Creo que no tengo que ser demasiado meticuloso en lo que respecta a este dilema.

Voy a describir, pues, la psiconeurosis, y a diferenciarla de otros estados psiquiátricos. Por supuesto, en psiquiatría no existen claras fronteras entre los distintos estados clínicos, pero si queremos llegar a alguna parte necesitamos simular que existen. La alternativa principal frente a la psiconeurosis es la psicosis. Digamos que en la psicosis hay un trastorno que afecta la estructura de la personalidad. Puede mostrarse que el paciente está desintegrado o irreal, o desconectado de su propio cuerpo o de lo que los observadores llamamos "realidad externa". Las perturbaciones psicóticas pertenecen a este orden. Por contraste con ellas, en la psiconeurosis el paciente existe como persona, es una persona total que reconoce objetos totales, está bien alojada dentro de su propio cuerpo y tiene bien establecida la capacidad para las relaciones objetales. Pero aun hallándose en esta ventajosa situación, el individuo se halla en dificultades, y estas dificultades surgen de los conflictos resultantes de su experiencia de relaciones objetales. Naturalmente, los conflictos más graves son los vinculados con la vida instintiva, vale decir; con las diversas excitaciones y concomitantes corporales que tienen como fuente la capacidad (general y local) de excitación del cuerpo.

Tenemos, por lo tanto, dos series de niños, aquellos cuyos primeros estadios de desarrollo fueron satisfactorios y han padecido perturbaciones que llamamos psiconeuróticas, y aquellos otros cuyos primeras estadios de desarrollo fueron incompletos, y

esa incompletud domina el cuadro clínico. Así que la que ocurre con la psiconeurosis es que se trata de un trastorno de los niños suficientemente sanos como para no volverse psicóticos.

Desde luego, esta división de los estadios clínicos en dos categorías es demasiado simple. Hay tres complicaciones que debo mencionar si ustedes han de quedar satisfechos con mi exposición.

1. En algún punto entre la psicosis y la psiconeurosis está la depresión. En la depresión, la estructura de la personalidad se encuentra relativamente bien establecida. Podemos abordar esta complicación diciendo que hay depresiones más bien psicóticas, en las que forman parte del cuadro ciertos estados como los de despersonalización, y otras depresiones que son, a los fines prácticos, psiconeurosis. En cualquiera de los dos casos, el paciente se ve en aprietos en lo tocante a los impulsos e ideas destructivos conectados a la experiencia de las relaciones objetales. Me refiero a la experiencia de relaciones objetales en las que se producen excitaciones, o sea, aquellas más vitales e intensas que los sentimientos que pueden describirse como tiernos, y en las que se incluye el clímax u orgasmo.

2. La segunda complicación proviene de que en algunos pacientes hay una expectativa persecutoria, que puede datar incluso de la primerísima infancia.

3. La tercera complicación tiene que ver con el estado al que a veces se denomina "psicopatía". Quiero decir que los niños con una tendencia antisocial merecen una clasificación propia, ya que pueden ser en esencia normales, o psiconeuróticos, o depresivos, o psicóticos. Lo cierto es que su sintomatología debe considerarse en función de su capacidad de causar fastidio. La tendencia antisocial representa el S.O.S. o cri de cceur del niño que, en una u otra etapa,

ha sido deprivado del suministro ambiental correspondiente a la edad en que no le fue brindado. Esa deprivación alteró la vida del niño causándole una congoja intolerable, y tiene razón en clamar por que se reconozca el hecho de que "las cosas iban bien, y luego empezaron a dejar de ir bien" para él, y que esto constituye un factor externo, ajeno al control del niño.

Un niño así se empeñará en retornar, a través de la deprivación y de esa congoja intolerable, al estado preexistente a la deprivación, cuando las cosas no iban tan mal paró él. No podemos clasificar este estado -que puede conducir a la delincuencia o a la reincidencia en el delito- junto con los demás que hemos rotulado psicosis, depresión y psiconeurosis.

Confío en que coincidirán conmigo en que ante todo yo debía trazar este mapa psiquiátrico, para luego proceder a enunciar mi tesis de que la psiconeurosis es un estado de los niños (o adultos) que han alcanzado, en su desarrollo emocional, una relativa salud mental. El individuo ha sido criado a lo largo de las primeras etapas que corresponden a la dependencia extrema, y ha atravesado las otras, algo posteriores, en que la deprivación provoca traumas, y ahora está en condiciones de tener sus propias dificultades. Estas dificultades son en esencia propias de la vida y de las relaciones interpersonales, y en general la gente no se lamenta de ellas porque constituyen sus dificultades propias, vale decir, no son el resultado de fallas ambientales o de la negligencia.

Así concebida, la psiconeurosis cobra forma y puede describírsela con bastante claridad. Yo diría que Anna Freud brinda un buen cuadro en *The Ego and the Mechanisms of Defence* (1); libro que probablemente todos ustedes conozcan.

Tal vez se pregunten en qué edades estoy pensando cuando hablo de los orígenes de la psicosis y de la psiconeurosis. Respecto a la

psicosis, pienso en la primerísima infancia como etapa de extremada dependencia, cuando apenas tiene sentido en psicología hablar de un bebé,- pues la presencia y actitud de la madre forman parte viva de lo que podría denominarse el "bebé potencial" en proceso de convertirse en bebé. Al referirme a los orígenes de las angustias depresivas, pienso en la etapa posterior de la infancia, cuando la dependencia se vuelve menos grave. Al referirme a la edad en que la depravación lleva al establecimiento de la tendencia antisocial pienso aproximadamente en el período que va de los 10 meses a los 2-3 años, y en esto coincido con John Bowlby, cuya obra todos ustedes conocen.. Luego, cuando llego al punto en que aparece, la psiconeurosis, me refiero a la edad del deambulador (2), a la época en que el pequeño avanza a toda máquina dentro de la familia en dirección al complejo de Edipo -siempre y cuando sea lo bastante sano cómo para llegar a él-.

Pero no quiero que ustedes me hagan aferrarme demasiado rigurosamente a estas edades. Estamos hablando de etapas, más bien que de edades. Las etapas de la infancia y la dependencia reaparecen luego, y lo mismo ocurre con todas las etapas posteriores; de modo tal que no existe una edad que se corresponda exactamente con una etapa, y en la pubertad es mucho lo que tiene que volver a ponerse sobre el tapete si el niño o niña ha de llevar adelante su temprano desarrollo hasta llegar a la vida adulta.

Estamos, pues, en los 3-4-5 años de edad. El varoncito o la niña se ha desarrollado bien, en sus juegos y sueños es capaz de identificarse con cualquiera de sus progenitores, y junto al juego. o al sueño está la vida de los instintos y las excitaciones corporales. Damos por sentada una evolución satisfactoria del uso de símbolos. Gran parte de la vida del niño permanece inconsciente, pero en tanto el niño se vuelve más y más autoconsciente, en esa misma medida la diferencia entre lo consciente y lo inconsciente se torna más neta. La vida inconsciente, o la realidad psíquica del

niño, se manifiesta principalmente mediante la representación simbólica.

Tenemos que hacer ahora una formulación general sobre los niños en la edad de la deambulación, referida a aquellos que viven en su hogar, y en un hogar bueno.

Sabrán ustedes que ésta es la edad en que, en caso de ser el niño sano, se establece y forma su pauta la psiconeurosis. Analizando pacientes de toda edad, encontramos que los orígenes de la psiconeurosis se hallan en este período de los 2.3-4-5 años. Ahora bien, ¿qué pasa si observamos directamente al deambulador mismo?

Debemos decir con claridad que el deambulador sano, niño o niña, presenta todos los síntomas psiconeuróticos posibles. (Para no tener que aclarar en todo momento si es "él" o "ella", me referiré al niño.) Se muestra vital y físicamente activo, pero a la vez se lo ve pálido y decaído, a punto tal que su madre piensa que se le fue toda la vida que tenía. Es dulce y cariñoso, pero también cruel con el gato, y con los insectos puede conducirse como el peor de los torturadores del mundo. Es tierno pero también dañino, le pega una patada a la panza de la madre si ve que empieza a crecer de tamaño, le dice al papá que se vaya, de la casa, o quizás se complace con él para despreciar a las mujeres. Tiene rabietas que pueden resultar muy embarazosas si se producen en medio de una elegante avenida; tiene pesadillas, y cuando la madre se acerca a consolarlo le espeta: "¡Vete de aquí, bruja, quiero que venga mamá!". Tiene miedo de esto y de aquello, aunque es muy osado, temerario. Si encuentra un pelo en la comida, o ésta no tiene el color acostumbrado, o no ha sido cocinada por su madre, despertará en él grandes sospechas... y hasta es posible que se rehúse a comer en casa y en cambio engulla vorazmente todo lo que le ofrecen su tía o su abuela.

Es muy probable que vea toda clase de personas o animales imaginarios en el corredor del departamento, o de niños imaginarios a los que hay que acechar al sentarse a comer. Es más fácil aceptar estas ideas delirantes que procurar que alcance la cordura.

De vez en cuando, el niño nos dice que nos quiere, o hace un gesto espontáneo que lo indica. Una mezcla de todo.

En esta etapa del desarrollo, el niño está elaborando una relación entre su capacidad de soñar, o su vida imaginativa total, y el ambiente confiable disponible. Por ejemplo, si a la mañana siguiente el padre está presente en la mesa en el momento del desayuno (me refiero a Inglaterra); se sentirá seguro como para soñar que a papá lo atropella un auto o que, simbólicamente, el ladrón le pega un tiro al marido de la acaudalada dama para quedarse con su cofre de joyas. Pero si el padre no estuviese presente, un sueño así le resulta demasiado aterrador y genera en él sentimientos de culpa o un estado depresivo. Y así sucesivamente.

Debo ahora procurar enunciar qué es lo que pasa en estos casos.

Aun en el más satisfactorio de los ambientes posibles, el niño tiene impulsos, ideas y sueños en los que se plantea un intolerable conflicto: entre el amor y el odio, entre el deseo de preservar y el deseo de destruir, y de un modo más complejo, entre las posiciones heterosexual y homosexual respecto de la identificación con los padres. Estas angustias son previsibles forman parte de la historia e implican que el niño está vivo.

No obstante, él halla insoportables algunos aspectos de dichas angustias, y por lo tanto comienza a erigir defensas. Estas defensas se organizan, y hablamos entonces de psiconeurosis. La psiconeurosis es la organización de las defensas contra la angustia

del tipo que estoy mencionando.

Desde luego, el chico puede regresar a la dependencia infantil y a pautas infantiles, perder las características fálicas y genitales propias de la fantasía y el juego que se dan con excitación, o volver a una existencia oral o del tracto alimentario, y hasta perder sus tempranos logros en materia de integración y su capacidad para las relaciones objetales; puede incluso llegar a perder el íntimo contacto establecido entre su psique y su cuerpo. No hablaremos entonces de psiconeurosis.

Manteniéndonos estrictamente dentro de nuestro tema, diremos que en la psiconeurosis el niño no pierde nada de su temprano desarrollo integrador, pero se defiende de la angustia de diversas maneras, que la señorita Freud ha descrito con claridad en el libro que he mencionado.

En primer lugar, está la represión: surge un tipo especial de inconsciente, el inconsciente reprimido. Gran parte de la vida del deambulador tiene lugar bajo la represión y se torna inconsciente. El inconsciente reprimido es, por supuesto, molesto, ya que la represión implica un oneroso expendio de energía, y además lo reprimido siempre es proclive a reaparecer en una u otra forma, en un sueño o tal vez proyectado en fenómenos exteriores. Sea como fuere, el beneficio debe medirse por la menor proclividad del niño a la angustia clínica o manifiesta. Un aspecto particular de la represión es la inhibición del instinto, una pérdida de una parte de la moción instintiva. en relación con los objetos, que equivale aun serio empobrecimiento de la experiencia vital del niño.

En segundo lugar, pueden aparecer fantasías reprimidas y crear perturbaciones en la forma de un trastorno psicósomático, los llamadas, "síntomas de conversión", cuyo contenido fantaseado se ha perdido; o bien en la forma de angustias hipocondríacas sobre

ciertas partes del cuerpo, o del alma; y no hay solución frente a tal sintomatología a no ser que se recupere el contenido fantaseado, perdido (3).

En tercer lugar, se organizan ciertas fobias. Por, ejemplo, el temor a los lobos, o bien a las ratas si éstas se encuentran más cerca de casa. Una fobia de esta índole puede resguardar muy bien al niño de la rivalidad con sus hermanos, por ejemplo, y del temor a los odiados hermanos:

En cuarto lugar; puede organizarse una tendencia obsesiva para hacer frente a la confusión e impedir el peligroso retorno del impulso destructivo. En el perfeccionismo, el odio contra el mundo es el que lleva a querer dar vuelta todas las cosas. Este es un pobre sustituto .de la secuencia sana -1) impulso e idea destructivos; 2) sentimiento de culpa; 3) reparación o actividad constructiva-, pero al neurótico tiene que servirle.

Tal vez .ustedes puedan agregara esta lista varios tipos más de formación de pautas psiconeuróticas. En cada caso, la pauta de las defensas va. dirigida contra la angustia en el nivel del complejo de Edipo y está determinada, en alguna medida, por las características del ambiente; pero la moción que lleva a la formación del síntoma psiconeurótico proviene de los conflictos fundamentales del individuo entre el amor y el odio, conflictos que indican un desarrolló emocional sano en cuanto a la estructuración y la fuerza del yo, y también indican un fracaso del yo en cuanto a tolerar las consecuencias de las tensiones del ello o instintivas.

Y la principal defensa es la represión.. Esta es la razón de que el psicoanálisis, en su forma clásica, sea él tratamiento de pacientes con un yo sano, en la medida en que han enfrentado la ambivalencia mediante la represión y sin un quebrantamiento de la estructura yoica; y la labor principal en el análisis del paciente

con síntomas psiconeuróticos consiste en traer a la conciencia el 'inconsciente' reprimido. Esto se logra a través de la interpretación, día tras día, de la relación del paciente con el analista en tanto esta relación va evolucionando gradualmente y, al hacerlo revela la pauta de la propia historia del paciente en el plano del complejo de Edipo, y a los 2-3-4 años de edad.

¿Qué papel cumple el ambiente en estas cuestiones? Ya he indicado el papel vital que cumple en el comienzo de la etapa de la máxima dependencia; me he referido a ese período especial en que el niño pequeño puede fácilmente convertirse en un niño privado, y confío en haber podido mostrar, de varias maneras, que en la etapa del complejo de Edipo tiene un valor inmenso que el niño pueda seguir viviendo en un ambiente hogareño estable, en el cuál se sienta seguro para jugar y soñar, y pueda convertir su impulso de amor en un gesto efectivo en el momento apropiado.

El ambiente es algo que damos por sentado. En ésta etapa de las primeras relaciones triangulares la tarea del niño alojado en una institución es distinta que la del niño que vive en su hogar, con sus padres y hermanos. Además, un buen hogar absorbe gran cantidad de dificultades, lo cual se vuelve patente cuando el hogar se destruye o lo perturba alguna enfermedad; en especial una anomalía psiquiátrica de los padres. No obstante, para remitirme estrictamente a mi tema, que es el estudio de las psiconeurosis, necesito destacar que es aquí, precisamente aquí, cuando abordamos las tensiones y tirantezas internas, los conflictos, sobre todo inconscientes, que pertenecen a los reinos de la realidad psíquica personal de cada individuo.

El paciente que padece una psiconeurosis requiere asistencia personal de una índole tal que vuelva posible el aminoramiento de las fuerzas de la represión y la liberación de la energía personal para el impulso no premeditado.

La enfermedad psiconeurótica puede calibrarse según la rigidez de las defensas, de las defensas contra la angustia correspondientes a la experiencia real e imaginaria de las relaciones triangulares, así como entre personas totales.

Como saben, el ambiente se suma al cuadro de la psiconeurosis determinando en parte la naturaleza de la pauta defensiva. Sin embargo, la psiconeurosis no tiene su etiología en la condición ambiental sino en los conflictos personales que son peculiares del individuo: En contraste con ello, el niño antisocial lo es claramente como resultado de la deprivación. Asimismo, comprobamos para nuestra sorpresa que en la etiología del más grave de los trastornos psiquiátricos, la esquizofrenia, una falla en los cuidados brindados en la primerísima etapa de la dependencia infantil absoluta es aún más importante que el factor hereditario.

En la práctica, esta concepción de la psiconeurosis se ve desdibujada por el hecho de que corrientemente no atendemos pacientes que sean, por así decir, casos "puros" de psiconeurosis. Por otra parte, como nos enseñó Melanie Klein (4) el origen de la imposibilidad del niño para evitar las organizaciones defensivas psiconeuróticas radica en las fallas del desarrollo en etapas anteriores. Pero esto no debe complicarnos. Para salir del paso tenemos que hablar como si las enfermedades fuesen psiconeurosis, trastornos afectivos, o psicosis, o tendencia antisocial:

Surge la pregunta: ¿qué es la normalidad? Bueno, podemos decir que el individuo sano ha podido organizar sus defensas contra los intolerables conflictos de su realidad psíquica interna, pero en contraste con la persona afectada de psiconeurosis, la sana se halla relativamente libre de una represión masiva y de la inhibición del instinto. Además, en la salud el individuo puede recurrir a toda clase de defensas y pasar de una clase a otra, y de hecho no manifiesta en su organización defensiva la rigidez propia de la

persona enferma.

Dicho esto, quisiera sugerir que clínicamente el individuo realmente sano está mas cerca de la depresión y la locura que de la de la psiconeurosis. La psiconeurosis es aburrida. Es un alivio que un individuo pueda ponerse loco y ponerse serio, y disfrutar del alivio que brinda el sentido del humor, y poder flirtear con la psicosis, por decirlo así. En el arte moderno experimentamos la anulación retroactiva de los procesos que constituyen la cordura y las organizaciones defensivas psiconeuróticas, y el principio de que lo más importante es la seguridad.

Permítaseme agregar unas palabras acerca del vasto tema de la adolescencia. En el período de la adolescencia, la pubertad es una amenaza que luego crece y domina la escena. Una descripción del adolescente se parecería a la de un niño de 2-3 4-5 años: un conjunto de tendencias contradictorias entre sí. A raíz de la maduración gradual de los instintos, por unos años el adolescente se halla en un estado en que no puede aceptar soluciones falsas, Esto pone de manifiesto nuestra dificultad para tratar adolescentes, el lecho de que debemos tolerar su negativa a salir de las dudas y dilemas. La única solución para la adolescencia es la maduración que trae el tiempo y que convierte al adolescente en un adulto.

De modo que la psiconeurosis entra en el cuadro de la adolescencia como una amenaza de soluciones falsas procedentes del interior del individuo, inhibiciones, rituales obsesivos, fobias y síntomas de conversión, defensas contra la angustia asociadas a la vida instintiva que ahora amenaza de otra manera. Forma parte del problema mundial que hoy presenta la adolescencia el lecho de que debemos ver cómo cada niño defiende resueltamente su derecho a no encontrar una solución falsa, ya sea mediante la psiconeurosis o la aceptación de los diversos tipos de ayuda que nosotros impotentemente les ofrecemos.

La psiconeurosis que persiste en la vida adulta es claramente considerada y sentida como una molestia y una anormalidad, y lo único que aquí necesito decir sobre la psiconeurosis adulta es que su etiología se remonta al período de la niñez que va de los 2 a los 5 años, en que por primera vez se establecen relaciones interpersonales y se desarrolla la capacidad del niño para identificarse con la vida instintiva de sus padres.

Notas:

(1) Londres, Hogarth Press, 1937 [trad. esp.: El yo y los mecanismos de defensa, Buenos Aires, Paidós, 1950.]

(2) "Toddler age": por lo general, esta expresión inglesa se utiliza para designar el periodo en que el niño apenas empieza a caminar (entre el año y el año y medio, aproximadamente); no obstante, Winnicott la emplea con una extensión temporal mucho más amplia, como se verá.

(3) Se me ocurre que quizás esté usando la palabra "fantasía» (fantasy] de un modo que no lea resultará familiar a algunos de ustedes. No estoy hablando del fantasear (fantasying], ni de una fantasía imaginada [contrived fantásy]. Hablo del conjunto de la realidad personal o psíquica del niño, que en parte es consciente pero en su mayoría es inconsciente, incluido aquello que no se verbaliza ni se figura ni se escucha de un modo estructurado porque es primitivo y se halla próximo a la raíz casi fisiológica de la cual emana. D.W.W.

(4) "The Oedipus Complex in the Light of Early Anxieties' (1845), en Melanie Klein, Contributions to Psycho-Analysis, 1921-1945, Londres, Hogarth Press, 1948. [Trad. cast. en M. Klein, Obras completas, t. 1, Buenos Aires, Paidós, 1989.]

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

Nuevos esclarecimientos sobre el pensar de los niños, 1965

Conferencia introductoria pronunciada en un congreso para docentes realizado en el Centro de Devon para el Adelanto de la Educación, 3 de enero de 1965.

L'Mi contribución no será tanto un aporte efectivo sobre el tema específico del pensar, sino más bien un comentario sobre el pensar como función desde la perspectiva de la psiquiatría infantil. Se me perdonará que ignore los escritos de quienes sé dedicaron particularmente al tema del pensar. Tengo la esperanza de que lo que voy a decir los ayude a relacionar las otras cosas que escuchen con la teoría general del desarrollo de la personalidad humana, de la persona humana. Hay una teoría general, que debe dar cabida a

todo, incluido lo que todavía no se conoce ni se vislumbra, y luego están los estudios específicos sobre el pensar, algunos de los cuales serán tratados en este congreso.

Estaba pensando que... tal vez ustedes podrían haber programado su congreso de acuerdo con el uso que se le da a la palabra "pensar". Cuando pienso en qué me he metido, quedo consternado. Me doy cuenta de que lo primero que hago es dar unos rodeos mentales con la esperanza astuta de salir del paso aprovechando una distracción. Pero luego me encuentro a mí mismo dando vueltas en mi pensamiento al significado de la palabra "pensar". De pronto empiezo a concebir una manera de exponer lo que quiero decir. De vez en cuando pienso en algunas palabras que sería mejor no pronunciar, y tomo nota mental de esto: ¡la próxima vez -me digo- piénsalo bien antes de aceptar esta clase de invitaciones! Sin embargo, sería impensable que no cumpliera con mi obligación y me excusara con el pretexto de que tengo gripe o gota. De modo que me zambullo en esto, a pesar de la advertencia del poeta: pensar es llenarse de tristeza.

No hay alternativa, debo reflexionar sobre esta cuestión, sin pretender agotar su examen. Luego tendré que admitir lo que se opine de mi esfuerzo, y admitirlo de buena gana. Más tarde, por supuesto, me acordaré de todas las cosas que no me vinieron a la mente. ¡Cuánto mejor habría sido haber anticipado y previsto las críticas que me harán ustedes!

Supongo que podríamos considerar cada uno de estos significados de la palabra "pensar" y tratar de aplicarlos a un niño de un año.

Pensar [Think]: reconocer (corresponde a distintas clases de madurez)

Dar rodeos mentales [Think round]: tratar de eludir astutamente (1 año y animales)

Dar vueltas en el pensamiento [Think around] : examinar amorosamente (\pm 6 meses)

Concebir [Think up] : crear en ausencia de una reflexión propia (2 años y animales)

Pensar [Think] : no hablar (5 años, -latencia)

Impensable [Unthinkable] : miedo al superyó (aparece con la formación del superyó)

Pensar [Think] : ver con amplitud (desarrollo de un significado a lo largo de la vida)

Reflexionar [Think out]: practicar una disección mental deliberada (consúltese a Piaget)

Agotar el examen [Think through]: completar una tarea de pensar limitada (madurez)

Opinar [Think of] : emitir un veredicto luego de una debida consideración (\pm 2 años)

Acordarse [Think of] : recordar (antes de 1 año)

Venir a la mente [Think of] : rememorar (después de 1 año)

Anticipar [Thínk fortvard] : predecir consecuencias (muy temprano)

Un niño de un año tal vez no pueda concebir, pero por cierto piensa. Usa su cerebro, en la medida en que tiene uno, pero sólo pronuncia tres palabras, o quizás una sola. Tal vez piensa con las palabras que comprende pero que no puede usar. Aquí reina la oscuridad. Sería tonto perder tiempo en discutir sobre la fecha en

que un niño ya piensa; es mejor, sin duda, comparar el pensar con otras funciones que llevan una vida paralela. Podemos encontrar funciones que algunos llamarán pensar, en tanto que otros se abstendrán de incluir en esa categoría.

No trataré de exponer aquí un pensar original. Simplemente uso las ideas que han llegado antes a mí, y que ya he utilizado en conferencias y escritos. He comprobado (sin pretender ser original) que debemos partir de la base de que nada de lo que ha sido registrado -al menos desde el nacimiento, y probablemente desde algo antes- se pierde. Naturalmente, lo que no ha sido registrado no puede ser objeto de consideración (y hay mucho para decir sobre la forma en que las cosas, o sucesos, o sensaciones, sólo pueden ser registradas a medida que son experimentadas). Existe algo así como un despertar prematuro del yo, y por otro lado algunos bebés parecen advertir tardíamente todo lo que no sean sus propias sensaciones y su funcionamiento. Los niños autistas presentan en grado extremo esta tendencia a ser y a permanecer introvertidos.

Dividiría en dos partes lo que quiero exponer:

1. La catalogación (en el estado de salud), y
2. la explotación de la mente como defensa.

1. Catalogación

Parecería que en el estado de salud todo lo registrado se cataloga, categoriza y coteja. Esto no es pensar, estrictamente hablando, pero involucra al aparato electrónico usado para pensar. Cabe presumir

que en el pensar propiamente dicho hay un encauzamiento deliberado de la mente hacia una tarea mental específica, que tiene alguna finalidad limitada, aunque tal vez por un corto lapso. Quizá la palabra "deliberado" deba reformularse en forma tal de dar cabida a la motivación consciente e inconsciente.

No tengo más que mirar en torno y encuentro esto mismo enunciado mejor de lo que lo he hecho yo:

Sabemos muy poco acerca del ordenamiento precognitivo del pensamiento incipiente, pero sospecho que podríamos averiguar algo más sobre sus características explorando con más intensidad, mediante técnicas como la electromiografía, las posturas íntimas y movimientos expresivos del cuerpo. Entretanto, según era dable esperar, los creadores literarios nos suministran ejemplos de enunciados -nominalmente discursivos que, al ser examinados, muestran algunos de los rasgos del simbolismo representacional y, a veces, huellas de una matriz más rica, tal vez más confusa, de la cual surgieron sus palabras e imágenes.

Podría confeccionarse una lista de los atributos del bebé humano:

Funcionamiento corporal sensoriomotor

Elaboración imaginativa del funcionamiento corporal (fantasía)

añádase:

Facultad de catalogación, categorización y cotejo

Recuerdos

- a. jamás conscientes
- b. conscientes museo

galería de arte (privada)
exposición
teatro

La función de cotejo se desarrolla con vida propia y permite hacer predicciones. Esto pasa a estar al servicio de la necesidad de preservar la omnipotencia. En forma paralela, la elaboración de la función, enriquecida por los recuerdos, se traslada a la imaginación creadora, el sueño y el juego (también al servicio de la omnipotencia).

De esta manera el pensar se genera como un aspecto de la imaginación creadora. Está al servicio de que sobreviva la experiencia de omnipotencia. Es un elemento de la integración.

Algunos bebés se especializan en pensar y procurarse palabras; otros se especializan en experiencias auditivas, visuales o sensibles de otra índole, así como en los recuerdos y en la imaginación creadora de tipo alucinatorio, y tal vez no se procuren palabras. No está en cuestión aquí que unos sean normales y los otros anormales. Pueden producirse desentendimientos en el debate a raíz de que una persona que habla pertenece a la clase pensante y verbalizante, en tanto que otra pertenece a la clase que alucina en el campo visual o auditivo en vez de expresar su self con palabras. De algún modo, las personas de palabras tienden a sostener que ellas son las cuerdas, en tanto que las que ven visiones no saben cómo defender su posición cuando se las acusa de dementes. Los argumentos lógicos les pertenecen, en realidad, a los verbalizadores, mientras que el sentimiento o la sensación de certidumbre o verdad o de lo "real" les pertenece a los otros.

El psicoanálisis tuvo grandes dificultades para amoldarse a las necesidades de aquellos que primero ven y oyen, y después piensan. Los junguianos, por el contrario, han tendido a abastecer

a quienes conceptualizan sin malabarismos verbales, y algunos opinan que no son tan buenos en lo que respecta a la lógica y a la realidad compartida.

Por lo tanto, mi primera idea se vincula con el desarrollo del pensar a partir de la catalogación, la categorización y el cotejo, funciones que se inician por cierto muy temprano, aunque les lleva tiempo alcanzar toda su complejidad.

2. El pensar como madre sustituta, como niñera

Mi segunda idea tiene que ver con la forma en que puede ser explotado el intelecto del bebé. Ante todo, el intelecto es un aspecto de la función de catalogación, categorización y cotejo, que permite disponer de los recuerdos hasta tanto se pierden en la represión primaria o secundaria. Luego el intelecto tiene un funcionamiento propio, que depende de la calidad del aparato electrónico y también del modo en que va cobrando forma el desarrollo emocional del individuo.

La explotación del intelecto puede comenzar muy precozmente con el surgimiento de la conciencia en un yo prematuro. Una paciente me dice: "Cuando nací, me senté y empecé a dar lecciones: Tú tienes que hacer esto de este modo". Esta es su pauta de vida. De hecho, cuando tenía un año de edad, dijo: "Haré lo que quiera", y considera su vida como un corolario de esta declaración de filosofía personal.

Para mostrar lo que quiero decir, tomaré el cuadro, simplificado, de un bebé que es alimentado por la madre. El bebé se halla en una etapa de muy grande dependencia, y la mamá desempeña bien su

cometido, adaptándose a las necesidades del bebé; puede hacerlo a raíz de su capacidad para entregarse temporariamente a esa única tarea: el cuidado de su bebé. Está íntimamente identificada con éste, y puede ponerse en su pellejo, por decirlo así.

La adaptación es un hecho, y muy próxima a un ciento por ciento, pero declina rápidamente de acuerdo con el desarrollo del bebé, que brinda a la madre más y más libertad. ¿Y qué es lo que se desarrolla en el bebé? Es su inteligencia.

El bebé piensa para sí (mientras pega sus gritos) que todo está en orden realmente, pues los ruidos que vienen desde fuera de la escena le indican que algo se está acercando que va a atender a sus necesidades. Además, tiene sus recuerdos. Tal vez grite, pero no está acongojado, porque conserva la esperanza, ya que sabe (sumando dos más dos) que el alivio está cercano -alivio de su necesidad imperiosa y de una sensación de amenaza. contra su omnipotencia-. Este aumento de la comprensión de lo que está pasando por parte del bebé tiene como consecuencia que la madre disponga de una mayor capacidad para fallar en su adaptación a las necesidades del bebé.

Un bebé sortea la cuestión pensando, mientras que otro la sortea con la fantasía y disfrutando de la experiencia imaginariamente, hasta que se vuelva real.

Si ahora tomamos el caso de un bebé cuya madre tiene una falla de adaptación demasiado rápida, comprobaremos que el bebé sobrevive gracias a su mente. La madre explota la facultad del bebé de reflexionar y cotejar y comprender. Si el bebé tiene un buen aparato psíquico, este pensar se convierte en un sustituto del cuidado y la adaptación maternos. El bebé "se trata como una madre" a sí mismo mediante la comprensión, mediante una exagerada comprensión. Es un caso de "Cogito, ergo in mea potestate sum" (Pienso, luego soy en toda mi potestad).

En el caso extremo, la mente y el pensar del bebé le han permitido a éste, que ahora está creciendo y adquiriendo una pauta evolutiva, prescindir de los aspectos más importantes del cuidado materno que todos los seres humanos necesitan, o sea, la confiabilidad y la adaptación a las necesidades básicas. Como el whisky, la propia comprensión es más confiable que lo que fue la figura materna.

Esto trae como resultado una inteligencia desasosegada en algunos cuyo buen cerebro fue explotado, una inteligencia que oculta un cierto grado de deprivación. En otras palabras, para aquellos cuyo cerebro fue explotado existe siempre la amenaza de un derrumbe, que lleve de la inteligencia y la comprensión al caos mental o a la desintegración de la personalidad.

La inteligencia y el pensar pueden medirse, usarse y valorarse, pero debe tenerse presente que aquélla puede ser explotada y ocultar cosas tales como la deprivación y la amenaza de caos. Clínicamente, un derrumbe parcial está representado por una organización obsesiva, en la cual la desorganización siempre acecha a la vuelta de la esquina.

En el desarrollo emocional de un individuo, avanzar significa pasar del estado de desorganización al de integración, del caos a la comprensión, de la ignorancia al conocimiento y el poder de predecir, de la dependencia a la independencia. El pensar es uno de los aspectos del proceso integrativo, previo a la participación plena.

Para repetir mi segunda idea: si bien el pensar es un aspecto de la imaginación creadora del individuo, puede resultar explotado dentro de su economía como defensa contra la angustia arcaica, el caos y las tendencias a la desintegración, o los recuerdos de un derrumbe desintegrador relacionado con la deprivación.

En un sentido positivo, el pensar forma parte del impulso creador, pero hay otras opciones que tienen ciertas ventajas sobre aquél. Por ejemplo, el pensar lógico lleva mucho tiempo y quizá no llegue a su objetivo, en tanto que un destello de intuición es instantáneo y llega allí de inmediato. La ciencia necesita ambas vías para seguir adelante. Aquí nos estamos procurando palabras, estamos pensando y tratando de ser lógicos y así incluimos un estudio de lo inconsciente que produce una vasta extensión del campo de la lógica-; pero al mismo tiempo es menester que seamos capaces de procurarnos símbolos y de crear imaginativamente y en un lenguaje proverbial: es preciso que seamos capaces de pensar en forma alucinatoria.

Biblioteca D. Winnicott

La capacidad para estar a solas ⁽¹⁾

- 1958 -

Quisiera llevar a cabo un examen de la capacidad individual para estar a solas, partiendo del supuesto de que esta capacidad constituye uno de los signos más importantes de madurez dentro del desarrollo emocional.

En la casi totalidad de los tratamientos psicoanalíticos llega un momento en que la aptitud para estar a solas resulta importante para el paciente. Desde el punto de vista clínico, ello puede estar representado por una fase o sesión en silencio que, lejos de indicar resistencia por parte del paciente, es en realidad un logro, casi diría que una proeza. Quizá sea la primera vez que el paciente ha sido capaz de estar a solas. Precisamente es sobre este aspecto de la transferencia, cuando el paciente se encuentra a solas durante la sesión analítica, que deseo llamar la atención.

Probablemente puede afirmarse que la literatura psicoanalítica ha dedicado mayor atención al temor y al deseo de estar a solas que a la aptitud para ello; asimismo, se han hecho considerables trabajos sobre el estado de replegamiento, organización defensiva que presupone el temor del paciente a ser perseguido. Mucho me parece que desde hace tiempo se echa de menos un estudio de los aspectos positivos de la capacidad para estar a solas. Puede que los escritos psicoanalíticos hayan tratado de definir esta capacidad, pero yo no tengo constancia de ello. Quisiera remitirme al concepto freudiano de la relación anaclítica (Freud, 1914; cf. Winnicott, 1956 a).

Las relaciones triangulares y bicorporales

Paradoja

Rickman fue el primero en hablar de las relaciones triangulares y bicorporales. A menudo nos referimos al complejo de Edipo como la fase en que las relaciones triangulares dominan el campo de la experiencia.

Todo intento de describir el complejo de Edipo en base a una relación entre dos personas fracasará inevitablemente. Sin embargo, la relación bipersonal existe en realidad, si bien restringida a fases relativamente tempranas de la historia del individuo. La primera relación bipersonal es la del niño con

la madre real o sustitutiva, antes de que el niño haya escogido alguna de las propiedades de la madre para forjarse con ella la idea de un padre. El concepto kleiniano de la posición depresiva puede describirse en términos de relaciones bipersonales, siendo tal vez posible afirmar que este tipo de relación constituye un rasgo esencial de dicho concepto.

Ya que hemos hablado de relaciones bipersonales y triangulares, ¿no sería lo natural que hablásemos de relaciones unipersonales? De buen principio parece que el narcisismo, ya sea secundario o primario, constituye la relación unipersonal por antonomasia. Pues bien, es imposible pasar bruscamente de las relaciones bipersonales a la relación unipersonal sin infringir gran parte de lo que hemos llegado a saber mediante nuestros trabajos analíticos y a través de la observación directa de madres y niños.

La soledad real

Mis lectores se habrán dado cuenta de que no estoy refiriéndome al hecho de estar realmente solo. Así, habrá personas incapaces de estar a solas. Escapa a la imaginación la intensidad de sus sufrimientos. No obstante, son muchas las personas que, antes de salir de la niñez, ya han aprendido a gozar de la soledad y que incluso llegan a valorarla como uno de sus bienes más preciosos.

La capacidad para la soledad es susceptible de presentarse bajo dos aspectos: o bien como un fenómeno sumamente «refinado» que aparece en el desarrollo de la persona después de la instauración de las relaciones triangulares o, por el contrario, como un fenómeno de las primeras fases de la vida que merece un estudio especial por tratarse de la base sobre la que se edificará la capacidad para el tipo de soledad descrito en primer lugar.

Pasaremos a enunciar seguidamente el punto principal del presente estudio: si bien la capacidad para estar solo es fruto de diversos tipos de experiencias, sólo una de ellas es fundamental, sólo hay una que, de no darse en grado suficiente, impide el desarrollo de dicha capacidad; se trata de la experiencia, vivida en la infancia y en la niñez, de estar solo en presencia de la madre. Así, pues, la capacidad para estar solo se basa en una paradoja; estar a solas cuando otra persona se halla presente.

Ello lleva implícita una relación de índole bastante especial: la que existe entre el pequeño que está solo y la madre real o sustitutiva que está con él, aunque lo esté representada momentáneamente por la cuna, el cochecito o el ambiente general del entorno inmediato. Quisiera proponer un nombre para este tipo especial de relación.

A mí, personalmente, me gusta emplear el término relación del ego, ya que ofrece la ventaja de contrastar con bastante claridad con el término relación del id, tratándose esta última de una complicación que aparece con periodicidad en lo que podríamos denominar «la vida del ego». La relación del ego se refiere a la relación entre dos personas, una de las cuales, cuando menos, está sola; tal vez las dos lo estén, pero, de todos modos, la presencia de cada una de ellas es importante para la otra. Creo que si comparamos el significado de los verbos «gustar» y «amar», veremos que el primero se refiere a una relación del ego, mientras que el segundo tiene más que ver con las relaciones del id, ya sean sin ambages o en forma sublimada.

Antes de proceder a desarrollar estas dos ideas a mi manera, quisiera retardar al lector de qué modo sería posible referirnos a la capacidad para estar solo sin salirnos de la trillada fraseología psicoanalítica.

Después de la cópula

Tal vez sea justo decir que después de una cópula satisfactoria cada uno de los componentes de la pareja está solo y contento con su soledad. El ser capaz de gozar de la soledad al lado de otra persona que también está sola constituye de por sí un indicio de salud. La ausencia de la tensión del id puede producir angustia, pero la integración de la personalidad en el tiempo permite al individuo esperar a que la citada tensión regrese de forma natural y, al mismo tiempo, le permite disfrutar de la soledad compartida; es decir, de una soledad que se halla relativamente libre del rasgo que denominamos «retraimiento».

La escena originaria

Cabría decir que la capacidad del individuo para estar a solas depende de su aptitud para asimilar los sentimientos suscitados por la escena originaria. En esta escena, el niño percibe o imagina una relación violenta entre los padres y, si se trata de un niño normal, de un niño que es capaz de dominar lo que en ella hay de odio y ponerlo al servicio de la masturbación, entonces la asimilación no ofrecerá problemas. En la masturbación, la responsabilidad total de la fantasía consciente e inconsciente es aceptada por el niño, que es la tercera persona en una relación triangular. El hecho de poder estar solo en circunstancias como éstas denota madurez del desarrollo erótico y potencia genital o, si se trata de una niña, la correspondiente capacidad de recepción; denota la fusión de los impulsos e ideas agresivos y eróticos y, asimismo, da a entender la existencia de una tolerancia de la ambivalencia; junto a todo esto habría, naturalmente, la capacidad del individuo para identificarse con los dos componentes de la pareja padre-madre.

El planteamiento en estos términos o en otros es susceptible de convertirse en algo de una complejidad casi infinita, debido a que la capacidad para estar solo es casi sinónimo de madurez emocional.

El objeto bueno interiorizado

A continuación trataré de expresarme con otro lenguaje: el derivado de la obra de Melanie Klein. La capacidad para estar solo depende de la existencia de un objeto bueno en la realidad psíquica del individuo. El concepto de la interiorización de un pecho o pene «buenos», o de unas buenas relaciones, ha sido lo suficientemente defendido como para que el individuo (al menos de momento) se sienta seguro ante el presente y el futuro. La relación entre el individuo, de uno u otro sexo, y sus objetos interiorizados, junto con su confianza hacia las relaciones interiorizadas, proporciona de por sí suficiencia para la vida, de manera que el individuo es capaz de sentirse satisfecho incluso en la ausencia temporal de objetos y estímulos externos. La madurez y la capacidad para estar solo implican que el individuo ha tenido la oportunidad, gracias a una buena maternalización, de formarse poco a poco la creencia en un medio ambiente benigno. Esta creencia va desarrollándose paulatinamente, mediante la repetición de la satisfacción de los instintos.

Al emplear este lenguaje, uno se encuentra hablando de una fase del desarrollo individual que es anterior a aquella en la que rige el complejo de Edipo de la teoría clásica. No obstante, se da por sentado un grado considerable de madurez del ego. Lo mismo sucede con la integración del individuo en una unidad; de lo contrario no tendría sentido hacer referencia al interior y al exterior, ni lo tendría el dar una significación especial a la fantasía del interior. Dicho en términos negativos: el individuo debe estar relativamente libre del delirio o angustia persecutoria. Planteado en términos positivos: los objetos interiorizados buenos se encuentran en el mundo personal e interior del individuo, dispuestos a ser

proyectados en el momento oportuno.

Estar solo en estado de inmadurez

La pregunta que surge al llegar aquí es la siguiente: ¿Es posible que un niño o un bebé estén solos en una fase muy temprana, cuando la inmadurez del ego hace imposible describir el hecho de estar solo mediante la fraseología que acabamos de emplear? Es precisamente la parte principal de mi tesis la afirmación de que nos es necesario poder hablar de una forma pura -o ingenua, si así lo prefieren- de estar solo, y que, incluso estando de acuerdo en que la capacidad de estar verdaderamente solo constituye un síntoma de madurez de por sí, esta capacidad tiene por fundamento las experiencias infantiles de estar a solas en presencia de alguien. Estas experiencias pueden tener lugar en una fase muy temprana, cuando la inmadurez del ego se ve compensada de modo natural por el apoyo del ego proporcionado por la madre. Con el tiempo, el individuo introyecta la madre sustentadora del ego y de esta forma se ve capacitado para estar solo sin necesidad de buscar con frecuencia el apoyo de la madre o del símbolo materno.

«Yo estoy solo»

Me gustaría enfocar este tema de otra manera: estudiando las palabras «yo estoy solo».

En primer lugar tenemos la palabra , yo», que da a entender un elevado grado de madurez emocional. El individuo va se halla afirmado como unidad: la integración es un hecho; el mundo exterior ha sido repudiado y ahora es posible la existencia de un mundo interiorizado. Se trata simplemente de un planteamiento topográfico de la personalidad en cuanto cosa, en cuanto organización de núcleos del ego. Be momento no se hace referencia alguna al hecho de vivir.

Seguidamente vienen las palabras «yo estoy», que representan una etapa del desarrollo individual. Mediante estas palabras, el individuo no se limita a poseer una forma, sino que además posee una vida. En los inicios del «yo estoy», el individuo, por así decirlo, está «en bruto», sin defensas, vulnerable, potencialmente paranoico. El individuo es capaz de llegar a la fase del «yo estoy » solamente porque existe un medio ambiente que lo protege; este medio ambiente protector es de hecho la madre, preocupada por su hijo y, par medio de su identificación con él, orientada hacia la satisfacción de las necesidades del ego del hijo. No hace falta postular que en esta etapa el niño tiene conciencia de la madre.

A continuación nos encontramos con las palabras «yo estoy solo». Según la teoría que les estoy proponiendo, esta tercera fase entraña la apreciación, por parte del niño, de la existencia continua de la madre. Ello no significa forzosamente que se trate de una apreciación consciente. No obstante, creo que «yo estoy solo» constituye una evolución del «yo estoy», dependiente de que el niño sea consciente de la existencia continuada de una madre que le da seguridad, lo cual le permite estar a solas y disfrutar estándolo durante un breve tiempo.

Así es como pretendo justificar la paradoja según la cual la capacidad para estar solo se basa en la experiencia de estar a solas en presencia de otra persona y que sin un grado suficiente de esa experiencia es imposible que se desarrolle la capacidad para estar solo.

Relación del ego

Si estoy en lo cierto al hablar de esa paradoja, será interesante examinar de qué naturaleza es la relación entre el niño y la madre, refiriéndome a la relación que, a efectos del presente estudio, he denominado «relación del ego». Se habrán dado cuenta de la gran importancia que le atribuyo, ya que la considero la base de la amistad. Tal vez resulte ser también la matriz de la transferencia.

Existe aún otra razón por la que: concedo una importancia especial a esta cuestión de la relación del ego; sin embargo, para que se me entienda mejor, me apartaré momentáneamente del tema.

Creo que en general se estará de acuerdo en que los impulsos del id son significativos solamente si se hallan contenidos en el vivir del ego. Los impulsos del ego actúan de dos maneras: o bien desorganizan o refuerzan el ego, según éste sea débil o fuerte. Cabe decir que dos impulsos del id refuerzan el ego cuando tienen lugar dentro de una estructura de relación del ego. Aceptando esta afirmación se comprenderá la importancia de la capacidad para estar solo. únicamente al estar solo (en presencia de otra persona) será capaz el niño de descubrir su propia vida personal. Desde el punto de vista patológico, la alternativa consiste en una vida falsa edificada sobre las reacciones producidas por los estímulos externos. Al estar solo en el sentido con que emplea este término, y sólo entonces, será capaz el niño de hacer lo que, si se tratase de un adulto, denominaríamos «relajarse». El niño es capaz de alienarse, de obrar torpemente, de encontrarse en un estado de desorientación; es capaz de existir durante un tiempo sin ser reactor ante los estímulos del exterior ni persona activa dotada de capacidad para dirigir su interés y sus movimientos. La escena se halla ya dispuesta para una experiencia del id. Con el tiempo se producirá una sensación o un impulso que, en este marco, serán reales y constituirán una experiencia verdaderamente personal.

Se comprenderá ahora por qué es importante que haya alguien disponible, alguien que esté presente, si bien sin exigir nada. Una vez producido el impulso, la experiencia del id puede resultar fructífera y el objeto podrá consistir en una parte o la totalidad de la persona presente; es decir: la madre. Sólo en éstas condiciones es posible que el niño viva una experiencia que dé la sensación de ser real. La base de una vida en la que la realidad ocupe el lugar de la futilidad la constituye un gran número de experiencias semejantes. El individuo que ha podido crearse la capacidad para estar solo será capaz, en todo momento, de redescubrir el impulso personal; impulso que no se desperdiciará ya que el hecho de estar solo es algo que, paradójicamente, da a entender que otra persona se halla presente.

Andando el tiempo, el individuo adquiere la capacidad de renunciar a la presencia real de la madre o su figura sustitutiva. A este hecho se le ha llamado «establecimiento de un medio ambiente interiorizado». Se trata de algo más primitivo que el fenómeno denominado «madre introyectada».

El punto culminante en la relación del ego

Quisiera ahora ir un poco más allá en la especulación sobre la relación del ego, y las posibilidades de experiencia dentro de ella, para estudiar el concepto del orgasmo del ego. Me doy cuenta, por supuesto, de que si existe algo que podamos denominar «orgasmo del ego», las personas que se muestran inhibidas en la experiencia instintiva tenderán a especializarse en semejante clase de orgasmos, de tal modo que existiría una patología de la tendencia hacia el orgasmo del ego. De momento prefiero no ocuparme de lo patológico -sin olvidarme por ello de la identificación del cuerpo total con una parte-objeto (el fallo)- y limitarme a preguntar si es posible considerar que el éxtasis es una manifestación del orgasmo del ego. En la persona normal es posible que se dé una experiencia sumamente satisfactoria (por ejemplo en un concierto, en el teatro, en sus relaciones de amistad, etc.) que merezca ser llamada orgasmo del ego con el fin de llamar la atención sobre ese punto culminante y la importancia que él mismo reviste. Acaso

parezca desacertado emplear la palabra «orgasmo» en este contexto; creo que aun así estaría justificado hablar del punto culminante que es susceptible de producirse en una relación satisfactoria del ego. Uno puede hacerse la siguiente pregunta: cuando un niño está jugando, ¿constituye el juego una sublimación de los impulsos del id? ¿No podría ser que hubiese una diferencia de calidad además de una diferencia de cantidad del id cuando se compara el juego que produce satisfacción con el instinto que yace debajo del mismo? El concepto de la sublimación ha sido plenamente aceptado y es muy valioso, pero es una lástima no hacer referencia alguna a la inmensa diferencia existente entre los felices juegos infantiles y en el modo de jugar de los niños que dan muestras de una excitación compulsiva y en los que es fácil denotar un estado próximo a la experiencia instintiva. Es cierto que incluso en los felices juegos infantiles todo es susceptible de interpretarse en términos del impulso del id, y lo es porque hablamos de símbolos y sin duda no corremos ningún riesgo de equivocarnos al emplear el simbolismo y al interpretar todos los juegos en términos de relaciones del id. Sin embargo, nos olvidamos de algo importantísimo si no tenemos en cuenta que los juegos infantiles no son felices cuando van acompañados de excitaciones corporales con sus consiguientes culminaciones físicas.

El niño que denominamos «normal» es capaz de jugar, de excitarse con el juego y de sentirse satisfecho con el juego, libre de la amenaza de un orgasmo físico producido por una excitación local. En contraste, el niño no normal aquejado de una tendencia antisocial o, de hecho, cualquier niño que dé muestras de una marcada manía defensiva, es incapaz de disfrutar jugando debido a que su cuerpo queda físicamente involucrado en el juego y hace necesario algún tipo de culminación física. La mayoría de los padres sabrán por experiencia que hay momentos en que es imposible terminar con la excitación del juego como no sea por medio de una bofetada que, dicho sea de paso, constituye una culminación falsa pero muy útil. En mi opinión, si comparamos los juegos felices de un niño, o la experiencia de un adulto durante un concierto, con una experiencia sexual, la diferencia es tan grande que podemos utilizar tranquilamente términos distintos para describir las dos experiencias. Sea cual fuere el simbolismo inconsciente, la cantidad de excitación física real es mínima en un tipo de experiencia y máxima en el otro. Podemos rendir tributo a la importancia de la relación del ego per se sin desechar por ello las ideas en que se fundamenta el concepto de la sublimación.

Resumen

La capacidad para estar solo constituye un fenómeno sumamente complejo al que contribuyen numerosos factores y que está estrechamente relacionado con la madurez emocional.

La base de la capacidad para estar solo reside en la experiencia de haberlo estado en presencia de otra persona. Así, el niño que adolezca de una débil organización del ego podrá estar solo gracias a recibir un apoyo del ego digno de confianza.

El tipo de relación que existe entre el niño y la madre sustentadora del ego merece especial estudio. Si bien se han empleado otros términos, sugiero que «relación del ego» es probablemente una buena denominación.

Dentro del marco de la relación del ego, se producen relaciones del id que contribuyen a reforzar más que a trastornar el ego inmaduro.

De modo gradual el ambiente sustentador del ego es objeto de un proceso de introyección e integración en la personalidad del individuo, de tal manera que se produce la capacidad para estar realmente solo. Aun así, en teoría siempre hay alguien presente, alguien que, en esencia y de un modo inconsciente, es igualado a la madre; es decir, a la persona que, en las primeros días y semanas, estuvo temporalmente identificada con su niño, a cuyo cuidado se hallaba volcada toda su atención.

(1) Basado en un escrito leído ante una reunión extracientífica de la British Psycho-Analytical Society, el 24 de julio de 1957, y publicada por vez primera en «Int. J. Psycho-Anal.», 39, pp. 416-420.

Biblioteca D. Winnicott

La ética y la educación

Conferencia perteneciente a un ciclo, pronunciada en el Instituto de Educación de la Universidad de Londres, en 1962, y publicada por primera vez (con el título de "The Young Child at Home and at School") en Moral Education in a Changing Society, comp. de W. R. Niblett (Londres, Faber, 1963)

El título de mi conferencia me permite desarrollar no tanto el tema de la sociedad que cambia como el de la naturaleza humana que no cambia. La naturaleza humana no cambia. Desde luego, esto puede discutirse. Pero daré por sentado que esta idea refleja la verdad, y la tomaré como base. Es cierto que la naturaleza humana ha evolucionado, del mismo modo que los cuerpos y los seres humanos, en el curso de cientos de miles de años. Pero tenemos pocas pruebas de que se haya modificado en el breve lapso de la historia registrada; en el mismo sentido apunta el hecho de que lo que vale para la naturaleza humana en el Londres de hoy en día también es cierto en Tokio, Accra, Amsterdam y Tombuctú. Se aplica por igual a blancos y negros, a gigantes y pigmeos, a los hijos de los científicos de Harwell o Cabo Cañaveral y a los hijos de los aborígenes australianos.

En cuanto al tema que consideramos (la educación moral hoy en día) esto significa que existe un campo de estudio que podría denominarse "capacidad del niño humano para ser educado moralmente". En esta conferencia me limitaré a ese campo, el del desarrollo en el niño humano de la capacidad para tener sentido moral, experimentar un sentimiento de culpa y establecer un ideal. Algo análogo sería profundizar en la idea de "creencia en Dios" hasta llegar a la idea de "creencia" o, como yo prefiero decirlo, de "creencia en". A un niño que desarrolla la "creencia en" puede transmitírsele el Dios de la familia, o de la sociedad que es la suya. Pero para un niño sin ninguna "creencia en", Dios es en el mejor de los casos un recurso pedagógico y, en el peor, una prueba de que las figuras parentales no tienen confianza en los procesos de la naturaleza humana y temen a lo desconocido.

En la conferencia inicial de este ciclo, el profesor Niblett se refirió a Keate, el director de escuela que le dijo a un niño: "Hoy a las cinco de la tarde, si todavía no crees en el Espíritu Santo, te zurraré hasta que creas". El profesor Niblett subrayaba la futilidad de enseñar valores o religión por la fuerza. Yo estoy tratando de plantear este importante tema y de examinar las alternativas. Mi principal idea es que existe una buena alternativa, y que ella no se encuentra en una enseñanza más sutil de la religión. La buena alternativa tiene que ver con la provisión al infante y al niño de condiciones que permitan el desarrollo, a partir del funcionamiento de los procesos interiores del niño individual, de cosas tales como la confianza y la "creencia en", y de ideas acerca de lo que está bien y lo que está mal. Esto podría denominarse evolución de un superyó personal.

Las religiones han atribuido mucha importancia al pecado original, pero no todas han llegado a la idea de la bondad original; al quedar recogida en la idea de Dios, la bondad es al mismo tiempo separada de los individuos que colectivamente crean ese concepto de la divinidad. La frase de que el hombre hizo a Dios a su imagen se considera habitualmente un ejemplo divertido de perversidad, pero la verdad que hay en ella podría ponerse de relieve con una reformulación: el hombre continúa creando y recreando a Dios como un lugar en el que deposita todo lo que es bueno en él mismo y que podría echar a perder si lo conserva en sí junto con el odio y la destructividad que también se encuentran en su interior.

La religión (¿o acaso la teología?) le sustrajo el bien al niño individual en desarrollo, y después estableció un sistema artificial para inyectar lo mismo que había robado; a esto se lo ha denominado "educación moral". En realidad, la educación moral no da resultados a menos que el infante o el niño haya desarrollado en sí, en virtud del proceso evolutivo natural, la materia prima que, cuando se la ubica en el cielo, recibe el nombre de Dios. El éxito del educador moral depende de que en el niño se produzcan los desarrollos que le permiten aceptar a ese Dios del educador como una proyección de la verdad que forma parte de él mismo y de su experiencia real de la vida.

Por lo tanto, en la práctica, sea cual fuere nuestro sistema teológico, nos vemos reducidos con cada niño nuevo a depender del modo como haya sido o esté siendo capacitado para desarrollarse exitosamente. ¿Ha podido el niño pasar su examen de ingreso en sentido moral (para decirlo de este modo), o pudo adquirir esto que yo llamo creencia en? Me aferro a esta frase fea e incompleta: "creencia en". Para completar lo que se ha empezado a decir, alguien tiene que hacerle saber al niño en qué creemos nosotros en esta familia y en este rincón de la sociedad, en este preciso momento. Pero este proceso de completamiento tiene una importancia secundaria, porque si no se ha llegado a la "creencia en", la enseñanza de la ética o la religión no es más que pedagogía keateana, que se acepta que es objetable o ridícula.

No me satisface la idea que suelen expresar personas, en otros sentidos bien informadas, en cuanto a que el enfoque mecanicista freudiano de la psicología, o el hecho de que Freud se haya basado en la teoría de la evolución del hombre a partir del animal, obstaculizan los aportes que el psicoanálisis podría hacer al pensamiento religioso. Es incluso probable que la religión aprenda algo del psicoanálisis, algo que salve a la práctica religiosa de perder su lugar entre los procesos de la civilización y en el proceso de la civilización. La teología, al negar al individuo en desarrollo la creación de todo lo ligado con el concepto de Dios, la bondad y los valores morales, vacía a ese individuo de un importante aspecto de creatividad.

Seguramente la señora Knight no estaba desvalorizando a Dios al compararlo con Papá Noel en su polémica de hace algunos años; decía o trataba de decir que podemos poner algunas partes del niño en la bruja del cuento tradicional, parte de la confianza y generosidad del niño puede transferirse a Papá Noel, y que ideas y sentimientos bondadosos de todo tipo, propios del niño y de sus experiencias internas y externas, pueden sacarse de esos ámbitos y rotularse como "Dios". Del mismo modo, la malignidad del niño puede denominarse "el demonio y sus obras". La rotulación socializa un fenómeno que en otros sentidos es personal. La práctica del psicoanálisis durante treinta años me lleva a pensar que son las ideas ligadas a la organización de la educación moral las que vacían al individuo de su creatividad individual.

Hay razones para que las ideas del educador moral se resistan a morir. Por ejemplo, es obvio que existen personas malvadas. En mi propio lenguaje, esto significa que en todas las sociedades y en todas las épocas ha habido personas detenidas en su desarrollo emocional, que no llegaron a una etapa de "crear en" ni a una etapa de moral innata que abarcara toda su personalidad. Pero la educación moral destinada a esas personas enfermas no es adecuada para la vasta mayoría de quienes de hecho no están enfermos en este aspecto. Más adelante volveré a referirme a las personas malvadas.

Hasta aquí he hablado como un teólogo aficionado; ahora bien, se me ha pedido que hable como un psiquiatra infantil profesional. Para que mi aporte sea útil, tengo que presentar ahora una breve descripción del infante y el niño. Sabemos que desde luego éste es un tema extremadamente complejo y que esa descripción no puede hacerse en pocas palabras. Hay muchas maneras de encarar el tema del crecimiento emocional, y yo trataré de utilizar diversos métodos.

La base del desarrollo del niño es la existencia física del infante junto con sus tendencias heredadas, entre las que se cuentan los impulsos madurativos hacia el desarrollo. Digamos que un infante tiende a usar tres palabras al año de edad, a caminar más o menos a los catorce meses, y a alcanzar la misma forma y estatura que uno de sus progenitores, y a ser inteligente, estúpido, caprichoso, o a tener alergias. De modos menos visibles surge en el infante y continúa en el niño la tendencia hacia la integración de la personalidad; la palabra "integración" va adquiriendo un significado cada vez más complejo con el paso del tiempo y a medida que el

niño va haciéndose mayor. El infante tiende también a vivir en su cuerpo y a construir el self sobre una base de funcionamiento corporal a la que corresponden las elaboraciones imaginativas que se vuelven rápidamente muy complejas y constituyen la realidad psíquica específica de ese infante. El infante se establece como una unidad, experimenta un sentimiento de yo soy, y enfrenta valientemente el mundo con el que ya es capaz de formar relaciones, relaciones afectuosas y también (en contraste) una pauta de relaciones objetales basadas en la vida instintiva. Y así siguiendo. Todo esto, y mucho, mucho más, es cierto y siempre lo ha sido respecto de los infantes humanos. Es la naturaleza humana desplegándose. Pero, y éste es un pero muy importante, para que los procesos de la maduración adquieran realidad en el niño, y lo hagan en los momentos apropiados, es necesaria una provisión ambiental suficientemente buena.

Se trata de la antigua discusión sobre la naturaleza y la crianza. Sostengo que este problema es susceptible de formulación. Los padres no tienen que hacer al bebé como el pintor a su cuadro o el alfarero a su jarrón. El bebé crece a su propio modo si el ambiente es suficientemente bueno. Alguien se ha referido a la provisión suficientemente buena como al "ambiente previsible promedio". El hecho es que, a lo largo de los siglos, las madres y los padres, y los sustitutos parentales, por lo general han provisto exactamente las condiciones que el infante y el niño pequeño necesitan al principio, en la etapa de mayor dependencia, e incluso algo más tarde cuando, ya niños, los infantes se van separando un tanto del ambiente y se vuelven relativamente independientes. Después de esto las cosas tienden a no ser tan buenas para el niño, pero al mismo tiempo ese hecho importa cada vez menos.

Se observará que estoy refiriéndome a una edad en la que la enseñanza verbal no encuentra aplicación. Ni Freud ni el psicoanálisis necesitaron explicarles a madres y padres cómo debían proveer esas condiciones. El proceso empieza con un alto grado de adaptación de la madre a las necesidades del infante y gradualmente se transforma en una sucesión de fallas de adaptación; esas fallas son también un cierto tipo de adaptación, porque están relacionadas con la creciente necesidad del niño de enfrentar la realidad, lograr la separación y establecer una identidad personal. (Joy Adamson nos ha dado una hermosa descripción de todo con el relato de la crianza de la leona Elsa y los cachorros que ahora son por siempre libres.)

Parecería que aunque la mayoría de las religiones han tendido a reconocer la importancia de la vida familiar, le ha correspondido al psicoanálisis señalarles a las madres de los bebés y a los padres de los niños muy pequeños el valor -o mejor, la naturaleza esencial- de su tendencia a proveer a cada infante lo que él necesita absolutamente, a través de la crianza.

La madre (no excluyo al padre) se adapta tan bien que sólo cabe decir que está estrechamente identificada con el bebé, de modo que sabe lo que se necesita en cada momento, y también de un modo general. Desde luego, en esta primera y más temprana etapa el infante se encuentra en un estado de fusión, sin haber separado todavía el "yo" por un lado, y por el otro la madre y los objetos "no-yo", de modo que lo que en el ambiente es adaptativo o "bueno" se almacena entre las experiencias de la criatura como una cierta calidad del self, al principio indistinguible por el mismo infante de su propio funcionamiento sano.

En esta etapa temprana el infante no registra lo que es bueno o adaptativo, pero reacciona a cada falla de la confiabilidad y por lo tanto la conoce y la registra. La reacción a la inconfiabilidad del proceso de cuidado del niño constituye un trauma; cada reacción es una interrupción del "seguir siendo" del infante y una ruptura de su self.

Para resumir esta primera etapa de mi esquema simplificado del desarrollo del ser humano, diremos que el infante y el niño pequeño son habitualmente cuidados de un modo confiable; este "ser cuidado lo suficientemente bien" genera en el infante una creencia en la confiabilidad, a lo cual puede añadirse una percepción de la madre, el padre, la abuela o la niñera. En un niño que inicia su vida de este modo, a continuación puede surgir naturalmente la idea de la bondad y de un progenitor confiable y personal, o Dios. Al niño que no tiene experiencias suficientemente buenas en las etapas tempranas no puede transferírsele la idea de un Dios personal como sustituto del cuidado del infante. La comunicación sutil y vitalmente importante entre la madre y el infante es anterior a la etapa en que se suma la comunicación verbal. El primer principio de

la educación moral es que ella no sustituye al amor. Al principio el amor sólo puede expresarse como cuidado del infante y del niño, lo que para nosotros significa la provisión de un ambiente facilitador o suficientemente bueno, y que para el infante significa la oportunidad de evolucionar de un modo personal acorde con la graduación regular del proceso de la maduración.

¿Cómo puedo continuar desarrollando este tema, tomando en cuenta la complejidad rápidamente creciente de la realidad interior del niño individual y el acervo en expansión de las experiencias internas y externas del niño; recordadas u olvidadas por economía?

En este punto debo decir algo sobre el origen, en el infante o el niño pequeño, de los elementos que pueden describirse y yuxtaponerse con las palabras "bien" y "mal". Desde luego, en esta etapa no es necesario que se ofrezcan las palabras mismas; sin duda incluso a los sordos puede comunicársele la aprobación y la desaprobación, lo mismo que a los infantes en una etapa muy anterior al inicio de la comunicación verbal. En efecto, en el infante se desarrollan ciertos sentimientos opuestos, totalmente independientes de la aprobación y desaprobación que le transmiten los progenitores, y son esos sentimientos los que deben observarse y tal vez rastrearse hasta su fuente.

En el acervo en desarrollo de recuerdos personales y de los fenómenos que constituyen la realidad psíquica interior del niño individual, aparecen elementos que al principio están simplemente opuestos. Puede denominárselo elementos de apoyo y destrucción, amistosos y hostiles, o benignos y persecutorios; surgen en parte de las satisfacciones y frustraciones del infante en la experiencia de vida que incluye las excitaciones y, en parte, esta acumulación de elementos positivos y negativos depende de la capacidad del infante para evitar el dolor de la ambivalencia absteniéndose de juntar los objetos sentidos como buenos o malos (1).

No puedo evitar aquí el empleo de las palabras "bueno" y "malo", aunque con él burlo mi propio objetivo, que es describir fenómenos anteriores al empleo de palabras. El hecho es que estos hechos importantes que ocurren en el infante y el niño pequeño en desarrollo exigen una descripción en términos de bien y mal.

Todo esto está estrechamente entrelazado con la percepción de la aprobación y desaprobación maternas, pero en este caso (como en todos) el factor interno y personal es más importante que el externo o ambiental, precepto éste que está en el corazón mismo de esta comunicación. Si me equivoco en este aspecto, mi tesis es errónea. Si mi tesis es errónea, los infantes y niños pequeños dependen realmente de que se haya inyectado en ellos lo correcto y lo incorrecto. Esto significa que los progenitores deben aprobar y desaprobar en lugar de amar, y en realidad ser educadores morales en lugar de padres. ¡Cuánto lo detestarían ellos!

El niño necesita encontrar aprobación o desaprobación, pero los padres por lo general aguardan, absteniéndose de demostrarlas hasta descubrir en su infante los rudimentos de un sentido de los valores y del bien y el mal, de lo correcto e incorrecto, en el ámbito particular del cuidado infantil que importa en ese momento.

Ahora es necesario echar una mirada a la realidad psíquica interior del infante y el niño. Esa realidad interior se vuelve un mundo personal en rápido crecimiento, localizado por el niño tanto dentro como fuera del self, que acaba de establecerse como una unidad con una "piel". Lo que está adentro forma parte del self, aunque no intrínsecamente, y puede ser proyectado. Lo que está afuera no es parte del self, aunque tampoco intrínsecamente, y puede ser introyectado. En la salud se produce un intercambio constante mientras el niño vive y recoge experiencias, de modo que el mundo externo es enriquecido por el potencial interior, y el interno se enriquece con lo que pertenece al exterior.

Está claro que la base de estos mecanismos mentales es el funcionamiento de la incorporación y la eliminación en la experiencia corporal. Finalmente el niño, que se ha convertido en un individuo maduro, puede percibir que existe lo verdaderamente ambiental, y esto incluye las tendencias heredadas así como la provisión ambiental, el mundo pasado y futuro, y el universo hasta ese momento desconocido.

Es evidente que a medida que el niño crece de este modo, él mismo no es el único contenido de su self

personal. Cada vez más la provisión ambiental modela al self. El bebé que adopta un objeto casi como una parte del self no podría haberlo hecho de no haber estado ese objeto allí, listo para la adopción. Del mismo modo, los introyectos no sólo son exportaciones reimportadas, sino también verdaderas mercaderías extranjeras. El infante no puede saberlo hasta que se haya producido una considerable maduración y la mente se haya vuelto capaz de abordar intelectual e inteligentemente fenómenos que no tienen ningún sentido en los términos de la aceptación emocional. En los términos de la aceptación emocional, el self, en su núcleo, es siempre personal, está aislado y no lo afecta la experiencia.

Este modo de considerar el desarrollo emocional es importante para mi argumentación, pues a medida que la criatura crece de este modo se prepara la etapa en la que los encargados del cuidado del infante y el niño pondrán a su alcance no sólo objetos (por ejemplo: muñecas, ositos o trenes de juguete) sino también códigos morales. Estos códigos morales se transmiten de modo sutil mediante expresiones de aceptación o con amenazas de retiro del amor. De hecho, para designar el modo como las ideas de lo correcto y lo incorrecto pueden comunicarse a los infantes y los niños pequeños, en los términos de la transformación de la incontinencia en autocontrol socializado, se ha utilizado la frase "moral de esfínteres". El control de las excreciones es sólo un ejemplo más bien obvio entre una multitud de fenómenos análogos. No obstante, en los términos de la moral de esfínteres es fácil ver que los padres que esperan que el niño pequeño cumpla con las regulaciones antes de llegar a la etapa en la que el autocontrol tiene significado, privan al niño de la sensación de logro y de la fe en la naturaleza humana inducidas por el progreso natural hacia ese proceso. Este tipo de actitud errónea respecto del "entrenamiento" ignora la maduración del niño, e ignora el deseo del niño de ser como las otras personas y animales que están en su mundo.

Sin duda hay y siempre habrá quienes por naturaleza y cultura prefieran implantar normas morales, así como existen quienes por naturaleza y cultura prefieren esperar los desarrollos naturales -tal vez esperarlos mucho tiempo-. Pero estas cuestiones pueden discutirse.

La respuesta es que siempre hay más que ganar con el amor que con la educación. En este caso el amor significa la totalidad del cuidado del infante y el niño, ese cuidado que facilita los procesos de la maduración. También incluye el odio. La educación significa sanciones y la implantación de valores parentales o sociales externos al crecimiento y la maduración interiores del niño. La educación como enseñanza de la aritmética tiene que esperar el grado de integración personal del infante que le da significado al concepto de uno, y también a la idea contenida en el pronombre de la primera persona singular. El niño que conoce el sentimiento del yo soy, y que puede retenerlo, conoce el uno, e inmediatamente quiere que le enseñen a sumar, restar y multiplicar. Del mismo modo, la educación moral sigue naturalmente a la llegada de la moral en virtud de los procesos evolutivos naturales que el buen cuidado facilita.

El sentido de los valores

Pronto surge una pregunta: ¿qué decir de un sentido de los valores en general? ¿Cuál es el deber de los padres acerca de esto? Esta cuestión más general viene a continuación del manejo de los problemas más específicos de la conducta del infante. También en este caso hay quienes temen esperar e implantan, así como existen los que esperan, y están preparados para presentar las ideas y expectativas que el niño puede usar cuando llega a cada nueva etapa evolutiva de integración y de capacidad para la consideración objetiva.

Con respecto a la religión y a la idea de un Dios, encontramos dos extremos claros: el de quienes no saben que el niño tiene capacidad para crear un Dios, y le implantan la idea lo antes posible, y el de quienes aguardan y ven los resultados de sus esfuerzos por satisfacer las necesidades del infante en desarrollo. Estos últimos, como ya he dicho, le presentarán al niño los dioses de la familia cuando él haya llegado a la etapa de su aceptación. El patrón que establezcan será mínimo, mientras que en el primer caso lo que se desea es precisamente establecer el patrón, y al niño sólo le cabe aceptar o rechazar esa entidad esencialmente extraña, el concepto de Dios implantado.

Hay quienes propugnan que no se deje al alcance del niño ningún fenómeno cultural al que la criatura pueda aferrarse y que pueda adoptar. Incluso conozco a un padre que se negó a permitir que su hija conociera ningún cuento de hadas, ninguna idea de las brujas, las hadas o las princesas, porque quería que la niña tuviera una personalidad exclusivamente suya. A esa pobre niña se le pedía que empezara desde cero a concebir las ideas y las realizaciones artísticas producidas por la humanidad durante siglos. Este esquema no da resultados.

Del mismo modo, no constituye ninguna respuesta al problema de los valores morales esperar que el niño tenga los suyos propios, sin que los padres le ofrezcan nada proveniente del sistema social local. Hay una razón especial por la cual tiene que haber algún código moral accesible, a saber: que el código moral innato del infante y el niño pequeño es demasiado feroz, demasiado tosco, demasiado mutilador. El código moral adulto es necesario porque humaniza lo que en el niño es subhumano. El infante teme la venganza. En una experiencia excitada de relación con un objeto bueno, el niño muerde y siente que también el objeto es mordedor. El niño disfruta de una orgía excretoria, y el mundo se llena de agua que inunda e inmundicia que entierra. Estos temores primitivos se humanizan principalmente en virtud de las experiencias del niño con los padres, quienes desaprueban y se enojan pero no muerden, ni ahogan, ni lo queman en una retaliación que corresponda exactamente al impulso o fantasía infantiles.

Gracias a su experiencia de vida, en la salud el niño llega a estar pronto a creer en algo que puede transferirse como un Dios personal. Pero la idea del Dios personal no tiene ningún valor para un niño que carece de la experiencia de los seres humanos, de personas que humanizan las pavorosas formaciones del superyó directamente relacionadas con el impulso y la fantasía infantiles que acompañan al funcionamiento corporal, y con las excitaciones rudas que envuelve el instinto (2).

Este principio que afecta la transmisión de los valores morales también se aplica a la entrega de la antorcha total de la civilización y la cultura. El niño que puede escuchar a Mozart, Haydn y Scarlatti desde el principio, tendrá un buen gusto precoz que podrá exhibirse en las reuniones sociales. Pero lo probable es que tenga que empezar con los ruidos emitidos soplando un peine envuelto en papel higiénico, y que después pase gradualmente a golpetear una olla, a soplar una vieja corneta; la distancia entre sus gritos o los ruidos vulgares hasta Voi che sapete es muy amplia, y la apreciación de lo sublime debe ser un logro personal, no un implante. Sin embargo, ningún niño puede escribir o interpretar su propio Mozart. Tenemos que ayudarlo a descubrir ese y otros tesoros. En la vida, esto implica que les proveamos a nuestros hijos un ejemplo, sin pretender ser mejores de lo que en realidad somos, no fraudulento, sino tolerablemente decente.

La moral más feroz es la de la infancia temprana, que subsiste como un filón de la naturaleza humana discernible a lo largo de toda la vida del individuo. Para el infante la inmoralidad es obedecer a expensas del modo de vida personal. Por ejemplo, un niño de cualquier edad puede sentir que comer está mal, incluso al extremo de morir por ese principio. La obediencia genera recompensas inmediatas, y es sumamente fácil que los adultos la confundan con crecimiento. Los procesos de la maduración pueden rodearse y reemplazarse por una serie de identificaciones, de modo que lo que se ve clínicamente es un self falso que interpreta un papel, quizás una copia de alguien; lo que podría denominarse self verdadero o esencial queda oculto y privado de experiencia vital. Esto lleva a muchas personas que parecen haberse desempeñado bien a poner fin a sus vidas, que se han vuelto falsas e irreales; el éxito irreal es la moral en su punto más bajo, y en comparación con él apenas cuentan las transgresiones sexuales.

Debo referirme a una etapa del desarrollo del niño que tiene especial importancia, aunque sólo representa un ejemplo adicional y mucho más complejo de la provisión ambiental que facilita los procesos de la maduración.

En la etapa a la que me refiero surge gradualmente en el niño la capacidad para experimentar un sentido de responsabilidad que en su base es un sentimiento de culpa. El factor ambiental esencial en este caso es la presencia sostenida de la madre o la figura materna durante el tiempo en el que el infante y el niño ajustan la destructividad que forma parte de su constitución, y que pasa a ser cada vez más un rasgo de la experiencia de las relaciones objetales. La fase del desarrollo a la que me refiero dura entre los seis meses y los dos años; después de ella el niño ya puede realizar una integración satisfactoria de la idea de destruir al objeto y el hecho

de que ama al mismo objeto. Durante todo ese tiempo es necesaria la madre, en virtud de su valor de supervivencia. Ella es una madre-ambiente y al mismo tiempo una madre-objeto, el objeto del amor excitado. En este último rol es repetidamente destruida o dañada. Poco a poco el niño llega a integrar esos dos aspectos de la madre y a poder amar a la madre superviviente, siendo al mismo tiempo afectuoso con ella. Esta fase supone en el niño un tipo especial de angustia que se denomina sentimiento de culpa, culpa relacionada con una idea de destrucción en la que también opera el amor. Es esta angustia la que impulsa al niño a conductas constructivas o activamente afectuosas dentro de su mundo limitado, reviviendo el objeto, haciendo que se reponga, reconstruyendo la cosa dañada. Si durante esta fase la figura materna está separada del niño, éste no encuentra o pierde la capacidad para sentir culpa, y en lugar de ello experimenta una angustia salvaje sencillamente inútil. (He descrito este proceso en otra parte más acabadamente de lo que puedo hacerlo aquí; desde luego, debemos a Melanie Klein el principal trabajo que nos llevó a comprender esta parte del desarrollo del niño: se encuentra en sus escritos bajo el título de "La posición depresiva").

La provisión de oportunidades

Hay una etapa esencial en el desarrollo del niño que no tiene nada que ver con la educación moral, salvo en el sentido de que, si se supera con éxito, la solución personal y propia del problema de la destrucción de lo amado por parte del niño se convierte en un anhelo de trabajar o adquirir habilidades. Entonces la provisión de oportunidades (y esto incluye la enseñanza de habilidades) satisface la necesidad del niño. Pero esta necesidad es el factor esencial, y surge de la instauración en el self de la capacidad para soportar el sentimiento de culpa con respecto a los impulsos y las ideas destructivas, para soportar el sentirse en general responsable de las ideas destructivas, gracias a haber adquirido confianza en los impulsos reparadores y en las oportunidades para aportar. Esto reaparece en gran escala en el período de la adolescencia, y es bien sabido que la provisión a los jóvenes de oportunidades de servir tiene mayor valor que la educación moral en el sentido de enseñarles ética.

Indiqué antes que retomaría la idea de la maldad y los malos. Para el psiquiatra, los malos están enfermos. La maldad forma parte del cuadro clínico producido por la tendencia antisocial. Oscila entre la enuresis y el robo, pasando por la mendacidad, e incluye la conducta agresiva, los actos destructivos, la crueldad compulsiva y las perversiones. Para comprender la etiología de la tendencia antisocial puede recurrirse a una vasta literatura, y aquí sólo podemos decir algunas palabras. En síntesis, la tendencia antisocial representa la única esperanza de un niño en otros sentidos desesperado, desdichado e inofensivo; una manifestación de la tendencia antisocial significa que en el niño se ha desarrollado alguna esperanza, la esperanza de que puede encontrarse algún modo para salvar una brecha. Esta brecha es la quiebra de la continuidad de la provisión ambiental, experimentada en una etapa de dependencia relativa. En todos los casos se ha experimentado una quiebra en la continuidad de la provisión ambiental, y de ello ha resultado una detención de los procesos de la maduración y un penoso estado clínico confusional en el niño.

A menudo, si el psiquiatra infantil puede abordar el caso antes del desarrollo de un beneficio secundario, puede ayudar al niño a volver al punto anterior a la ruptura, para que en lugar de aparecer el robo se dé un retorno a una buena relación con la madre o con un progenitor o figura materna. La maldad desaparece cuando se tiende un puente sobre la brecha. Esta es una simplificación pero aquí tenemos que conformarnos con ella. La maldad compulsiva es prácticamente lo último que se cura o siquiera se detiene gracias a la educación moral. El niño sabe íntimamente que su conducta malvada encierra esperanzas, y que la obediencia o la socialización falsa está asociada con la desesperación. Para el antisocial y la persona malvada, el educador moral está en la posición errónea.

La comprensión que puede ofrecer el psicoanálisis es importante aunque de valor práctico limitado. El pensamiento moderno, basado en gran medida en el psicoanálisis, permite ver qué es lo importante en el cuidado del infante y el niño, y libera a los padres de la carga de suponer que son ellos quienes tienen que hacer buenos a los hijos. Evalúa los procesos de la maduración y los relaciona con el ambiente facilitador. Examina el desarrollo del sentido moral en el individuo, y demuestra que en la salud hay capacidad para experimentar un sentido de la responsabilidad personal.

Lo que el psicoanálisis deja sin resolver tiene que ver con la educación moral de los individuos que no han madurado en ciertos aspectos esenciales, y en esa medida no tienen capacidad para la evaluación moral ni para sentir responsabilidad. El psicoanalista dice simplemente que esas personas están enfermas, y en algunos casos puede proporcionarles un tratamiento eficaz. Pero subsiste el hecho de los esfuerzos del educador moral por tratar a esos individuos, enfermos o no. Al psicoanalista sólo le cabe pedirle al educador moral que no les aplique a personas sanas sus métodos destinados a esos enfermos. La gran mayoría de las personas no están enfermas, aunque por cierto presentan todo tipo de síntomas. Las medidas enérgicas o represivas, incluso el adoctrinamiento, pueden satisfacer las necesidades de la sociedad en cuanto al manejo del individuo antisocial, pero esas medidas son lo peor posible para las personas sanas, para quienes pueden crecer desde dentro si cuentan con el ambiente facilitador, sobre todo en las primeras etapas de su evolución. Son estas últimas personas, las sanas, quienes se convierten en los adultos que constituyen la sociedad, y colectivamente establecen y mantienen el código moral para las décadas siguientes, hasta que sus hijos los releven.

Para citar de nuevo la primera conferencia del profesor Niblett en este ciclo, no podemos desprendernos de los adolescentes diciéndoles simplemente "ahora es cosa tuya". Tenemos que proporcionarles durante la infancia, la niñez y la adolescencia, en el hogar y en la escuela, un ambiente facilitador en el que cada individuo pueda desarrollar su propia capacidad moral, un superyó que evolucione naturalmente a partir de los elementos rudimentarios del superyó de la infancia y encuentre su propio modo de emplear o no emplear el código moral y el acervo cultural general de nuestra época.

Cuando el niño avanza hacia el estado adulto, el acento ya no está en el código moral que nosotros le transmitimos, sino en eso más positivo que es el acervo de los logros culturales del hombre. Y en lugar de educación moral tenemos que darle al niño la oportunidad de ser creador, esa oportunidad que le ofrecen la práctica de las artes y la práctica del vivir a todas las personas que no se limitan a copiar y obedecer, sino que auténticamente progresan hacia una autoexpresión personal.



Biblioteca D. Winnicott

Evacuación de niños pequeños

1939

Carta al Briyish Medical Journal. [16 de diciembre de 1939]

Señor:

La evacuación de niños pequeños, de 2 a 5 años de edad, crea grandes problemas psicológicos. Se están elaborando planes para la evacuación, y antes de que se los complete desearíamos llamar la atención sobre estos problemas.

Interferir la vida de un niño que da sus primeros pasos tiene peligros de los cuales existen pocos equivalentes en el caso de los niños de mayor edad. La evacuación de los niños mayores ha sido lo bastante exitosa como para mostrar, si es que antes no se lo sabía, que muchos niños de más de 5 años son capaces de soportar la separación de su hogar, y aun se benefician con ella. Pero de esto no se desprende que la evacuación de niños menores sin su madre pueda alcanzar igual éxito o estar libre de peligros.

Entre las numerosas investigaciones realizadas sobre este tema puede citarse una reciente, llevada a cabo por uno de nosotros en la Clínica de Orientación Infantil, de Londres. Reveló que uno de los importantes factores externos que causan la delincuencia persistente es la prolongada separación del niño y la madre cuando aquél es pequeño. Más de la mitad de una serie estadísticamente válida de casos estudiados habían padecido la separación de su madre y su medio familiar durante seis meses o más en los primeros 5 años de vida. El examen de las historias individuales confirmó la inferencia estadística de que la separación era el factor etiológico sobresaliente en estos casos. Aparte de una patología grosera como lo es la delincuencia crónica, a menudo es dable atribuir a tales perturbaciones del ambiente del niño pequeño los trastornos leves de conducta, la angustia y la tendencia a contraer diversas enfermedades físicas, y la mayor parte de las madres de dichos niños lo saben y no están dispuestas a dejar a sus pequeños, salvo por muy breves períodos.

Si bien un niño de cualquier edad puede sentirse triste o perturbado por tener que abandonar su hogar, lo que aquí queremos señalar es que en el caso de un niño pequeño tal experiencia puede implicar mucho más que la tristeza manifiesta. De hecho, puede equivaler a un "apagón" [blackout] emocional y dar origen fácilmente a una grave alteración del desarrollo de la personalidad, capaz de perdurar toda la vida. (Los huérfanos y los niños sin hogar constituyen una tragedia desde el vamos, y en esta carta no nos ocupamos de los problemas que plantea su evacuación.)

Estas ideas son con frecuencia cuestionadas por personas que trabajan en guarderías y hogares para niños, quienes mencionan de qué extraordinaria manera los niños pequeños se acostumbran a una persona desconocida para ellos y parecen muy felices, en tanto que los que tienen unos años más muestran a menudo signos de desazón. Aunque esto sea cierto, en nuestra opinión esa felicidad puede muy bien resultar engañosa. Pese a ella, los niños con frecuencia no reconocen a su madre al regresar al hogar. Cuando esto sucede, se comprueba que han sufrido un daño radical y que el carácter del niño quedó seriamente distorsionado. La capacidad de experimentar y expresar tristeza marca una etapa en el desarrollo de la

personalidad de un niño y de su capacidad para las relaciones sociales.

Si estas opiniones son correctas, de ellas se desprende que la evacuación de niños pequeños sin sus respectivas madres puede ocasionar muy graves y generalizados trastornos psicológicos. Por ejemplo, puede provocar un gran aumento de la delincuencia juvenil en la próxima década.

Mucho más podría decirse acerca de este problema sobre la base de hechos conocidos. Con esta carta sólo queremos llamar la atención de las autoridades hacia la existencia del problema.

Quedamos de usted, etc.,

John Bowlby
Emanuel Miller
D. W. Winnicott
Londres

P S I K O L I B R O

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

Apéndice a "la localización de la experiencia cultural", 1967

'Me Location of Cultural Experience' (1967), en Playing and Reality, Londres, Tavistock; Nueva York, Basic Books, 1971; Penguin, 1974..

Desde que escribí el artículo "La localización de la experiencia cultural" fui sintiendo gradualmente una necesidad imprevista de algo que correspondiese a la experiencia cultural pero estuviese localizado dentro y no fuera. La redacción de este apéndice a dicho artículo se basa en el material que me presentaron los pacientes, aunque al tratar de ilustrar lo que quiero decir me fundo en mi experiencia personal.

Tal vez valga la pena mencionar que tengo una gran necesidad de

sentarme sobre el suelo, en un rincón oscuro de mi habitación, y quedarme dormido. Así sucedió mientras trataba de averiguar qué era lo que yo quería formular. Me quedé dormido pensando que quizás al despertar encontrase algún caso que pudiera ejemplificar en forma apropiada el juego del garabato, y lo que resultó de esto me sorprendió. El sueño que tuve me dijo qué era lo que yo intentaba formular, y al despertar, antes de abrir los ojos, estaba convencido de que iba a estar mirando hacia la ventana; no obstante, supe desde luego, tan pronto me puse a pensar, que estaba sentado mirando hacia el otro lado. Me concedí un largo rato para obtener la sensación plena de esta experiencia especular. A la postre, cuando sentí que ya había pasado el tiempo suficiente y lo supe con certeza al sentir que si abría los ojos vería la ventana-, me di el lujo de la plena experiencia del despertar, y me encontré mirando hacia el otro lado, de espaldas a la ventana.

Ahora tenía bien en claro a qué se refería lo que pasaba por mi mente, y me dirigí enseguida al otro cuarto para dictar algo que lo formulase.

En mi artículo anterior enuncié la necesidad de un espacio potencial para localizar el juego y la experiencia cultural en general. Deliberadamente quise dar la impresión de que ese espacio potencial, en caso de existir, quedaría fuera de la línea divisoria entre lo interno y lo externo. Ahora quisiera referirme al espacio potencial que queda dentro de esa línea.

En el sueño que me ocupó intensamente durante el rato que me quedé dormido, yo estaba viviendo una experiencia en una zona que llamo "mi club". Es algo que descubrí hace poco. Apenas unos años atrás caí súbitamente en la cuenta de que durante muchos años había estado viviendo en una especie de comunidad situada en el lado onírico de la vigilia, pero que no era sin embargo material onírico. Una vez que recordé esta clase de sueños pude remontarme hasta sus inicios, aunque hasta la fecha en que

comencé a recordarlos jamás los había traído a la conciencia.

Esta manera de soñar se inició quizá treinta o cuarenta años atrás, y la llamo "mi club" por dos razones. Una es que por esa época yo dejé de pertenecer al [club] Ateneo y la otra es que la clase de sueños a que me refiero siempre versaron sobre un club. Recuerdo la época en que estaba soñando y viajé hasta la costa meridional y allí descubrí, probablemente entre las colinas de las tierras bajas del sur, una gran casa que parecía vacía, o al menos inaccesible para mí. Muy gradualmente, con el curso de los años, este lugar de mis sueños se fue convirtiendo en una comunidad en la que pude ingresar. Sus habitantes crecieron, desarrollaron relaciones, cambiaron, y en general este club me dio un enorme sentido de estabilidad, que guarda gran correspondencia con el uso que hace la gente de un club como el Ateneo.

Jamás intenté hacer uso de este material, salvo para aludir a él humorísticamente a veces cuando alguien me preguntaba en qué había estado soñando, y yo respondía: "Estuve en mi club". En la experiencia que tuve inmediatamente antes de dictar estas palabras, corría una aventura sumamente vívida, en la que salía del club con amigos de toda clase para visitar un lugar que quedaba fuera de él. La noche anterior había tenido un sueño en el que íbamos en varios grupos, usando diversos automóviles, a otro club donde presuntamente yo tenía que pronunciar una conferencia. No me gustó nada comprobar que llegábamos tarde, y que se esperaba que concurriéramos vestidos como para una velada nocturna y la anfitriona se lamentaba de mi andrajoso aspecto.

Habitualmente la vida en el club y sus alrededores no es desagradable, pero en esta oportunidad me puse contento de despertar, ya que mi conferencia ni siquiera iba a ser buena teniendo en cuenta la confusión que rodeó los preparativos. La muy vívida excursión en la que partíamos del club, experienciada

antes de resolver escribir al respecto, era en alguna medida continuación de lo acontecido en el club la noche previa.

Cuando reflexiono un poco sobre el asunto,. veo que tiene cierta relación con el sueño profundo; parecida a la que tiene lo que normalmente llamamos el fantaseo de los niños, en especial porque ese soñar es hasta cierto punto manipulado, y por cierto jamás va a contener las grandes excitaciones y angustias propias de un verdadero sueño.

En esta clase de soñar hay una muy definida continuidad temporal, y en -lo que respecto- a su localización, debo situarlo, con respecto -a la línea que sepárala vigilia del soñar, del lado del dormir. Sin duda, guarda relación con el mundo de fantasía en desarrollo de un novelista.

Es como si merced a esta experiencia yo supiera cómo sería ser John Galsworthy mientras La saga de los Forsyte se desarrollaba en, forma continua en su mente en el curso de varios años, con personajes que tenían una personalidad y características, y aun enfermedades, bien definidas. Y pude entender muy bien la necesidad de un autor de escribir estas experiencias y publicarlas en forma de novela. Nuestro espíritu se sobrecoge al pensar qué tipo de club, o algo que correspondiese- a un club, habrá poblado la mente de un Tolstoy, y cuán grande debe haber sido la necesidad de escribir de ese hombre, de modo tal que los personajes pudieran crecer y evolucionar y morir, y no convertirse en un tremendo bloqueo de la vida psíquica del autor.

En mi caso, no hay ninguna riqueza particular ni nada que merezca ser escrito, y sin embargo esta historia, por su continuidad misma y por las cosas sorprendentes que suceden en ella, me brinda una novela permanente que puedo leer sin leer, o escribir sin escribir. Noté que un exceso de té o de café intensifica mucho mi proclividad a vivir en esa zona cuando me quedo dormido, con

lo cual quiero decir que el sitio en que vivo en relación con toda la gente de mi club y bien contento estoy de tenerlo- es el dormir posible, pero sujeto a la amenaza del desvelo. Sé, no obstante, que debo dar cabida al material onírico que sólo acude en un sueño verdaderamente profundo, cuando la mente no tiene necesidad de estar activa y creativa y controlando, en la forma en que la ayuda a estar la cafeína.

Pienso que esta idea no es de particular importancia para el analista, salvo en cuanto lo haga abstenerse de analizar esta clase de sueños cuando le son comunicados, del mismo modo que en el análisis de niños se abstiene de analizar el fantaseo, o la capacidad infinita del niño para escribir historietas. Así pues, uno sabe que debe aguardar el material proveniente de un estrato más profundo antes de usar, el material como una comunicación que viene de lo inconsciente.

Biblioteca D. Winnicott

Factores de integración y desorganización en la vida familiar

(1957)

Sería una perogrullada decir que la familia constituye una parte esencial de nuestra civilización. La forma en que organizamos nuestras familias demuestra prácticamente cómo es nuestra cultura, tal como el retrato de un rostro refleja al individuo. La familia siempre sigue siendo importante y explica buena parte de nuestros traslados y viajes. Emigramos, nos trasladamos del Este al Oeste o del Sur al Norte, debido a la necesidad de apartarnos, y luego regresamos periódicamente al hogar, nada más que para renovar los contactos. Y empleamos mucho tiempo en escribir cartas, enviar telegramas, hacer llamados telefónicos, y obtener información con respecto a nuestros familiares; además, en momentos de tensión, la mayoría de los individuos se convierten en adeptos incondicionales con respecto al marco familiar y desconfiados frente a todo el que sea ajeno a él.

Sin embargo, y a pesar de tratarse de un tema que todos conocemos bien, la familia merece que la examinemos concienzudamente. Como psicoanalista que estudia el desarrollo emocional individual en forma muy detallada, he aprendido que cada individuo necesita recorrer el largo camino que va desde estar fusionado con la madre hasta convertirse en una persona distinta, relacionada con la madre, y con la madre y el padre como pareja; a partir de ese momento el viaje transcurre dentro del territorio que se conoce como la familia, donde el padre y la madre constituyen los principales factores estructurales. La familia tiene su propio crecimiento, y el niño pequeño experimenta los cambios inherentes a la expansión gradual de la familia y las dificultades que ello acarrea. La familia protege al niño del mundo pero, gradualmente, el mundo comienza a infiltrarse. Las tías y los tíos, los vecinos, los primeros grupos de hermanos, y finalmente la escuela: esta gradual infiltración del medio constituye la forma más indicada para que el niño llegue a transigir con el mundo en general, y sigue exactamente el patrón de la introducción del niño en la realidad externa que está a cargo de la madre.

Sé bien que nuestros familiares constituyen muchas veces una molestia, y que tenemos una gran tendencia a quejarnos por la carga que significan. Con todo, son importantes para nosotros. Basta contemplar las penurias de los hombres y las mujeres que carecen de familiares, por ejemplo, el caso de algunos refugiados y de niños ilegítimos, para comprender que el hecho de no tener familiares que nos den la posibilidad de convertirlos en blanco de nuestras quejas, de amarlos, de ser amados por ellos, de odiarlos y temerlos, constituye una tremenda desventaja y nos lleva a desconfiar incluso de nuestros vecinos más cordiales.

¿Qué descubrimos cuando examinamos algunas de las dificultades bien concretas con que nos topamos en cuanto empezamos a mirar por debajo de la superficie?.

Tendencias positivas en los padres

Después de la ceremonia de bodas, llega un momento en que resulta muy conveniente que el número de

miembros de la familia aumente con la llegada de los hijos. Si éstos nacen demasiado pronto, es posible que no sean muy bien recibidos, porque la joven pareja aún no ha pasado por la etapa inicial en la que cada uno de ellos lo es todo para el otro. Todos conocemos casos en que, en cierto sentido, el primer hijo destruyó la relación entre el padre y la madre y sufrió a causa de ello. También conocemos muchos matrimonios sin hijos. Consideremos los casos en que hay niños, que son una consecuencia natural de la relación entre el padre y la madre y, supongamos que se trata de chicos sanos. A menudo se dice, en parte como broma pero también con cierta dosis de verdad, que los niños constituyen una molestia; pero, si llegan en el momento adecuado de una relación, entonces son una molestia conveniente. Parece haber algo en la naturaleza humana que anticipa o presupone cierta dosis de molestia, y es mejor que se trate de un hijo y no de una enfermedad o un desastre ambiental.

La existencia de una familia y el mantenimiento de una atmósfera familiar son el producto de la relación entre los padres dentro del marco social en que viven. Qué es lo que aportan los padres a la familia que están construyendo es algo que estará condicionado, en gran medida, por su relación general con el círculo más amplio que los rodea, su marco social inmediato. Es factible pensar en círculos cada vez más amplios, en los que las condiciones interiores de cada grupo social estarán determinadas por su relación con otro grupo social externo. Desde luego, los círculos se superponen. Más de una familia constituye una empresa en marcha, a pesar de lo cual no soportaría verse desarraigada y transplantada.

Pero no es posible considerar a los padres únicamente en términos de su relación con la sociedad. Existen fuerzas poderosas que crean y ligan a las familias en términos de la relación entre los padres mismos. Dichas fuerzas se han estudiado en forma muy cuidadosa, y corresponden a la muy compleja fantasía del sexo. El sexo no es meramente una cuestión de satisfacción física. Quiero recalcar particularmente que las satisfacciones sexuales equivalen a haber alcanzado un crecimiento emocional personal; cuando dichas satisfacciones se dan en relaciones que son personal y socialmente aceptables, representan una culminación de la salud mental. En el caso contrario, las perturbaciones en el campo sexual están asociadas con toda clase de trastornos neuróticos, enfermedades psicosomáticas y una gran merma del potencial de cada individuo. Sin embargo, aunque el impulso sexual tiene una importancia vital, la satisfacción completa no constituye en sí misma una meta cuando se considera el tema de la familia. Vale la pena advertir que existe un considerable número de familias que se consideran felices, por más que estén construidas sobre una base de satisfacciones físicas no demasiado intensas por parte de los progenitores. Los ejemplos extremos de satisfacción física tal vez pertenezcan inconfundiblemente al amor romántico, el cual no necesariamente constituye la mejor base para construir un hogar.

Algunas personas tienen escasa capacidad para disfrutar del sexo. Otras abiertamente prefieren la experiencia autoerótica o la homosexualidad. Con todo, es evidentemente una experiencia muy rica y afortunada para todos los miembros de la familia el que los padres puedan disfrutar sin problemas de la actividad que es propia de la madurez emocional del individuo. Además, sabemos que existen otros factores en la relación entre los padres que tienden naturalmente a consolidar la unidad familiar, como por ejemplo, el profundo deseo de cada uno de ellos de parecerse a sus progenitores, en el sentido de actuar como adultos; así como también toda la vida de la imaginación, y una coincidencia de intereses y metas culturales.

Detengámonos por un momento para considerar lo que denomino "la fantasía del sexo". Aquí me veré obligado a referirme a todas las cuestiones que se presenten, con la desusada franqueza que caracteriza a la labor psicoanalítica. El psicoanálisis nos mueve a dudar de que sea posible obtener una historia correcta y adecuada de un caso marital, salvo en la forma de subproducto de un tratamiento psicoanalítico, o de las condiciones especiales inherentes a la asistencia social psiquiátrica. La fantasía sexual total, consciente e inconsciente, es casi infinitamente variable y encierra vital importancia. Entre otras cosas, es necesario comprender el sentimiento de preocupación o culpa que se origina en los elementos destructivos (en gran medida inconscientes) que acompañan al impulso amoroso cuando éste se expresa físicamente. No es difícil aceptar que este sentimiento de preocupación y culpa contribuye en gran medida a la necesidad que experimenta cada progenitor, y los dos como pareja, de formar una familia. El incremento de la familia es el factor que más contribuye a neutralizar las horripilantes imágenes de daños causados, cuerpos destruidos y

monstruos engendrados. Las ansiedades muy concretas que experimenta el padre cuando llega el momento del parto reflejan con la misma claridad las ansiedades inherentes a la fantasía del sexo y no tan sólo las realidades físicas. Sin duda, gran parte de la alegría que la llegada del bebé introduce en la vida de los padres radica en el hecho de que sea una criatura humana y esté intacta y, además, en que contiene algo que promueve la vida - esto es, vivir, tomado como algo independiente del conservar la vida-, ya que el bebé tiene una tendencia innata a respirar, moverse y crecer. Durante un tiempo, el niño como una realidad concreta se encarga de neutralizar todas las fantasías del bien y el mal, y la vitalidad innata de cada niño proporciona a los padres un enorme alivio a medida que éstos gradualmente acaban por convencerse acerca de esa realidad, esto es, alivio con respecto a las ideas que se originan en su sentimiento de culpa o de desvalorización.

No es posible comprender la actitud de los padres para con los hijos si no se tiene en cuenta qué significa cada uno de los hijos en términos de la fantasía consciente e inconsciente de los progenitores con respecto al acto que dio lugar a la concepción. Los padres tienen sentimientos y actitudes muy distintas con respecto a cada uno de sus hijos, lo cual obedece, en gran medida, a la relación que existía entre los padres en el momento de la concepción, durante el embarazo de la madre, en el momento del parto y posteriormente. En esto interviene también el efecto que el embarazo de la esposa ejerce sobre el marido: en algunos casos extremos, el marido se aparta de su mujer cuando ésta queda embarazada; en otras ocasiones, este mismo hecho lo liga aún más a ella. En todos los casos, la relación entre los padres sufre una alteración, que a menudo consiste en un gran enriquecimiento y en un mayor sentido de la responsabilidad mutua.

A veces oímos decir que es extraño que los hijos sean tan distintos entre sí, ya que tienen los mismos padres y se los cría en una misma casa y un mismo hogar. Esto significa pasar por alto la elaboración imaginativa de la importante función del sexo, y la forma en que cada niño encaja específicamente, o le resulta imposible hacerlo, dentro de cierto marco imaginativo y emocional, un marco que jamás volverá a darse aun cuando el resto del medio físico permanezca inmutable.

Hay muchas otras variaciones sobre este tema, algunas de las cuales son complejas mientras otras resultan evidentes, por ejemplo, el hecho de que el bebé sea varón o niña puede afectar profundamente la relación entre los padres. A veces, ambos quieren un varón; en otras ocasiones, la madre tiene miedo de su amor por un hijo varón, y debido a ello no puede permitirse el placer que significa darle de mamar. A veces el padre prefiere una niña y la madre un varón, o viceversa.

Debe recordarse que la familia está compuesta por niños individuales, cada uno de los cuales es no sólo genéticamente distinto de los otros sino también muy sensible, en lo relativo a su crecimiento emocional, al hecho de responder o no a la fantasía de los padres, que enriquece y elabora recíprocamente la relación física que ellos tienen invariablemente, lo más importante en todo esto es la tremenda tranquilidad que el bebé humano . vivo aporta en razón de ser un hecho; un hecho real y, como ya dije provisoriamente capaz de neutralizar las fantasías y eliminar la perspectiva de catástrofes.

Quienes hayan adoptado un niño saben en qué medida éste puede llenar el vacío que se produce en las necesidades imaginativas que son fruto del matrimonio. Y las personas casadas que no tienen hijos pueden encontrar muchas otras maneras de tener una familia; a veces comprobamos que son quienes tienen las familias más numerosas. Pero habrían preferido tener sus propios hijos.

Lo que he dicho hasta ahora, entonces, es que ambos progenitores necesitan hijos reales en el desarrollo de su relación recíproca, y los impulsos positivos que ello engendra son muy poderosos. Para nuestros fines actuales, no basta decir que los padres aman a sus hijos; a menudo realmente llegan a amarlos, y también experimentan muchos otros sentimientos distintos. Los hijos necesitan algo más de sus padres aparte de su amor; necesitan algo que persista aún en los momentos en que sus padres se enojan con ellos, y también cuando su conducta justifica ese enfado.

Factores de desorganización en los padres

Al considerar las dificultades de los padres, siempre conviene recordar que no necesariamente son del todo maduros por el mero hecho de haberse casado y haber formado una familia. Cada uno de los miembros de la comunidad adulta está creciendo y continúa haciéndolo, esperamos, durante toda la vida. Pero al adulto le resulta muy difícil crecer sin desestimar los logros de etapas previas del crecimiento. Es fácil declarar que sí las personas son lo bastante maduras como para casarse y tener hijos, deberían conformarse con lo que tienen y dejar de lamentarse de una buena vez si no se sienten satisfechos consigo mismos. No obstante, sabemos que a los hombres y a las mujeres les falta en realidad mucho por crecer en las décadas que siguen al momento de la boda, si se casan temprano. En lo que se refiere a fundar una familia, es mejor que la pareja sea joven cuando se casa. Para los niños es más conveniente que los padres sean veinte o treinta años mayores que ellos mismos y que no sean demasiado inteligentes; tales padres aprenden de sus hijos y ello resulta sumamente útil. ¿Sería preferible, acaso, aspirar a que las personas no se casaran sino después de haber amasado una fortuna y sentirse, tal vez, algo seguras de sí mismas? Sin duda, es innegable que en la mayoría de los casos, hombres y mujeres necesitan concretar una primera etapa (por ejemplo casarse y tener una familia), como trampolín, a partir del cual eventualmente alcanzar un crecimiento personal ulterior. A menudo están dispuestos, y con gusto, a esperar varios años mientras sus hijos necesitan de ellos para formar el marco familiar, y luego saltan inesperadamente hacia adelante, como impulsados por una explosión de energía. Otras veces, en cambio, transcurre un período de enorme tensión hasta que los padres, o uno de ellos, puedan reiniciar una nueva fase del crecimiento.

Resulta difícil alcanzar una madurez total durante la adolescencia. La sociedad no ve con buenos ojos que los adolescentes gocen de libertad para realizar experiencias sexuales, y nunca faltan quienes aspiran que los hijos "se porten bien". Aplicado a la adolescencia, "portarse bien" equivale a "ser precavidos antes de entablar relaciones" y "ser precavidos" significa evitar embarazos e hijos ilegítimos. Muchos adolescentes atraviesan esta etapa de su vida con bastantes inhibiciones. En el caso de los hombres y las mujeres inmaduros que se casan, muchos de ellos encuentran gran alivio y placer en el hecho de formar una familia, pero no debe sorprendernos si, finalmente, el crecimiento de sus propios hijos los impulsa a proseguir con el propio, que quedó interrumpido durante su adolescencia.

Aquí interviene un factor social. En los últimos tiempos se han producido grandes cambios en todo el mundo. Si no hemos de tener más guerras, entonces tampoco tendremos la distracción que las guerras proporcionaban y que nos permitían descuidar los problemas de la adolescencia. Así, en todas partes comprobamos que los adolescentes están estableciendo esa etapa de la vida como una fase en el desarrollo que es necesario tener en cuenta. En esencia, se trata de una fase erizada de dificultades, una mezcla de dependencia y desafío, y la fase concluye cuando el adolescente se hace adulto. (No nos dejemos engañar por el hecho de que siempre aparezcan nuevos adolescentes que mantienen la situación candente.)

Diría que gran parte de lo que complica la vida familiar tiene que ver con lo que los padres hacen cuando agotan su capacidad de sacrificarlo todo por sus hijos. Una adolescencia demasiado prolongada en ambos progenitores o en uno de ellos comienza a hacerse sentir. Quizás esto se aplique en particular al padre, ya que la madre casi siempre se descubre a sí misma en los imprevistos físicos y emocionales inherentes a la maternidad. Pero también ella puede llegar a experimentar más tarde una tremenda necesidad de vivir un amor romántico o apasionado, cosa que evitó antes porque quería que su marido fuera también el mejor padre para sus hijos.

¿Qué será entonces de la familia? Sé muy bien que, en la gran mayoría de los casos, existe suficiente madurez en los padres como para que éstos puedan sacrificarse, tal como sus progenitores lo hicieron, a fin de establecer y mantener su familia, de modo que los hijos no sólo cuenten con una familia al nacer, sino que también puedan crecer y llegar a la adolescencia en el seno familiar y mantenerse en relación con la familia hasta lograr una vida independiente y quizás matrimonial. Pero no siempre sucede así.

Pienso que no deberíamos despreciar a quienes no eran muy maduros en el momento en que se casaron y no pueden aguardar indefinidamente, y para quienes llega un momento en la vida en que sienten la necesidad de

hacer repentinos avances en su crecimiento personal, o de lo contrario degenerar. A veces surgen problemas en el matrimonio, y entonces los niños deben estar en condiciones de adaptarse a la desintegración de la familia. En algunas ocasiones los padres pueden guiar a sus hijos hacia una independencia adulta satisfactoria a pesar de que ellos mismos se han visto en la necesidad de romper el vínculo matrimonial o quizás de volver a casarse con otra persona.

Desde luego, en cierto número de casos los matrimonios jóvenes evitan deliberadamente tener hijos porque saben que si bien han logrado algo valioso al casarse, se trata de una situación inestable y porque también saben que quizás tengan que hacer nuevos experimentos antes de estar en condiciones de establecer una familia, cosa que se proponen hacer eventualmente. Este deseo de formar una familia responde, en parte, a un anhelo natural y también a que esperan ser como otros progenitores y de esa manera llegar a socializarse e integrarse en la comunidad. Pero una familia no constituye el resultado natural de un amor romántico. En los casos más desafortunados, existe una situación caótica debida a dificultades muy serias entre los padres, que les impide cooperar incluso en el cuidado de los hijos, a quienes aman (1).

En esta reseña he omitido deliberadamente el efecto negativo de la enfermedad mental o física (2), pero he intentado demostrar cuán importante es el estudio de los factores de integración y desintegración que contribuyen al logro de una vida familiar o a su desorganización, factores que son producto de la relación entre un hombre y una mujer que han contraído matrimonio, y de la fantasía consciente e inconsciente de la vida sexual de ambos.

Tendencias positivas en los hijos

Al considerar el otro aspecto del problema, es decir, los factores de integración y desorganización de la vida familiar que provienen de los hijos, debe recordarse que cada progenitor ha sido, y, en cierta medida, sigue siendo, un hijo.

Es importante señalar que la integración de la familia deriva de la tendencia a la integración de cada uno de los hijos. La integración del individuo no es algo que pueda darse por sentado, sino una cuestión de crecimiento emocional. En el caso de todo ser humano, es necesario partir de un estado no integrado. Este tema de las etapas más tempranas del desarrollo infantil, en las que el self se establece por primera vez y depende todavía en forma absoluta del cuidado materno para todo progreso personal, ha sido objeto de cuidadosos estudios. En condiciones favorables corrientes (que tienen que ver con la estrecha identificación de la „ladre con el hijo y, más tarde, con el interés mancomunado de ambos progenitores, el niño se vuelve capaz de demostrar una tendencia innata a la integración, lo cual forma parte del proceso del crecimiento. Este último debe tener lugar en el caso de cada niño. Si las condiciones son favorables en las más tempranas etapas de gran dependencia, y se produce una integración de la personalidad, esa integración del individuo, que constituye un proceso activo que involucra tremendas energías, afecta al medio. El niño que se desarrolla bien, y cuya personalidad ha alcanzado la integración desde adentro mediante fuerzas innatas inherentes al crecimiento individual, ejerce un efecto integrador sobre el medio inmediato. Cabe decir que ese niño contribuye a la situación familiar.

Tal vez esta contribución de cada uno de los hijos no se haya tenido presente hasta que se experimenta en carne propia la conmoción que produce un hijo que enferma o es defectuoso, y que, por una razón u otra, no hace su contribución. Entonces podemos observar cómo gravita esto sobre la familia y los padres. Cuando el niño no contribuye los padres se ven abrumados por una tarea que no es del todo natural: deben proveer un marco hogareño y mantenerlo, y tratar de mantener una familia y una atmósfera familiar, a pesar de que no pueden espetar ayuda alguna de ese hijo en particular. Hay un límite más allá del cual no cabe esperar que los padres cumplan eficazmente con esa tarea.

La sociedad depende de la integración de los núcleos familiares, pero creo que es importante recordar que esos núcleos dependen, a su vez, de la integración que tiene lugar en el crecimiento de cada uno de sus miembros. En otras palabras, en una sociedad sana en la que puede florecer la democracia, es necesario que cierta

proporción de los individuos hayan alcanzado una integración satisfactoria en el desarrollo de su propia personalidad. La idea de democracia y de una forma democrática de vida surge de la salud y del crecimiento natural del individuo, y no puede mantenerse excepto por la integración de la personalidad individual, multiplicada varias veces, desde luego, de acuerdo con el número de individuos sanos, o relativamente sanos, que existan en la comunidad. Debe haber un número suficiente de individuos sanos como para compensar por las personalidades no integradas que no pueden contribuir, pues de otro modo la sociedad degenera y deja de ser una democracia.

Como corolario de todo esto, es evidente que no se puede hacer que una comunidad sea democrática, dado que al emprender la tarea de hacer que la sociedad sea democrática ya estamos aplicando una fuerza desde el exterior que sólo resulta eficaz si surge desde dentro, de la salud de cada individuo. Con todo, una sociedad sana incluye un cierto número de miembros pasivos, de modo que también una familia puede tener hijos cuyas tendencias integradoras sean débiles.

Cada niño, mediante el crecimiento emocional sano y el desarrollo de su personalidad en forma satisfactoria, promueve la familia y la atmósfera familiar. En sus esfuerzos por construir una familia, los padres se benefician con la suma de las tendencias integradoras de cada uno de sus hijos. No se trata simplemente de que el niño sea encantador, pues los niños no siempre son dulces. El niño pequeño y el de más edad nos halagan al esperar cierto grado de confiabilidad y disponibilidad al que respondemos, supongo que en parte gracias a nuestra capacidad para identificarnos con ellos. Esta capacidad de identificarse con los hijos depende, a su vez, de que el desarrollo de nuestra personalidad haya sido bastante bueno cuando teníamos la misma edad. En esta forma, nuestras propias capacidades se ven fortalecidas y puestas de manifiesto, y también desarrolladas, a través de lo que nuestros hijos esperan de nosotros. En formas muy sutiles y variadas, así como en otras más evidentes, los niños crean una familia a su alrededor, quizás porque necesitan algo, algo que nosotros les damos debido a lo que sabemos acerca de las expectativas y su realización. Vemos lo que nuestros hijos crean cuando juegan a la familia, y sentimos que queremos convertir en realidad los símbolos de su creatividad.

Los padres a menudo pueden satisfacer las expectativas de sus hijos de una manera o en una medida que es mejor que la que experimentaron en su relación con sus propios padres. Con todo, existe aquí el peligro de que, en tales casos, inevitablemente comiencen a lamentar su propia bondad y tiendan a anular todo lo positivo que están haciendo. Por tal razón, algunos hombres y mujeres pueden asumir una mejor actitud con hijos ajenos que con los propios.

Factores de desorganización en los hijos

Pasemos a considerar ahora la desintegración de la familia provocada por la falta de desarrollo o por la enfermedad de uno de los hijos. En algunas enfermedades psiquiátricas infantiles existen tendencias de naturaleza secundaria que se desarrollan y se manifiestan como una necesidad activa del niño de destruir todo lo que es bueno, estable, confiable o de alguna manera, valioso.

El ejemplo más palpable es la tendencia antisocial del niño depravado, que exhibe la actitud más destructiva para la vida familiar. La familia, sea que se trate de la familia natural del niño, o bien de la comunidad o de padres adoptivos, es constantemente sometida a una prueba, y una vez que se ha comprobado su confiabilidad, se convierte en el blanco de los impulsos destructivos infantiles. Esto nos lleva al serio problema relativo al manejo de los niños con tendencias antisociales. Es como si el niño buscara algo digno de ser destruido. Inconscientemente, busca algo bueno que ha perdido en una etapa previa y con el que está enojado precisamente porque lo perdió. Desde luego, éste constituye un tema aparte pero es necesario mencionarlo entre los patrones de desorganización de la vida familiar provocados por la falta de desarrollo o el crecimiento distorsionado del niño.

Ramificaciones de ambos factores

Podría decirse mucho sobre la interacción de estos diversos factores, factores que se refieren a los padres y a su relación con la sociedad y su deseo de crear una familia, y otros que surgen de la tendencia innata a la integración inherente al crecimiento individual pero que, por lo menos al comienzo, dependen de la existencia de un medio suficientemente bueno. Hay muchas familias que se conservan intactas si los hijos se desarrollan bien, pero que no pueden soportar la presencia de un niño enfermo en la familia.

Al evaluar a un niño con respecto a la conveniencia de una psicoterapia, consideramos no sólo el diagnóstico de la enfermedad y la posibilidad de recurrir a los servicios de un psicoterapeuta, sino también la capacidad de la familia para tolerar al niño enfermo, y para soportar la enfermedad del niño durante el período de tiempo que transcurrirá antes de que el tratamiento empiece a surtir efecto. En muchos casos, cabe decir que la familia debe convertirse en un sanatorio privado o incluso en un establecimiento de asistencia psiquiátrica, a fin de dar cabida a la enfermedad o el tratamiento de uno de los hijos; y si bien muchas familias están en condiciones de hacerlo, en cuyo caso la psicoterapia se convierte en una cuestión relativamente simple, otras familias no se sienten capaces de adoptar esa actitud, y entonces es preciso alejar al niño del hogar. En tales casos, la tarea psicoterapéutica es mucho más compleja y sin duda resulta sumamente difícil encontrar grupos adecuados para ubicar a los niños incapaces de contribuir. Dado que lo único que el niño puede aportar a ese grupo es una tendencia integradora relativamente escasa, el grupo debe soportar al niño y a la enfermedad.

En muchos casos, progenitores que son capaces de criar hijos sanos y de proporcionarles un buen marco familiar descubren que, por razones de las que es imposible acusarlos, tienen un hijo enfermo, que tal vez sea un niño ansioso, o que padece un trastorno psicossomático o episodios depresivos, o cuya personalidad está muy desintegrada, o quizás con una actitud antisocial, etc. Lo que se impone entonces, es pedir a los padres que cuiden al niño difícil mientras nosotros tratamos de ayudarlo, o bien, en el otro extremo, pedirles que renuncien a la tarea, esto es, hacerles saber que aunque pueden construir un hogar y mantenerlo para hijos normales, sin embargo la familia que han creado no está en condiciones de tolerar a este hijo en particular, que está enfermo. Es preciso aliviarlos provisoriamente de esa responsabilidad. A menudo ocurre que los padres no toleran este tipo de ayuda, si bien tampoco pueden soportar la otra alternativa.

Este tipo de casos plantea problemas de manejo sumamente difíciles, y si mencionamos aquí estas cuestiones es sólo para destacar el tema central, esto es, que hay algo en el desarrollo sano de todo niño que constituye la base para la integración del grupo familiar. Del mismo modo, es la familia sana la que hace posible las integraciones más amplias, los agrupamientos más amplios de todo tipo, que se superponen y a veces son mutuamente antagónicos, y que sin embargo, pueden encerrar el germen de un círculo social que se amplía innecesariamente.

Desde luego, el niño no puede crear esta familia por arte de magia, esto es, sin los padres y el deseo de estos últimos que surge de su propia interrelación. Sin embargo, cada niño crea a la familia. Es cierto que son los padres quienes determinan la existencia de la familia, pero necesitan algo de cada hijo, eso que llamo la creación del niño individual. Si falta esto, los padres se desaniman y se limitan a contemplar un marco familiar vacío. Desde luego, pueden adoptar un niño, o encontrar medios indirectos de tener el equivalente de una familia. La fortaleza de la familia radica en el hecho de ser un punto de reunión entre algo que es fruto de la relación del padre y de la madre y algo que deriva de los factores innatos inherentes al crecimiento emocional de cada hijo, factores que he refundido bajo el encabezamiento de tendencia a la integración. NOTAS:

(1) En Inglaterra, el Estado se hace responsable por toda criatura que se ve privada de una vida de hogar. El Departamento de la Niñez trata de mantener primero cuando es posible un hogar, y si no busca padres adoptivos o asilos para quienes necesitan cuidados especiales.

(2) Para ver los efectos de los distintos tipos de enfermedades mentales sobre la vida familiar ver Caps. 7, 8 y 9.

Biblioteca D. Winnicott

La etiología de la esquizofrenia infantil en términos de la falla adaptativa 1967

Lamento mucho haber tenido que revertir mi propósito original de estar presente en estas jornadas. Todo cuanto puedo hacer es brindar una breve exposición de mi punto de vista personal. Gran parte de lo que expongo aquí se hallará en los escritos de otros (principalmente en Bettelheim, *The Empty Fortress*) (1), pero mi propia concepción se desarrolló en el curso de mi labor como pediatra en las décadas del veinte y el treinta, y fue reformulada en la del cuarenta, cuando comencé a enunciar a mi manera las etapas esenciales del desarrollo físico y emocional entrelazado del bebé humano (2).

Naturalmente, fui muy influido por la formulación de Kanner sobre el autismo (3), pero en los años previos a esta importante contribución, traté estos mismos casos simplemente bajo el rótulo de "psicosis infantil". En un extremo, siempre resultó claro que en una proporción de estos casos había habido lesión cerebral, y en el otro extremo, que la afección podía presentarse como una enfermedad en un niño que estaba dotado con una inteligencia promedio o superior al promedio. Entre los deficientes mentales, sabíamos que podíamos hallar situaciones raras en las que la deficiencia era secundaria a lo que entonces se denominaba "psicosis infantil" o "esquizofrenia infantil".

Otra cuestión es que a comienzos de la década de 1920 tuvimos por un tiempo una epidemia de encefalitis letárgica que vino a complicar el problema del diagnóstico y la etiología.

No estoy seguro de que la rotulación de "autista" de estos casos por parte de Kanner haya sido beneficiosa. La desventaja, a mi juicio, es que este rótulo les dio a los pediatras, habituados como están a los síndromes y las entidades mórbidas, una pista falsa, que siguieron de buen grado. Ahora podían buscar casos de "autismo" y ubicarlos convenientemente en un grupo cuyos límites parecían claros, aunque de forma artificial. Podían entonces sostener que estaban ante una enfermedad de etiología aún desconocida, y presentar su cuadro fácilmente a los estudiantes.

Sin embargo, esta afección no tiene límites claros y creo que no debería considerársela una enfermedad. Cualquiera de sus numerosos elementos descriptivos pueden examinarse por separado y encontrarse en niños que no son autistas, y aun en los que llamamos sanos y normales.

No obstante, no quiero desestimar con esto el valor positivo del aporte de Kanner.

Ha de recordarse que, ya sea que al autismo se lo denomine o no esquizofrenia infantil, cabe prever que habrá resistencia ante la idea de una etiología que apunta a los procesos innatos del desarrollo emocional del individuo en el ambiente que le es dado. En otras palabras, estarán quienes prefieran hallar una causa física, genética, bioquímica o endocrina tanto para el autismo como para la esquizofrenia. Esperemos que en estas jornadas se dé cabida a toda la gama de posibilidades, y que quienes sostienen que la causa del autismo es física aunque aún no haya sido descubierta escuchen a quienes afirman que hay otros indicios que seguir, por más que éstos se aparten de lo físico y conduzcan a la idea de un trastorno en la delicada interacción del individuo y los factores ambientales, tal como operan en las primeras etapas del crecimiento y el desarrollo humanos.

Es menester referirse a un detalle que no debería plantear problemas en una reunión científica, salvo por el hecho de que quienes participan en ella ejercen casi todos la práctica médica. No es bueno deformar la verdad para evitar herir los sentimientos de los consultantes. El médico que piensa que la explicación última del autismo es física se hallará más cómodo, sin lugar a dudas, con los padres del niño, que aquel otro médico que cree que las pruebas conducen a la idea de que uno o ambos padres provocaron en rigor el trastorno por cierta distorsión del "ambiente previsible promedio" (4). Ya es bastante malo tener un hijo autista, y si a ello se suma que los padres pueden sentirse los causantes de la afección, la carga tal vez les resulte intolerable. Pero no siempre sucede así. Sea como fuere, los padres se sienten culpables cuando su hijo es anormal, por ejemplo, si tiene un defecto primario o incluso una deformidad como la sindactilia. He conocido padres que preferían que se les mencionasen todas las posibilidades, incluida la de que la etiología de la afección de su hijo los involucra a uno o a ambos en alguna medida.

De todos modos, la indagación científica debe ir más allá de esta clase de consideraciones humanas.

No creo que estas jornadas necesiten directivas. Pese a ello, me gustaría sugerir lo siguiente:

A) Si se piensa en el cuadro autista en términos de una regresión, lo único que se logra es oscuridad.

B) El autismo es una organización defensiva sumamente sutil. Lo que se aprecia es la invulnerabilidad del sujeto. Hubo una construcción gradual que llevó a ésta, y en el caso del niño autista estabilizado, el que padece es el ambiente y no el niño. Las personas que lo rodean pueden sufrir enormemente.

C) El niño lleva consigo el recuerdo (perdido) de una angustia impensable (5) y su enfermedad es una estructura mental compleja, que lo resguarda contra la recurrencia de las condiciones de la angustia impensable.

D) Este tipo de angustia muy primitiva sólo puede sobrevenir en estados de extrema dependencia y confianza, o sea antes de establecerse una neta distinción entre el "yo" central del Yo soy y el mundo desestimado que es externo o separado. De ahí que sea valioso el título elegido por Bettelheim, La fortaleza vacía. Sin embargo, no siempre está vacía la fortaleza. Si el trastorno se desarrolla muy precozmente, es verdad que no hay casi nada que defender, excepto una porción de self que lleva consigo el recuerdo corporal de una angustia que supera por completo la capacidad del niño para enfrentarla, ya que aún no se instauraron los mecanismos para ello. No obstante, en muchos casos la afección empieza tardíamente, como cuando el niño, a los doce o trece meses, debe habérselas con la presencia de un nuevo bebé. En tales circunstancias, cabe presumir que es muchísimo lo que debe defenderse en la fortaleza.

E) Si se adopta una provisión ambiental tendiente a restaurar el statu quo ante, y un prolongado

período de confiabilidad parece devolverle la seguridad al niño, el llamativo resultado es un retorno de la vulnerabilidad. Clínicamente, esto significa mayores problemas, y es afligente ver que el niño padece de una manera tal como no sucedía cuando el autismo estaba firmemente establecido. Por este motivo, la labor terapéutica con niños autistas es exigente al máximo y de continuo le hace sentir al profesional: ¿vale la pena? Hay apenas una leve posibilidad de "cura"; sólo puede mejorarse la afección y aumentar notablemente la experiencia personal de sufrimiento que tiene el niño.

F) Si se busca el factor etiológico, es preciso contar con una teoría del desarrollo emocional del bebé humano que esté tan liberada como sea posible de lo que Bettelheim llama el "mito", derivado del deseo y el temor. Hay que ver, más allá del "mito psicoanalítico" (que hoy por suerte está desapareciendo), que la temprana infancia es una etapa de satisfacciones vinculadas a la erogenidad oral.

G) Desde mi punto de vista, la característica esencial (de entre toda la vasta suma de características) es la capacidad de la madre (o de la madre sustituta) para adaptarse a las necesidades del bebé gracias a su saludable aptitud para identificarse con éste (sin perder su propia identidad, por supuesto). Si tiene dicha capacidad, puede, por ejemplo, sostener a su bebé, y si no la tiene no puede sostenerlo, salvo de un modo que perturba el proceso de vida personal del bebé

H) A esto parece necesario añadir el concepto del odio inconsciente (reprimido) de la madre hacia el niño (6). Los padres aman y odian naturalmente a sus bebés en diverso grado. Esto no provoca daño. A cualquier edad, y sobre todo en la temprana infancia, el efecto del deseo de muerte reprimido hacia el bebé es perjudicial, y desborda la capacidad del bebé para tramitarlo. En una etapa posterior a esta que ahora nos concierne, puede observarse que el niño se esfuerza todo el tiempo para llegar al punto de partida, o sea para contrarrestar el deseo inconsciente de los padres (encubierto por formaciones reactivas) de que el niño se muera. En las etapas previas, relacionadas con el tema del autismo, el bebé sólo puede mostrar la distorsión resultante de que lo cuide alguien cuyas acciones positivas son, todas, formaciones reactivas; los movimientos adaptativos directos o libres y espontáneos revelarán en todos los casos el deseo de muerte (reprimido). Estas ideas exigen coraje para debatirlas, pero sin ellas no hay esperanza, a mi entender, de que algún conjunto de hombres de ciencia avance hacia la comprensión de la etiología del autismo.

I) Muchos autores han manifestado la opinión de que la comprensión del autismo ampliaría nuestra comprensión de la naturaleza humana. También yo creo que esto es cierto, una vez que se haga una buena formulación de la etiología. Además, pienso que dicha formulación etiológica no sólo será útil para el tema del autismo sino para el de la esquizofrenia en general.

P S I K O L I B R O

(1) Bruno Bettelheim, The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self, Nueva York, Free Press; Londres,

Collier-Macmillan, 1967.

(2) Véase *The Child and the Family*, Londres, Tavistock Publications, 1957, y las conferencias reunidas en *Collected Papers: Through Paediatrics to PsychoAnalysis* (1958).

(3) Leo Kanner, *Child Psychiatry*, Londres, Balliere, Tindall and Cox, 1937.

(4) Heinz Hartmann, *Ego Psychology and the Problem of Adaptation*, Londres, Imago, 1958 (1ª .ed., 1939). Trad. casi.: *Psicología del yo y el problema de la adaptación*, Buenos Aires, Paidós, 1987.

(5) D. W. Winnicott, *The Maturational Processes and the Facilitating Environment* (1965). Trad. cast.: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, Buenos Aires, Paidós, 1996.

(6) Véase:

- D. W. Winnicott, *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*, ob cit., y muchos otros de sus escritos.
- B. Bettelheim, *The Empty Fortress*, ob. cit..



Biblioteca D. Winnicott

Enfoque clínico de los problemas familiares: la familia - 1959 -

La familia es un elemento circunscrito de una sociedad, orientado a la tarea de hacerse cargo de la llegada de un nuevo individuo.

Naturalmente, la índole de la familia varía según el patrón de sociedad vigente. En un extremo tenemos al padre, la madre y el hijo, y en el otro recordamos las familias descritas en los escritos antropológicos, donde los padres están integrados a la estructura social a punto tal que es como si los tíos, las tías y los abuelos e incluso quizá los sacerdotes son más importantes que el padre y la madre efectivos.

La idea de la familia se sustenta en el reconocimiento de que el niño pequeño tiene en sus inicios la necesidad de una versión simplificada de la sociedad, que pueda usar para su crecimiento emocional básico, hasta que el desarrollo genere en él una capacidad para usar a un círculo más amplio de personas, en realidad de amplitud permanentemente mayor. Podría definirse la madurez como el crecimiento del individuo en relación con la sociedad, un crecimiento apropiado a la edad del niño y que da por resultado a la larga su capacidad de identificarse con la sociedad sin sacrificar excesivamente sus impulsos individuales. Como es lógico, la madurez no nos lleva a todos a ser ciudadanos del mundo. Tal vez siempre tengamos entre nosotros algunos Gilbert Murray ⁽¹⁾ que no son reconocidos, pero en general consideramos maduro al individuo con capacidad para identificarse (sin perder la identidad personal) con un subgrupo -una nación, una raza, un partido político, una ideología, una religión o una minoría perseguida.

En este sentido, se supone que la madurez no llega antes de haber dejado atrás la adolescencia y haber comenzado a pensar en crear una familia, por supuesto con la cooperación del consorte.

Aunque ustedes son personas mayores, este año vuelven a formar parte, una vez más, del más apasionante de todos los grupos: son alumnos. Contribuyen a la sociedad con sus potencialidades. Lamento que este feliz estado de cosas vaya a terminar, como sin duda sucederá.

Las sociedades varían en cuanto al apoyo consciente que dan a la familia por considerarla la unidad del tamaño y el tipo adecuados para satisfacer las necesidades del niño cuando éste deja atrás su relación con la madre, que es una relación entre dos cuerpos, y desarrolla la aptitud para entablar una relación entre tres cuerpos. (Volveré más tarde al tema del papel del padre en relación con la asociación madre-hijo.)

Supongo que los padres saben mucho más que la sociedad sobre las necesidades de sus hijos, porque están directamente involucrados en ellas. La sociedad se encuentra a una cierta distancia, y debe ser constantemente informada acerca de lo que hace y por qué.

Por ejemplo, hace diez años nuestro país sabía lo suficiente sobre los niños deprivados como para dar su apoyo a la Ley del Niño ⁽²⁾, lo cual significa que hubo una buena disposición general para solventarla. El trabajo publicado por el gobierno sobre la situación de los niños en los hospitales ⁽³⁾ es tal vez un buen ejemplo del aspecto positivo, al recordarle a la sociedad el valor que tiene para ésta la familia. Personalmente, creo que no es tanto lo que hacemos al demostrar científicamente el valor de la familia, como al proporcionar y mantener abiertos canales de comunicación entre los padres, que (en este caso) son los que saben, y la sociedad, que necesita mantenerse informada. Y también los padres necesitan mantenerse informados sobre su propio valor tanto para los hijos como para la sociedad; aquí es donde intervenimos ustedes y yo debido a nuestra posición profesional. No es una cuestión de propaganda sino de poner en palabras que los padres puedan comprender lo que sienten y hacen y se abstienen de hacer, suministrándoles así información necesaria sobre su función.

Hay padres enfermos, psiquiátricamente enfermos, y mi labor consistirá en referirme a estas enfermedades, pero nuestro trabajo se realiza sobre la base de que la gran mayoría de la gente está suficientemente bien en el área en que elige operar, y en general los padres funcionan bien como padres y pueden aprovechar mucho la ayuda que se les brinda, si les llega en el momento y en la forma oportunos.

Un rápido bosquejo de la dinámica de la vida familiar incluye los factores parentales que tienden a crear y mantener la estructura familiar y los que tienden a alterarla. Esos mismos factores se encuentran en los niños, y luego está la contribución positiva y negativa de la sociedad.

Tendremos que estudiar a la familia desde su comienzo, y abarcar la edad del preescolar, el período de latencia que se mezcla con la escuela, los primeros estadios de la pubertad, la pubertad misma y finalmente la adolescencia temprana y tardía. Esto nos llevará a estudiar la relación madre-bebé, dado que en todas las etapas reaparece la dependencia infantil. Consideraremos a la familia tal como es afectada por el tipo de progenitores y por la enfermedad que haya en éstos.

Al fin, por supuesto, arribaremos al niño individual, ya que la comprensión del desarrollo emocional del individuo es la base de todas las demás ramas de la psicología dinámica, y aun de la psicología social.

El estudio del individuo nos llevará a lo inconsciente y a los instintos, así como al conflicto intrapsíquico.

[A continuación Winnicott describió las dificultades de un determinado niño y el papel que desempeñaron en ellas la madre y el padre. Lamentablemente, no puso estas ideas por escrito].

(1) El profesor Gilbert Murray (1866-1957) fue un renombrado especialista británico en estudios clásicos, cuyas traducciones poéticas de los dramas de la antigua Grecia fueron recibidas con gran interés en su época.

(2) Children's Act, Londres, His Majesty's Stationery Office [Oficina de Publicaciones de Su Majestad], 1948.

(3) G. B. Ministre of Health. Central Services Council, "The Welfare of Children in Hospital", Report of the Committee (Presidente: Sir Harry Platt), Londres. His Majesty's Stationery Office. 1959.

P S I K O L I B R O

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

Psicogénesis de una fantasía de ser pegado, 1958

Fechado el 11 de marzo de 1958.

El artículo de Freud, "Pegan a un niño", trajo a primer plano el tema de la fantasía de ser pegado. La extrema complejidad de la organización que yace tras estas fantasías es patente, como lo es también su diferencia en los varones y las niñas. La idea de que una fantasía de esta clase está sobredeterminada forma parte de la tesis; además, se da por sentado que la crueldad así organizada debe estar, por cierto, asociada a una fijación en la fase anal. Según mi experiencia, estas fantasías -que son extremadamente comunes y adoptan innumerables formas- deben ser examinadas en forma individual, ya que si bien existen denominadores comunes, nunca

puede establecerse una regla práctica aplicable a todos los casos.

En esta breve nota quisiera describir la historia de una fantasía de ser pegado que persistió durante todo un largo análisis, y cuya elucidación sólo sobrevino al final, tantas eran las tendencias que confluían en este significativo detalle, cada cual con su importancia. Desde el principio la paciente dejó bien en claro que su análisis no podría considerarse un éxito si no aclaraba esta peculiar idea perversa, tan importante para ella y que se le había presentado recurrentemente durante toda la vida como solución sexual, pese a lo cual jamás había sido actuada. Este era en verdad un detalle importante, ya que pudo verse que en la fantasía misma no había sufrimiento.

Había habido en su niñez temprana un proceso de desarrollo que dio por resultado esta composición escénica. Desde el inicio del análisis sabíamos que en una cierta etapa del desarrollo de la paciente, correspondiente a la época en que tenía alrededor de cinco años, las palizas eran aplicadas por una tal señora Stickland, y era obvio que el palo [stick] que tenía esa señora era importante. No se trataba de una idea mía, sino que la paciente misma lo consideraba fundamental. En una de las vicisitudes del tema, la madre de la paciente sacaba un palo de su ropero; pero el tema presentaba innumerables variaciones. En una época se creyó que había habido un episodio en que el padre le había pegado en un momento de excitación sexual; pero esto resultó ser un error, una fantasía encubridora por detrás de la cual había un episodio sexual en que la niña había descubierto al padreen circunstancias incómodas. A la postre, la paciente y yo coincidimos en que no existía prueba alguna de que hubiera habido una paliza real, ni siquiera como juego infantil.

Antes de venir a verme esta paciente había tenido un largo análisis y también otro mas breve y en el curso de diez años de análisis conmigo había sobrellevado una regresión muy profunda. En ella,

adoptó ciertas, características inconfundiblemente infantiles, y al llegar al fondo de la regresión se hallaba en un estado de regresión casi total: apenas si le quedaban unos restos de yo sano en contacto con la realidad externa. En esa etapa -cómo he relatado en otro lugar- yo visitaba a la paciente en su domicilio; y hasta manejaba sus asuntos y le compraba la comida. En la fase de regresión más profunda había una persona que la ayudaba en los quehaceres domésticos que le preparaba la comida y se hacía cargo de las tareas e a casa. A la larga la paciente salió de su regresión e hizo un avance que tuvo muchas interrupciones imprevistas cada una de las cuales resultó sumamente penosa tanto para ella como para mí, dada la tensión a que este tratamiento nos sometía a ambos.

Lo interesante fue que en el curso de esa regresión profunda y del avance subsiguiente, la fantasía de ser pegado fue lo único que permaneció constante, a pesar de pertenecer a un estadio avanzado del desarrollo. Cada vez que en la paciente surgía una tensión sexual, obtenía alivio con la fantasía señalada. Era quizá su única descarga sexual segura, ya que, desde los comienzos mismos del tratamiento el contacto sexual con hombres había perdido significado para ella. Debe advertirse de paso que, por razones que a la postre resultaron clarísimas, esta paciente no había tenido experiencias homosexuales manifiestas, aunque atraía hacia sí a la clase de mujeres que hubiesen podido llegar a mantener este tipo de relación con ella. La falta de experiencias homosexuales formaba parte de su extrema desesperanza en relación con su madre, la misma que aparecía también en la fantasía de ser pegada.

Sobre el final del tratamiento trajo para analizar esta misma constelación inmodificada; tanto ella como yo sabíamos que el análisis no llegara a su fin si no se la resolvía. Finalmente se allanó el camino para su mejor comprensión, gracias a un material que exigió la interpretación de que la idea de ser pegada estaba suplantando la extrema desesperanza de esta paciente en cuanto a

comunicarse con su madre en un nivel anal. Durante toda la vida, la paciente había manipulado sus flatos, llegando a ser en verdad una especialista al respecto; pero todo fue inútil y tuvo un período de profunda depresión asociada con el reconocimiento cabal de la absoluta desesperanza que como bebé, había sentido en lo que respecta a poder entablar comunicación con su madre de este modo. Por supuesto, a esto le siguió una desesperanza aún más profunda de poder comunicarse en el nivel oral, pero en este caso el fracaso fue tan hondo e involucró procesos tan primitivos, que el yo de la paciente no estaba lo bastante organizado como para que pudiera experimentar pesar o desesperanza. En este caso, sólo pudo sentir que la boca y el apetito se le habían ido junto con la madre -quien la destetó y la dejó en manos de una niñera cuando ella tenía dos meses-.

La paciente pensaba que su fantasía de ser pegada se vinculaba con una fijación. Puede afirmarse que nada habría alterado esta idea suya si no se le hubiera podido interpretar, a partir del material de una sesión, que la fijación era de la madre. El factor inmodificable era el sadismo reprimido de ésta. Durante la vida de la madre su masoquismo había sido evidente; siempre constituyó un elemento importantísimo, que afectó de hecho a su esposo y a todos sus hijos. Podría decirse que se había casado y había tenido hijos como una experiencia masoquista, transformada a veces en un autocastigo más evidente aún, con elementos suicidas. El sadismo subyacente emergió en su vejez y se puso particularmente de manifiesto en su manera de tratar a una mujer que la atendía con devoción y que era, bastante notoriamente, de tipo homosexual.

Luego de esta interpretación y de la sesión que le dio sentido, pareció sobrevenir un cambio en el vínculo que esta paciente había mantenido durante toda su vida con la fantasía de ser pegada. Tal vez sea posible conectar el detalle de que nunca había tenido la sensación de ser lastimada con este hecho de que lo que estaba

operando eran el masoquismo y la fijación materna.

Cabe mencionar que a lo largo de todo el análisis la relación de la paciente con el inconsciente reprimido de la madre había tenido importancia, como también su relación con la madre como organización defensiva contra la angustia. La desesperanza en esa relación no era sino otra expresión del hecho de que su madre, como persona, no estuviera disponible para ella -aunque lo estuvo cuando la paciente fue unos años mayor, llegando a ser de hecho una buena amiga suya, triste y sufriente-.

Hay un punto más para mencionar, y es que la propia fijación anal de la paciente tuvo importancia, pero es preciso notar que clínicamente no habría sido posible ningún cambio en este caso hasta incluir como significativa la fijación materna en ese nivel. Repasando el material, no creo que de conocer esto el analista hubiese podido haber abreviado el análisis formulando esta clase de interpretación en un momento anterior. Pienso, en verdad, que la interpretación referida a la fijación anal y el sadismo reprimido de la madre no hubiera podido formularse hasta el final del análisis de esta paciente, y opino esto sobre la base de que sólo entonces surgió en el análisis el material para dicha interpretación.

Biblioteca D. Winnicott

La asociación para la psicología y la psiquiatría infantil como fenómeno grupal 1967

Ésta parecería ser una ocasión oportuna para evaluar a nuestra Asociación en relación consigo misma. ¿Tiene una identidad propia? ¿Cuál es su razón de ser y lo que la mantiene en existencia? Esta evaluación es sin duda pertinente, tal vez resulte alentadora, y corre el riesgo de resultar penosa.

Si examinamos la cuestión de nuestra propia identidad grupal, tenemos que estar preparados para comprobar que tal vez no haya ningún factor de integración. Nuestra historia daría cabida para esto, ya que surgimos de una manera algo azarosa. La finalidad inmediata fue que existiera en Gran Bretaña un organismo correspondiente a la IACPP (1), capaz de invitar a esta última a realizar de vez en cuando conferencias en nuestro territorio. A fin de estar en un pie de igualdad con los representantes de otras naciones, teníamos que poder establecer nuestra propia Asociación, por más que hacer esto nos resultara algo artificial. (La exitosa conferencia que se realizó en Edimburgo recientemente no habría podido tener lugar si no existiera la ACPP (Asociación para la Psicología y la Psiquiatría Infantil), aunque somos bien conscientes de que los integrantes del consejo de 1966 poco tuvimos que ver con la planificación y el trabajo que ella involucró, que fueron responsabilidad del presidente de la entidad internacional y su Comisión.)

A raíz de nuestra historia y de la gran batalla librada en favor de la libertad de pensamiento en este país a lo largo de los siglos, podemos pensar en el servicio social simplemente porque lo queremos así, y no como un producto del adoctrinamiento de una iglesia, religión o filosofía. Tenemos, pues, la libertad de observar y examinar qué encontramos en la naturaleza humana, tal como ha evolucionado y como ahora la conocemos. Entre nosotros hay muchos que de un modo u otro tienen alguna filiación. En la práctica, tanto las personas con alguna filiación como las que no la tienen necesitan reunirse, como ahora lo estamos haciendo, con determinados propósitos de debate y acción; y aunque nos hallemos en cualquiera de las múltiples plataformas que nuestra compleja cultura nos ofrece, tal vez todos estemos clamando por lo mismo. El tema es el del niño que crece, a su manera, en el ambiente existente, o que es nuestro desafío proporcionarle asistencia por la índole de un caso cualquiera.

Contemplamos el crecimiento y el desarrollo humanos y tomamos lo que de ahí nos viene. Un corolario (que no puedo dejar de mencionar) es que quien debido a su filiación pretende traer un plan preconcebido, y no es capaz de observar libremente al niño, está fuera de lugar en esta

Asociación. Esto es lo que significa justamente la ciencia: que cuando uno observa y edifica teorías a fin de coordinar diversas observaciones está libre de toda filiación; y quien conoce las respuestas de antemano, quien ha visto la luz, por así decirlo, no es un científico y no tiene cabida entre los científicos.

En otras palabras, la ciencia no consiste en probar esto o aquello mediante estadísticas, sino en liberarse de todo conocimiento por adelantado. (El conocimiento por adelantado pertenece a la poesía.) Ustedes o yo tal vez necesitemos una filiación, o disfrutemos de ella, con el fin de vivir nuestra vida, pero esto nada tiene que ver con lo que observamos, con la ciencia. Muchas personas fueron quemadas vivas por defender este principio.

Doy por sentado que todos nosotros somos científicos, aunque tengamos divergencias en el grado de nuestra involucración con la indagación científica.

En el nombre de nuestra entidad sólo se mencionan la psicología y la psiquiatría. Esto sólo obedece a una economía verbal. Incluimos en nuestro grupo lo siguiente: educación, pediatría, psiquiatría, psicología, psicoanálisis, psicoterapia, asistencia social.

Están ausentes: religión, filosofía, poesía y alquimia, que trata de cabalgar en dos corceles a la vez.

Desde el punto de vista de la planificación de nuestro programa anual es importante tener constantemente presentes los problemas de la interrelación de estas disciplinas, ya que en el orden práctico bien puede ocurrir que mantengamos una serie de reuniones en las que haya escasa o nula superposición de participantes. Esto puede suceder, y de hecho ha sucedido.

Obviamente, cualquier debate puede interesarle a cualquiera, pero contamos con un tiempo de vida limitado y a menudo hay escollos en cuanto a la fijación de fechas, por el número de sociedades que se reúnen regularmente en Londres, para no hablar de otras grandes ciudades; y sólo mediante una planificación cuidadosa nuestra comisión logra atender en cada reunión el interés de todos los grupos. Aquí el tema principal de mi charla es la planificación práctica de la comisión de ustedes, cuya labor he observado durante un par de años. A partir de esto podrá apreciarse fácilmente cuán vital resulta la evaluación periódica de nuestra razón de ser como grupo.

Un primer paso es examinar los potenciales antagonismos que contiene en su propio seno la ACPP. Como hay pocas oportunidades de analizar las divergencias entre los diversos elementos que componen esta Asociación, quisiera tratar de decir hoy todo lo que creo que se debe decir acerca de los motivos por los cuales este grupo no es un grupo. Tenemos que jugar con tres palabras: no-integración (utilizada para designar el estado primario previo a la integración); desintegración (que a mi juicio deberíamos usar para describir el resultado violento de un ataque a la integración llevado a cabo desde dentro); y de-integración, según el término empleado por Michael Fordham, útil para describir la anulación de la integración, como en la escisión adoptada como defensa. Podemos emplear los tres si ello nos sirve de ayuda.

Me preocupa todo lo que obra en contra de la cohesión. Me gustaría hacer que pareciese un milagro que el grupo pretendiera ser un grupo. Si existen sospechas mutuas, quiero examinarlas. Tenemos que correr el riesgo de desintegrarnos si nos autoexaminamos, pues si no corremos ese riesgo estaríamos unidos por el temor a la desunión, que es un factor de negación.

Autoselección

Con el fin de adelantar una etapa en mi indagación, quisiera examinar los diversos grupos en

términos de la autoselección, idea que me parece clave pues abre el camino al problema, y le asigno más importancia para nuestros propósitos que a la formación.

Así entendido, nos dividimos naturalmente en varios grupos. Sé que nadie está del todo comprometido con una sola línea de vida, pero a los fines del debate hablaré de los casos extremos. Llamaré al pan, pan, y al maestro, maestro. Difícilmente alguno de los aquí presentes conozca algún hombre o alguna mujer que pudieran ser, llevados por igual impulso interno, un maestro o un pediatra o un psiquiatra o un psicoterapeuta o un psicólogo de los llamados "académicos" o un asistente social. Desde luego, en cada una de estas divisiones hay subgrupos, sobre los cuales se podría formular una afirmación semejante.

Repasaré ahora los distintos grupos en función de la autoselección.

Enseñanza

La enseñanza se basa (¿o no?) en la aceptación fundamental de algo. El maestro sabe algo, y su tarea consiste en impartirle este saber a alguien. Puede tratarse de una habilidad, un conjunto de conocimientos o un código de conducta. Es verdad que hay buenas y malas maneras de enseñar y que ciertas formas de impartir el saber no violan la natural repulsión del alumno ante el adoctrinamiento o la propaganda. Sin embargo, al comparar la labor del maestro con la de otros miembros de los grupos que integran esta Asociación hay que ser burdo y (como ya dije) considerar los casos extremos. El resultado de la enseñanza es que algo que el maestro sabe llega a ocupar un lugar en el alumno. En cierto aspecto la enseñanza es como la alimentación de un niño, ya que en la base de ésta se halla el axioma de que hay algo más importante que comer, y es no comer. El maestro tiene que presuponer que el niño ha surgido del ámbito de la paradoja, donde fue auspiciado por sus paradójicos padres, y que confía en explotar cualquier grado de acatamiento que el niño haya alcanzado.

Algo más que debe decirse sobre la enseñanza (sobre todo si se deja de lado la edad del jardín de infantes y los comienzos de la escuela primaria) es que el maestro se encuentra "separado" del alumno, en otro nivel. En la enseñanza hay una evitación de la interrelación humana total. Tal vez maestro y alumno tengan una intensa relación circunscrita, pero si el maestro se ve involucrado en un poderoso vínculo emocional con el niño o se entromete demasiado en su vida, la enseñanza se obstaculiza y se torna imposible. Me refiero a las dificultades que aparecen en la práctica cuando el maestro necesita tener como alumno a su propio hijo o hija. También al hecho de que algunos maestros y maestras experimentan un gran shock cuando se casan y tienen hijos, y comprueban que no son tan buenas madres y padres como suponían. En verdad, la adaptación que exige pasar de ser maestra a ser madre de un bebé es tan grande, que no cabe esperar que ese cambio se efectúe con facilidad. Tampoco es fácil el cambio inverso, cuando las maestras han sido madres y quieren volver a ser maestras. Sin duda, operan aquí numerosos factores, pero es importante reconocer la realidad. La autoselección determina que entre los maestros de los niños más pequeños haya una preponderancia de mujeres.

¿No es cierto que el maestro o la maestra autoseleccionados que se suman a la carrera docente confían en progresar poco a poco hacia un cargo directivo? Hay una aceptación general de una jerarquía. La sociedad le reserva al maestro un lugar bien definido. Todo esto ha sido bien elaborado por los maestros en el curso de su larga experiencia.

En la práctica, no todos los maestros son adecuados para convertirse en consejeros escolares, vale decir, para abandonar la docencia y pasar a ocupar el papel de un asistente social.

Aquí, empero, tenemos un nexo entre dos de nuestros grupos. A fin de seguir adelante con su tarea, el maestro debe dar por sentado el desarrollo del niño en términos de su personalidad y carácter, y por lo tanto debe presumir que sus padres hicieron su trabajo razonablemente bien. Algunas funciones parentales son cumplidas por el maestro, y permanentemente se debate hasta qué punto éste es responsable de moldear el carácter.

En la práctica, uno concibe la enseñanza como el impartir conocimientos, y se precisa una categoría separada para la instrucción de los niños problemáticos, o sea cuyas familias o padres no lograron producir un material enseñable. La escuela destinada a niños difíciles no es, por definición, simplemente una propuesta docente, ya que aquí la enseñanza ocupa un lugar secundario respecto del tratamiento, y el tema se desplaza de la educación a la asistencia social y la psicoterapia. Por curioso que sea, el principal involucrado es el Ministerio de Educación. Durante la guerra, era el Ministerio de Salud. Podría ser el Ministerio del Interior, dada la relación con los establecimientos de enseñanza habilitados.

En líneas generales, podría decirse que la enseñanza consiste en impartir conocimientos a niños enseñables. En general, los niños enseñables quieren aprender, de ahí el servicio universal que cumple la profesión docente.

Los niños que son "osados e indóciles" interfieren en la tarea del maestro. Los maestros saben que corren el peligro de sobrevalorar al niño indócil a raíz de su enseñabilidad. Algunos de los éxitos de la enseñanza terminan siendo víctimas psiquiátricas, tal vez falsas personalidades, o sea hombres y mujeres jóvenes que no saben qué hacer con su éxito académico cuando lo logran.

Los maestros no tienen por qué ocuparse de la enfermedad psiquiátrica. Imaginemos que hubiera un referendo en el que se plantease: ¿debe abolirse la enseñanza o la psicoterapia? No hay duda de que los maestros saldrían favorecidos, ya que la mayoría de los niños son normales y quieren aprender, y casi todos sus padres quieren que sean instruidos. Algunos hasta quieren que sean y se sientan educados, vale decir, en contacto con la matriz cultural de la vida social.

Psicología

Los psicólogos podrían beneficiarse si tuvieran conciencia de la dificultad que tienen los psicoterapeutas y todos los que trabajan en el campo dinámico con respecto a la frontera entre sus dos terrenos de operaciones. Lo propio de los psicólogos es la organización de investigaciones, donde son ellos quienes mejor cumplen con las condiciones requeridas en otros ámbitos (como el de la física) a los investigadores.

Hay, pues, mucho campo para la discordia en la relación entre el psicólogo académico y quienes se ven involucrados con personas. En la psicoterapia y la asistencia social no se logra nada si no existe esta involucración. Creo que hasta podría decirse que los psicólogos son los que más critican el tipo de cosas que hacen los psicoterapeutas y los asistentes sociales.

Debe mencionarse esta otra cuestión: en la psicología académica, la autoselección se funda en los logros académicos y puede no basarse mucho en la estructura de la personalidad o la capacidad para establecer contacto con un niño. En comparación, el maestro no puede proceder si no tiene cierta capacidad para establecer contacto, y el psicoterapeuta necesita absolutamente ser capaz tanto de entrar profundamente en rapport como de mantenerse a distancia, no de acuerdo con su necesidad sino con la del niño-paciente.

Diría, en tono algo provocativo, que los psicólogos muestran constantemente que tienen conciencia

de que operan en el campo intelectual, y que éste no es la psique del vivir psicossomático. Si existe un campo intelectual del intelecto que ha sido escindido, hay muchas posibilidades de mutua incomprensión. Como traté de mostrar en un trabajo sobre psicossomática publicado en *International Journal of Psycho-Analysis* (2), es fácil discutir el tema desde una posición intelectual escindida; lo difícil es cuando el clínico se ve desesperadamente involucrado en las disociaciones ilógicas del paciente. Desde el ángulo positivo, si los psicólogos pueden ayudar a los psicólogos dinámicos y a los asistentes sociales en su difícil tarea de evaluar los resultados del tratamiento de un individuo, tienen una importante labor que cumplir, pero no deben suponer que recibirán un material con el que podrán alimentar una computadora.

Opino que para los psicólogos y los asistentes sociales es difícil el debate conjunto, ya sea teórico o referido a los problemas de un niño cualquiera. Aunque empleen un lenguaje común, el psicólogo dinámico utiliza dos niveles diferentes de uso de las palabras. Por ejemplo, al psicólogo normalmente no le interesan las motivaciones inconscientes, en tanto que el asistente social busca los problemas justamente ahí. Tampoco el maestro se ocupa de los trastornos sino de la enseñanza (y por qué habría de hacerlo, dado que desde su punto de vista la mayoría de los niños son normales).

Pediatría

En un aspecto, el pediatra está en una posición semejante a la del psicólogo. Aunque ocupe el puesto más alto en su profesión, tal vez no sea el más idóneo para un trato íntimo con la mente de un niño o con la personalidad de sus padres. (¿Qué podría evitar esto?)

Los médicos especializados en pediatría tienen un lugar muy especial en la profesión. Son los únicos médicos que se ocupan del individuo íntegro, aunque por supuesto deben especializarse. Pero aunque el pediatra sea un especialista, tiene a su cuidado a un individuo íntegro, y además cuenta con la oportunidad de reflexionar acerca del niño en su familia y medio social, y de ser a la vez el médico del cuerpo y de la mente del paciente. Podría ser el más privilegiado de todos nosotros. ¿Aprovecha o no este privilegio?

En los hechos, sucede que los pediatras en su conjunto se interesan por su autoselección principalmente por el cuerpo y sus funciones. Suelen ser "buenos para tratar a los niños", pero no necesariamente lo son; y nadie le puede impedir a un médico, debido a su personalidad o carácter, convertirse en pediatra. Debemos tomar la pediatría tal como se da y reconocer que el pediatra tiene que interesarse por una cantidad tan grande de cosas en el aspecto físico, que es comprensible que carezca del tiempo o de la reserva emocional para estudiar la otra mitad de la pediatría, la que versa sobre la persona del niño más que sobre su anatomía y fisiología.

Hay, sin embargo, un límite que reviste gran importancia para nosotros, y es cuando una malformación, deficiencia o enfermedad físicas afectan la mente, la personalidad o el carácter. Me refiero a la deficiencia mental, la encefalitis, la estrechez de la aorta, la cardiopatía reumática crónica que exige una larga internación, etcétera, etcétera. En este caso la cooperación entre el pediatra, el maestro, el asistente social y el psicoterapeuta se vuelve un elemento esencial.

La dificultad que nos plantea la pediatría es que el médico, simplemente por su condición de tal, tiende a situarse en una posición de importancia. Asume responsabilidad por la vida del paciente. Está en condiciones de cometer errores que matan. El problema parte de que se crea todopoderoso o comience a usar esa posición artificial en que se encuentra para ejercer influencia fuera de su especialidad. Tal vez le haya salvado la vida a un niño y entonces, con todo desparpajo, da

consejos sobre su cuidado. "Deberían enviar a este chico a la escuela." Los padres tenderán a suponer que ese médico que salvó la vida de su hijo sabe también acerca de estas cuestiones, y seguirán su consejo. Pero esta forma de abordar el problema de los padres es equivocada. En respuesta a la pregunta de un padre pidiendo consejo, lo que se precisa es una investigación, tal vez realizada por un equipo, y la asistencia social individual. El médico tendría que saber mantenerse al margen de estos ámbitos que no pertenecen a su jurisdicción, y en los que de hecho no tiene más autoridad que quien le pregunta. No hay forma de modificar a los médicos, pero presumiblemente sería posible educar al público en cuanto al uso que hace de los médicos, de modo tal que éstos apliquen las habilidades especiales que poseen en los ámbitos en que dichas habilidades resultan pertinentes.

Perdonamos al pediatra sólo por la enorme importancia que adquiere cuando es nuestro médico y nuestros hijos se enferman. Pero éste es un asunto circunscrito y temporario, y no debería colorear nuestra manera de trabajar en común fuera del ámbito de nuestro ministerio médico.

Psiquiatría

Necesitamos al psiquiatra, junto con el pediatra y el clínico general, para que asuma la responsabilidad médica, especialmente para que brinde amparo en caso de suicidio.

Tratándose del psiquiatra, es necesario tener en cuenta todo lo que haya podido desaprender de su experiencia con adultos, ya que muchos pacientes adultos sufren enfermedades que no tienen los niños, o han sido afectados por la edad o por procesos degenerativos como la arteriosclerosis, que influyen en la irrigación sanguínea del cerebro.

Me preocupa el dominio que ejerce la psiquiatría de adultos sobre la psiquiatría infantil; creo que esta última tiene mucho más que ofrecerle a la primera, que aquélla a ésta. En particular, entre los psiquiatras de niños se concibe el trastorno mental en función del desarrollo emocional del individuo en su familia y medio social.

Aquí, en cierto sentido, sólo hay un problema en tanto y en cuanto la formación en psiquiatría infantil deba sumarse a la formación en psiquiatría de adultos. Debemos dejar librado a cada psiquiatra ver cómo ajustar todo esto en un breve lapso de vida; pero lo que sí tenemos que exigirles es que conozcan la práctica de la medicina y de la pediatría, y hayan tenido experiencia con alguna psicoterapia de tipo dinámico.

Lo que sí necesitamos de la psiquiatría son los conocimientos especiales en campos lindantes con la neurología, o sea la deficiencia mental, la epilepsia, las lesiones cerebrales, las secuelas de encefalitis, las concusiones y las poco frecuentes enfermedades cerebrales, incluidos los tumores.

Asistencia social

Llegamos así a los asistentes sociales, que son los que soportan el peso clínico en psiquiatría infantil. Se autoseleccionan con respecto al impulso a verse directamente involucrados en la dinámica de la vida individual y grupal. Pretenden ser útiles en cuanto a anular las marañas propias del crecimiento y la interrelación humanos. Más que aquellos de otros grupos, tal vez, los asistentes sociales representan a los voluntarios de la época previa al Estado benefactor. Son además seleccionados más o menos rigurosamente según su personalidad, carácter y libertad relativa en

conexión con ciertas tendencias que interfieren (como la necesidad de guiar a los demás, de curarlos o de transmitir por vía de la propaganda una determinada filiación personal). La frase "aceptación del consultante", utilizada en el trabajo social, no es obviamente aplicable a las actitudes esenciales de los demás grupos. Como descripción de la asistencia social y la psiquiatría infantil se emplea "enfrentar el desafío que plantea el caso".

El asistente social se niega a ofrecer soluciones que no surjan del trabajo individual con los casos. Con el tiempo, una vez instituido este trabajo, dado el marco con que el asistente social encuadra a las principales personas involucradas, el niño, la familia y los maestros comienzan a sentir un nuevo tipo de confianza. En una buena proporción de los casos que son bien llevados, se encuentra una salida gracias a la resolución interna de los conflictos personales e interpersonales y a la reorganización de las defensas.

Así pues, sobre la base del nuevo equilibrio, el asistente social usa a cualquiera de nosotros, los que seamos necesarios, para poner en práctica alguna tendencia que se desenvuelve, y entonces lo que hacemos tiene posibilidades de resultar eficaz. Después de un tiempo, el caso en cuestión deja de necesitar del asistente social, y las diversas personas involucradas se olvidan poco a poco de éste y de la clínica.

En la enseñanza, el final está dado por la edad en que el niño deja la escuela o el momento en que aprueba el examen que lo califica. En la asistencia social, puede ponerse fin al caso en diez minutos o en diez años, según cómo persistan las necesidades. Cabe comparar ambas tareas de esta forma u otras.

Debido a que los asistentes sociales soportan la carga clínica, habitualmente no forman parte activa de comisiones o grupos de debate. En un debate, no siempre logran tomar pronta distancia del caso real para pasar a los principios teóricos que subyacen en nuestra labor. En esto se parecen a los psicoterapeutas. (Tenemos que aceptarlo y sin embargo instarlos de algún modo a que colaboren con la Asociación.)

Grupos dentro de la asistencia social

El grupo de la asistencia social es muy amplio, y es apropiado considerarlo en este momento en toda su complejidad, con relación a lo que se denomina formación general (por oposición a la formación específica). A cada subgrupo de la asistencia social hay que considerarlo con referencia al concepto de autoselección. Lo que importa es ver cómo difieren unos de otros.

El concepto genérico de la formación elude la cuestión de la saturación. Aun cuando la formación permitiese producir asistentes sociales entrenados para hacer cualquier tipo de trabajo asistencial, surge el interrogante: ¿querrían hacerlo? Pero el asunto es más complejo, porque en cualquier plan de capacitación, una parte importante de ésta es la insistencia en las prácticas rentadas durante el período de formación. No siempre me parece claro que un funcionario de puericultura desee hacer asistencia social geriátrica ni siquiera durante tres meses, o que un asistente médico-social quiera dedicarse a la puericultura. Y siempre es preciso tener presente que los diversos organismos de asistencia social deben solventar al alumno, con el menor perjuicio posible para la actividad del organismo. Estas prácticas rentadas de los diversos organismos deberían eliminar las barreras, pero hay que aceptar que la autoselección puede otorgar validez a esas mismas barreras, y llevar a un hombre o una mujer a inclinarse por un tipo de trabajo social y no por otro.

En esta Asociación tienen que estar representados todos los tipos de asistencia social, y debemos examinar su falta de relación cuando ella exista como propia del temperamento y de los instintos

inconscientes del asistente social.

Supervisores de casos en período probatorio

Los inspectores (hombres o mujeres) encargados de la vigilancia de menores en período probatorio suelen ser identificados por su actitud "masculina" hacia éstos. La mayoría de estos funcionarios son hombres, lo cual vuelve a señalar la autoselección. Trabajan sin tropiezos con los tribunales autorizados. Sus consultantes se han adecuado al principio de realidad fijado por el tribunal, y así el trabajo social de estos funcionarios se basa en la posibilidad de estar más identificados con el niño de lo que puede permitirse estarlo el magistrado o el oficial del tribunal. Humanizan el funcionamiento mecánico de los procedimientos legales de decisión. La mayor parte de los niños que se encuentran en la lista activa de un supervisor del período probatorio están obligados a concurrir por la ley, de modo tal que si el niño desea ayuda, deberá descubrirse -al principio, no concurren por su deseo de recibirla-

En su gran mayoría, estos consultantes son básicamente "niños depravados", aunque ciertos beneficios secundarios pueden correr un telón entre la delincuencia actual y el momento del pasado en que prevalecía la privación. Los supervisores, preocupados como están por el abordaje de la delincuencia, tal vez ignoren que el niño antisocial no ocupa sino una pequeña parte de la tarea total de un psiquiatra infantil.

Asistencia social en hospitales

El asistente médico-social prefiere trabajar junto a un médico, sociedad ésta que suele ser fructífera, como es bien sabido; pero los médicos presentan enormes diferencias en el uso que hacen de los asistentes sociales. (quienes trabajan en hospitales corren el riesgo de verse atrapados por un médico o médica que se desinteresa del caso y simplemente quiere que alguien se haga cargo de ejecutar el edicto médico. ¡Encuentre para este muchacho un hogar en el cual pueda pasar sus vacaciones! ¡Consígale a esta chica un entablillado, o haga que asista con más regularidad a la clínica ortopédica! ¡Haga callar a esa madre charlatana y dígame que su hija sólo estará internada tres días hasta que la operemos de la garganta, y que en ese lapso tendrá la ventura de no ver a su madre!

Con más suerte, el asistente médico-social puede practicar la asistencia social de una manera más sutil sobre los médicos y las enfermeras, ejerciendo una perdurable influencia al par que lo disfruta.

Asistencia social en el marco de la asociación para el bienestar de la familia

El asistente social que trabaja en la Asociación para el Bienestar de la Familia integra una organización voluntaria. La gente acude a esta entidad en busca de ayuda, por lo cual los consultantes son autoseleccionados; y supongo que lo mismo ocurre con la mayoría de los asistentes sociales, hombres y mujeres, que escogen este organismo. Su trabajo se funda en la asistencia individual y es como el de cualquier otro asistente social; pero lo importante es que la organización es voluntaria. Muchos de los que trabajan en estos organismos voluntarios tal vez llegaron ahí por azar, pero en el esquema de las cosas parecería haber cabida para ser un trabajador remunerado en algunos de ellos.

Puericultura (3)

La base de la puericultura es la asistencia social individual, como en el caso de todos los demás asistentes sociales, pero el funcionario de puericultura tiene obligaciones reglamentarias que deben amoldarse a las necesidades de cada consultante. A un Departamento de Niños no le es dable decir: "Estamos demasiado ocupados para asumir este caso". Los casos "se asumen" por su misma existencia, y se presume que se trabajará en ellos. Se ha dicho, a modo de broma, que en la puericultura la autoselección se funda en la ignorancia de lo que habrá que hacer; en otras palabras, se suele oírles decir a los funcionarios de puericultura que sus responsabilidades son tan grandes que de haberlo sabido no las habrían asumido. Pero lo cierto es que estas funciones siguen atrayendo trabajadores.

Ciertas características notorias de la puericultura afectan la autoselección; debe recordarse que no hay médicos en juego, a menos que el niño tenga sarampión o algo así, como cualquier niño. El puericultor tiene total responsabilidad ante el funcionario del Departamento de Niños, quien a su vez es responsable ante la Comisión, y el presidente de ésta lo es ante la autoridad local. Sin duda, esto vuelve la tarea más gratificante para el individuo, ya que en caso de tener éxito, éste le corresponderá a él. Sin duda, saca a relucir lo mejor que hay en hombres y mujeres, aunque los mate.

¿Qué pasa con los subgrupos? Veamos un poco qué ocurre con el Departamento de Niños.
¿Encontramos unidad ahí? Yo diría que no. La orientación del especialista en adopciones es distinta de la del especialista en hogares sustitutos. Los que trabajan principalmente en instituciones de internación tienen otras lealtades, así como los que se ocupan fundamentalmente de los que padecen discapacidades físicas. Hay otros que están totalmente absorbidos por el trabajo con los tribunales. Si abrimos aun otras puertas, nos encontraremos con quienes se congregan en el Departamento de Niños y se reúnen a las 11 de la mañana en el buffet para tomar un café. Hago estos comentarios para hacerles reparar en que somos esencialmente diferentes y tenemos más motivos para evitarnos mutuamente que para juntarnos, salvo que incluyamos lo que llamo "sutileza".

Atención institucional de niños

Conviene que nos refiramos aquí a la atención institucional. Quienes trabajan en este campo cargan con una gran responsabilidad durante las 24 horas del día. Si no se involucran personalmente, no pasa nada, y si su trabajo es bueno lo que pasa suele ser fastidioso y a menudo infernal.

Es natural que el personal de la institución tienda a sospechar de aquellos que hacen visitas esporádicas y se creen a cargo del caso. Es como el problema de los oficinistas y los jornaleros que usaban un pañuelo rojo con círculos blancos. La cuestión es que las personas muy involucradas necesitan, entre ellas y la provisión social, intermediarios que estén menos involucrados y tengan tiempo para reflexionar.

Cumplir con la autoselección y al mismo tiempo atraer individuos que quieran trabajar en instituciones constituye un verdadero problema. Sin lugar a dudas, la respuesta consiste en ofrecer al personal de estas instituciones, que en rigor son asistentes sociales, una capacitación mejor y de tipo universal. Algunos, después de recibirla, tal vez se autoseleccionen para otra categoría de

trabajo, que no les exija saber lavar, cocinar y sentirse culpables cuando un niño decide huir.

Aquí y ahora, lo importante de todo esto es que el niño que ve alterada su vida hogareña necesita al trabajador institucional y también al puericultor o algún otro relativamente desapegado pero que pueda estar más próximo a la provisión social. No necesita que entre ellos se entiendan o simpaticen. Bastará con una sutil cooperación.

En el nivel profundo del vivir psicossomático hay divisiones naturales entre las personas, y la cooperación se torna eficaz cuando entran en juego sutiles procesos de pensamiento y se genera un estado artificial de cosas por el cual la gente se encuentra en los recreos a tomar café y a comunicarse sobre otros temas para los cuales tienen un lenguaje común.

Cuanto más cercano al niño se encuentre un asistente, más difícil le será debatir la teoría sin sentirse avasallado por una impresión de irrealidad. A quien quiere saber qué se puede hacer en el presente ante un problema de manejo, la teoría le parece fútil. Me pasa esto en mi práctica privada cuando viene una madre a la consulta y comprueba que lo que necesita es que yo vea a su hijo o hijos, que vea los resultados de su labor maternal; discutir con ella la teoría del bebé o del cuidado del niño la deja indiferente, y eso me alegra.

Asistentes sociales psiquiátricos

Los asistentes sociales psiquiátricos, como todos los asistentes sociales, son seleccionados mediante un procedimiento cuidadoso. Siempre se distinguieron por haber sido instruidos en la teoría del desarrollo emocional del niño, individualmente y en relación con la familia y la sociedad. Los asistentes sociales psiquiátricos siempre fueron personas involucradas dinámicamente.

Desde mediados de la década del treinta en Gran Bretaña (y antes aun en Estados Unidos), el asistente social psiquiátrico fue el que cargó con el fardo de la psiquiatría tanto de adultos como de niños, por ejemplo en las Clínicas de Orientación Infantil. De hecho, tiene que haber cumplido un papel destacado en el lento pero indubitable cambio que ha tenido lugar en este país en lo que respecta a admitir que el enfermo mental tiene la misma naturaleza que las personas a las que se supone mentalmente sanas.

Se diría que la autoselección del asistente social psiquiátrico se da por contemplar la enfermedad mental, así como lo hace el médico con la enfermedad física, como una distorsión del crecimiento o un ejemplo de una deficiencia o persecución ambiental. Podría postularse que tiene la capacidad de identificarse con el enfermo mental, de ponerse en los zapatos de un demente y caminar con el sombrero de un loco, por supuesto sin perder por ello la cordura. Para este tipo de tarea se precisa por cierto una cierta madurez personal, y la falta de tendencias, inclinaciones y filiaciones.

Dentro del amplio grupo de los asistentes sociales hay muchos otros, como los que son atraídos por el trabajo geriátrico, los que reparten comidas a domicilio, los que ayudan a los sordos a usar sus audífonos, los que administran las cajas de jubilaciones o los servicios asistenciales nacionales. Podría añadirse a los consejeros escolares, los que se dedican a la orientación para parejas, los que coordinan grupos de juegos, los que operan las clínicas de puertas abiertas para agorafóbicos, alcohólicos y suicidas anónimos... La lista completa constituiría la historia de nuestra época.

Psicoterapia

He dejado para el final el subgrupo al que pertenezco: la psicoterapia. Soy un psicoanalista formado en la escuela freudiana, pero lo que digo es válido para todos los psicoterapeutas. En el caso de esta tarea, la autoselección representa sólo un primer paso. La selección es sumamente difícil, pues cada estudiante debe analizarse durante su formación. La autoselección prosigue durante toda la formación, y así es que muchos cambian de opinión y vuelven a la psiquiatría, a la enseñanza o se dedican a la jardinería.

Los psicoterapeutas deben apoyarse en una teoría, y reparamos en que ésta deriva del enorme aporte de Freud y de quienes lo siguieron o reaccionaron contra ciertos elementos de su teoría. Debe mencionarse a Jung, pues gran parte de lo que hizo Jung es de él y no un desarrollo a partir de Freud o una reacción contra éste.

Entre las tareas del analista se halla la de comprender la motivación inconsciente y (se diría) tolerar los conflictos irresueltos de las relaciones interpersonales.

Alguien dijo: "La guerra de Vietnam durará otros cien años". A mi parecer, esto es buena psicología. Quien lo dijo podría ser asistente social o psicoterapeuta. La gente se cansa, y la guerra se desplaza de una zona del planeta a otra. Otro dijo: "Sólo nos contentaremos con el triunfo". Esto es mala psicología, porque implica la intolerancia frente al conflicto que hoy existe, y el resultado inevitable del triunfo (en términos del inconsciente) es la derrota.

Sin esta espina dorsal de la psicoterapia, edificada en los últimos setenta años, el psicoterapeuta no puede hacer nada. El analista tiene una gran responsabilidad en la enseñanza y el desarrollo de la teoría de acuerdo con lo que los pacientes están tratando de enseñarnos todo el tiempo, fortaleciendo así el amplio ámbito del trabajo con niños, de cualquier clase que sea.

La función de la ACPP

La ACPP es esencialmente un grupo heterogéneo o, dicho de otro modo, una bolsa de gatos.

"Qué faites-vous dares cene galére?" [¿Qué haces tú en este infierno?], le susurra un supervisor de casos en período probatorio a un colega, mientras un maestro describe cómo está distribuido el personal de una escuela secundaria general.

No estoy diciendo que debemos salir corriendo en busca de la unidad. Si se analiza y desmenuza esta tendencia ecuménica, tal vez revele un temor a la confusión, la inarmonía, la desunión, la desintegración. Nada fundado en el temor puede satisfacernos.

La unidad cuya existencia depende de la huida ante la desunión contiene en sí misma las semillas de su propia disolución. No creo que podamos hablar de la unidad de la ACPP sino sobre la base del pleno reconocimiento de los antagonismos y sospechas mutuas entre sus subgrupos. Como ya me tomé el trabajo de examinarlos y de puntualizar el camino para muchos otros que no se ponen inmediatamente de manifiesto, me siento calificado para buscar algo que justifique nuestra existencia.

Cuando trato de enunciarlo, vuelvo al hecho de que la colectividad de los niños -los sanos y los enfermos, los mentalmente deficientes y los inteligentes, los que están bien atendidos y los descuidados, los infantiles o los que casi han llegado a la madurez-, los niños en su conjunto, pueden necesitarlos. Para hacer frente a esta necesidad, debemos permitirnos abandonar el área de nuestra especialidad, donde cada uno de nosotros se siente real, y operar con sutileza, tolerando

el sentimiento de artificialidad que esto nos genera.

Sería útil poder vincular cada servicio a alguna posición en el plan de desarrollo del individuo dentro de la provisión ambiental.

El maestro (como ya he sugerido) actúa como sustituto de los padres, que han echado los cimientos en los años previos al inicio de la escuela.

El interés del asistente social por el niño parte del punto en que la provisión ambiental no es suficientemente buena, de modo tal que se detiene el proceso de desarrollo emocional del individuo o se organizan defensas que distorsionan su personalidad o carácter. Los asistentes sociales están organizados para aportar la provisión social a fin de rescatar al niño.

El supervisor de casos en período probatorio se inserta en relación con la parte que cumple el padre al introducirse con su rol masculino en la relación madre-bebé, o fallar en ese rol. Aquí debe haber por lo común un elemento punitivo, al menos bajo la forma de un trasfondo de aparato legal.

El psicoterapeuta se ve impulsado por una identificación con el individuo que, de algún modo, está siendo distorsionado, o al que le cuesta demasiado su propia naturaleza humana. Hay un nexo con la angustia del niño.

El trabajador institucional se conecta con las etapas tempranas y tardías de provisión familiar que fallaron en su funcionamiento.

El psicólogo no puede ser descrito en estos mismos términos, pues ningún niño acude naturalmente a un psicólogo. La necesidad de psicología proviene del psicólogo que no es por definición una persona servicial.

Un niño normal pretende contar con sus propios padres, su familia y las extensiones de ésta, en círculos cada vez más amplios, que llegan hasta el estado benefactor.

¿Soy el único que siente la artificialidad de todo esto? Creo que al evaluar el uso recíproco que podemos hacer unos de otros, dado que somos tan distintos, podemos apelar a los psicólogos, quienes parecen capaces de operar en un mundo de intelecto escindido, donde uno se desembaraza de los sentimientos e ignora temporalmente el vivir psicossomático. El nuevo presidente que ustedes tienen es un psicólogo y también el secretario, así que están bien servidos.

Digamos que hay un zoológico, y que en él hay animales que han llegado a la cima de la profesión. Leones, jirafas, hipopótamos, murciélagos, águilas pescadoras, ratones y grandes mariposas. Escasamente se conocen entre sí, y no tienen nada en particular que los llevaría a crear un zoológico. Pero los niños necesitan poder ir al zoológico con sus padres los sábados a la tarde, y ver finos ejemplares y luego volver a casa y leer algo acerca de ellos. Nuestra justificación podría radicar simplemente en que la colectividad de los niños precisa justamente este zoológico. Eso podría bastar, porque estamos conformados de modo individual, y la autoselección o la motivación inconsciente nos lleva a tareas especiales a las que les somos fieles.

Todos hemos sido niños: tal vez sea esto lo único que nos une. Podría ser suficiente para permitirnos elaborar en la comisión un programa anual que provea a todos los aspectos de la vida que podría requerir la colectividad de los niños. Confío en que ésta sabría inventar y utilizar una Comisión de la ACPP, y tal vez gozaría al ver cómo los diversos grupos se mal interpretan entre sí. Puedo asegurarles que esto es lo que ocurre. Constantemente nos estamos mal interpretando unos a otros. Y seguiremos haciéndolo....

El texto finaliza aquí, y es la segunda conferencia (inconclusa) de Winnicott sobre los psicólogos como grupo.

(1) Estas iniciales corresponden a la IACAPAP actual, la International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, entidad que representa los intereses de los niños y los adolescentes y de los profesionales que los atienden.

(2) "Psycho-Somatic Illness in Its Positive and Negative Aspects", International Journal of Psycho-Analysis, vol. 47 (1966), pág. 510. Incluido en Psycho-Analytic Explorations (1989). Trad. cast.: Exploraciones psicoanalíticas, Buenos Aires, Paidós, 1993.

(3) Incorporada ahora a la asistencia social general.

(4) .

(5) .

(6) .

(7) .

(8) .

(9) .

(10) .

(11) .

P S I K O L I B R O



Biblioteca D. Winnicott

Los fines del tratamiento psicoanalítico

Trabajo presentado ante la British Psycho-Analytical Society, el 7 de marzo de 1962.

Al hacer psicoanálisis me propongo:

Mantenerme vivo
Mantenerme sano
Mantenerme despierto

Pretendo ser yo mismo y comportarme bien.

Una vez iniciado un análisis, espero continuarlo, sobrevivir a él, ponerle fin.

Disfruto analizando y siempre espero con esperanza el final del análisis. El análisis por el análisis mismo no tiene sentido para mí. Analizo porque es lo que el paciente necesita y le conviene. Si el paciente no necesita análisis, hago otra cosa.

En el análisis uno se pregunta cuánto puede permitirse hacer. Y, en contraste, en mi clínica el lema es hacer lo mínimo necesario.

Pero éstas son cuestiones superficiales. ¿Cuáles son los fines más profundos? ¿Qué es lo que hace uno en el encuadre profesional tan cuidadosamente preparado y mantenido?

Al principio siempre me adapto un poco a las expectativas del individuo. No hacerlo es inhumano. Pero continuamente maniobro para entrar en la posición del análisis estándar. Lo que debo tratar de hacer es definir el significado que tiene para mí la expresión "análisis estándar".

Para mí, esto significa comunicarse con el paciente desde la posición en que me coloca la neurosis (o psicosis) de transferencia. En esa posición tengo algunas de las características de un fenómeno transicional, puesto que aunque represento el principio de realidad, y soy yo quien debe estar atento al reloj, para el paciente, no obstante, soy un objeto subjetivo.

La mayor parte de lo que hago tiene la índole de una verbalización de lo que el paciente me trae para usarlo el día de la sesión. Hago interpretaciones por dos razones:

(1) Si no interpreto, el paciente tiene la impresión de que lo comprendo todo. En otras palabras, al interpretar logro conservar una cierta cualidad externa por no dar totalmente en el blanco, o incluso por equivocarme.

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

interpretaciones son pocas; es lo que espero. Una interpretación por sesión me deja conforme si se refiere al material producido por la cooperación inconsciente del paciente. Digo una cosa, dividida o no en dos o tres partes. Nunca utilizo oraciones largas, a menos que esté muy cansado. Si estoy al borde del agotamiento empiezo a enseñar; además, a mi juicio, una interpretación que incluye la palabra "además" lleva el sello de sesión pedagógica.

La materia de los procesos secundarios se aplica a la materia de los procesos primarios, como aporte al crecimiento y la integración.

¿Qué me trae hoy el paciente? Esto depende de la cooperación inconsciente que se estableció en el momento de la primera interpretación mutativa, o antes; es axiomático que el trabajo del análisis debe ser realizado por el paciente, y que esto es lo que se denomina "operación inconsciente". Incluye cosas tales como el soñar, el recordar los sueños y comunicarlos de un modo útil.

La cooperación inconsciente es lo mismo que la resistencia, pero esta última corresponde a un elemento transferencial negativo. El análisis de la resistencia libera la cooperación que corresponde a elementos transferenciales positivos.

Aunque el psicoanálisis puede ser infinitamente complejo, es posible decir unas pocas cosas simples sobre el trabajo que yo hago, y una de ellas es que en la transferencia espero encontrar una tendencia a la ambivalencia y a alejarme de los mecanismos más primitivos de la escisión, la introyección y la proyección, la retaliación objetal, la desintegración, etcétera. Sé que esos mecanismos primitivos son universales y que tienen un valor positivo, pero son defensas en cuanto debilitan el lazo directo con el objeto a través del instinto, y a través del amor y el odio. Al final de ramificaciones interminables en términos de fantasía hipocondríaca e idea delirante persecutoria, el paciente tiene un sueño que dice: "Te como". Aquí hay una simplicidad total, como la del complejo de Edipo.

La simplicidad total sólo es posible como bonificación por sobre el fortalecimiento del yo que el análisis genera. Me gustaría referirme en especial a este tema, pero primero debo abordar el hecho de que en muchos casos el analista desplaza las influencias ambientales patológicas y logramos un insight del tipo que nos permite saber cuándo nos hemos convertido en representantes actuales de las figuras parentales de la niñez y la infancia del paciente, y cuándo, por contraste, estamos desplazando a esas figuras.

En la medida en que pasemos por esto, nos vemos afectando el yo del paciente en tres fases:

- (a) Esperamos una especie de fortalecimiento del yo en las etapas tempranas del análisis, gracias al yo auxiliar que proporcionamos, simplemente por el hecho de hacer análisis estándar y hacerlo bien. Esto corresponde al yo auxiliar de la madre que (según mi teorización) fortalece el yo del infante si y sólo si ella es capaz de desempeñar su parte especial en ese momento. Esa parte es temporaria y corresponde a una fase especial.
- (b) A continuación sigue una fase prolongada en la cual la confianza del paciente en el proceso analítico genera todo tipo de experimentación (por parte del propio paciente) en términos de independencia del yo.
- (c) En la tercera fase, el yo del paciente, ya independiente, empieza a mostrarse y a afirmar sus propias características individuales, y el paciente comienza a dar por sentado el sentimiento de que existe por derecho propio.

Es esta integración del yo la que me interesa particularmente, y la que me da placer (aunque no se produce para darme placer). Resulta muy satisfactorio observarla creciente capacidad del paciente para reunir todas las cosas en el ámbito de la omnipotencia personal, incluyendo aun los auténticos traumas.

La fortaleza del yo da por resultado un cambio clínico en la dirección de un aflojamiento de las defensas, que pasan a ser empleadas y desplegadas más económicamente, con la consecuencia de que el individuo deja de

sentirse atrapado en una enfermedad; se siente libre, aunque no libre de síntomas. En síntesis: vemos el crecimiento y el desarrollo emocional que en la situación original estaban retenidos.

¿Qué decir del análisis modificado?

Cuando encuentro ciertas condiciones que he aprendido a reconocer, me descubro trabajando como psicoanalista más bien que haciendo psicoanálisis estándar.

(a) El miedo a la locura domina la escena.

(b) Un self falso se ha vuelto exitoso, y para que el análisis tenga éxito en alguna fase se destruirá la fachada de éxito, incluso de esplendor.

(c) Hay en el paciente una tendencia antisocial, sea en forma de agresión, de robo, o ambas cosas, como legado de una privación.

(d) No hay vida cultural alguna, sino sólo una realidad psíquica interior y una relación con la realidad externa, relativamente desvinculadas entre sí.

(e) Domina la escena una figura parental enferma.

Estas y muchas otras pautas patológicas me llevan a prestar atención. Lo esencial es que baso mi trabajo en el diagnóstico. Mientras avanzo continuo haciendo el diagnóstico individual y social, y trabajo inequívocamente en concordancia con el diagnóstico. En este sentido hago psicoanálisis cuando, según el diagnóstico, el individuo, en su ambiente, quiere psicoanálisis. Incluso puedo tratar de poner en marcha una cooperación inconsciente cuando no hay un deseo consciente de análisis. Pero, en general, el análisis es para quienes lo quieren, lo necesitan y lo permiten.

Cuando estoy ante un caso para el que no corresponde el psicoanálisis, me convierto en un psicoanalista que satisface o trata de satisfacer las necesidades de ese caso especial. Creo que este trabajo no analítico puede ser realizado del mejor modo por un analista que conozca bien la técnica psicoanalítica estándar.

Finalmente, querría decir lo que sigue.

He basado mi exposición en el supuesto de que todos los analistas son iguales, en la medida en que son analistas. Pero en realidad los analistas no son iguales. Yo no soy ahora como era hace veinte o treinta años. Algunos analistas sin duda trabajan mejor en el ámbito más simple y dinámico en el que el conflicto entre el amor y el odio, con todas sus ramificaciones en la fantasía consciente e inconsciente, constituye el problema principal. Otros analistas trabajan igualmente bien o mejor cuando pueden abordar mecanismos mentales más primitivos en la neurosis o psicosis de transferencia. De este modo, interpretando retaliaciones, proyecciones e introyecciones del objeto parcial, angustias hipocondríacas y paranoides, ataques a los vínculos, trastornos de pensamiento, etcétera, amplían el campo de operaciones y la gama de casos que pueden tratar. Se trata de análisis de investigación y el peligro consiste sólo en que las necesidades del paciente, en términos de dependencia infantil, se pierdan en el curso del desempeño del analista. Naturalmente, a medida que ganamos confianza en la técnica estándar gracias a su uso en casos adecuados, nos agrada sentir que podemos abordar los casos fronterizos sin desviarnos, y no veo ninguna razón por la que no haya que realizar el intento, en especial si el diagnóstico puede modificarse a favor nuestro como consecuencia de nuestro trabajo.

En mi opinión, nuestros fines en la práctica de la técnica estándar no se modifican si interpretamos los mecanismos mentales correspondientes a los tipos psicóticos de trastorno y a las etapas primitivas de los estados emocionales del individuo. Si nuestro fin sigue siendo verbalizar la conciencia naciente en términos de transferencia, estamos practicando análisis; en caso contrario, somos analistas que practican alguna otra cosa que consideramos apropiada para la ocasión. Y, ¿por qué no?.

Biblioteca D. Winnicott

Formulación teórica del campo de la psiquiatría infantil

(1958)

I. El campo profesional

Apenas estamos empezando a comprender que esa mitad de la pediatría que es en realidad psicología, tiene tanta importancia como la otra mitad que se interesa por los tejidos y por el efecto de la enfermedad física sobre el cuerpo y su funcionamiento. La pediatría está basada en un conocimiento a priori del crecimiento físico y de los trastornos en el crecimiento y el funcionamiento corporales. La psiquiatría se funda en la comprensión del crecimiento emocional del bebé, el niño, el adolescente y el adulto normales, y de la relación del individuo con la realidad externa.

Es necesario considerar aquí el lugar que ocupa la psicología académica. Está ubicada en el límite entre el crecimiento físico y el desarrollo emocional. El psicólogo académico estudia manifestaciones que, si bien psicológicas, pertenecen de hecho al crecimiento físico. Un ejemplo de ello serían las aptitudes que van apareciendo *pari passu* con el desarrollo del cerebro y el de la coordinación, o las habilidades que no se desarrollan debido a lesiones cerebrales. Podemos ilustrar esto diciendo que al psicólogo académico le interesa a qué edad un niño comienza a caminar, pero la psicología dinámica debe tener en cuenta que la ansiedad puede impulsar a un niño a caminar antes de tiempo, o que los factores emocionales pueden ejercer el efecto contrario. Rara vez sucede que la fecha en que un niño camina por primera vez indica exactamente su capacidad para caminar basada en el desarrollo fisiológico y anatómico.

El importante campo de los tests de inteligencia también sirve para ilustrar el interés del psicólogo académico por la capacidad infantil que está basada en la cualidad del funcionamiento cerebral. Al psicólogo académico le interesa cualquier método que permite eliminar los factores emocionales que perturban el resultado "puro" de un test. Cuando el clínico utiliza los resultados de un test de inteligencia, debe reintegrar a esos datos los elementos de la psicología dinámica que antes fueron deliberadamente eliminadas. Una entrevista psiquiátrica es algo esencialmente distinto de una entrevista que tiene como fin administrar un test; es imposible combinarlas e incluso a un mismo individuo le resulta muy difícil desempeñar con comodidad ambos papeles, el del psicólogo que administra un test y el de psiquiatra.

De hecho, este último hace un uso muy especial precisamente de aquello que el psicólogo trata de eliminar, esto es, la complejidad emocional, pues su objetivo no consiste en administrar un test, sino en participar en el patrón de la vida emocional del paciente, experimentar lo que esa participación significa, y en llegar así a conocer al paciente en lugar de adquirir conocimientos sobre él.

En estos aspectos, el asistente social se encuentra en la misma situación que el psiquiatra.

A primera vista, la psicología académica parece más científica que la dinámica; tanto en el campo de la medicina clínica como en el de la psiquiatría hay individuos que trabajan mejor en un laboratorio, pero es innegable que los seres humanos están hechos de sentimientos y de patrones afectivos, y que conocer la conformación de la mente no significa conocer la psiquis de una persona. En el campo de la psiquiatría infantil, los problemas clínicos se refieren en gran medida a la psiquis, la personalidad, la persona y la vida interna y externa de los sentimientos.

El médico como consejero

A menudo sucede que un médico se encuentra en una posición falsa porque, siendo una autoridad en medicina, se espera que lo sea también en psicología. Puede ocurrir que reconozca una enfermedad emocional y ponga el problema en manos de un colega psiquiatra, pero cuando se espera de él que tenga conocimientos acerca del desarrollo emocional normal, es probable que cometa errores, pues no está preparado para aconsejar a los padres con respecto a la crianza de un niño normal. Desde luego, puede recurrir a su propia experiencia como progenitor, pero los padres no aprenden psicología observando a sus propios hijos y a sí mismos en su relación con ellos.

El estudio del desarrollo emocional del niño, de la actitud de los padres y del cuidado infantil en general, constituye de hecho una disciplina científica sumamente compleja, que plantea grandes exigencias a quienes la estudian. No se trata de "ser buenos con los chicos", sino de algo muy distinto. Cabría agregar que si los padres han sido eficaces como tales no tienen ninguna conciencia de los factores que han contribuido a ese éxito; casi se podría afirmar que están más capacitados para dar consejos acerca del cuidado infantil cuando han fracasado como padres que en el caso contrario, porque el fracaso los ha llevado a examinar esos problemas con una actitud más objetiva.

Evidentemente, el pediatra que está plenamente familiarizado con el aspecto físico del cuidado infantil tampoco puede incursionar sin ningún otro requisito en el campo de la psiquiatría infantil. Debe realizar un nuevo esfuerzo, salir al encuentro de una nueva ciencia y desarrollar gradualmente una nueva actitud, basada en una ciencia que no está incluida en el programa de estudios de ninguna carrera de medicina. Y lo mismo puede decirse con respecto al maestro y al asistente social.

La dicotomía psicosomática

El tratamiento de los trastornos psicosomáticos constituye la mejor y más clara prueba de cuán necesario se hace comprender estos problemas. En la práctica resulta muy difícil encontrar un pediatra que esté dispuesto a cooperar en términos de igualdad con un psicoterapeuta de orientación psicoanalítica, a pesar de que ambos creen en la integridad del otro y conocen sus respectivos trabajos. En la práctica, el niño se ve desgarrado no sólo internamente por factores que tienden a las manifestaciones físicas y los que se expresan a nivel psicológico, sino también, externamente, por la puja entre ambos profesionales. El niño que necesita ser hospitalizado debido a un trastorno psicosomático, queda internado en una sala bajo la responsabilidad de un pediatra, o bien ingresa a una institución similar a un hospital psiquiátrico o en alguna otra que se especializa en el manejo de niños difíciles, y el pediatra pierde todo contacto con el desarrollo de los acontecimientos.

Existen sin duda servicios hospitalarios a los que un niño puede acudir durante largo tiempo sin que se le coloque el rótulo de caso somático o psiquiátrico, y que constituye el único tipo de marco adecuado para la práctica de la medicina psicosomática.

La pediatría y la psiquiatría infantil

El desarrollo de la relación entre la pediatría y la psiquiatría infantil puede formularse en los siguientes términos: la formación del pediatra, que espera dedicarse de lleno al estudio de la enfermedad física, consiste en el conocimiento de la ciencias físicas. La pediatría atrae a todos aquellos que sienten interés por las ciencias físicas; eventualmente de ella, surge el estudio del cuerpo sano. La pediatría hace una contribución específica por el hecho de que se estudia el problema del crecimiento. Poco a poco, los estudios clínicos lleva al pediatra a comprender las necesidades corporales del niño en una etapa en que la dependencia física es total.

En pediatría hay una tendencia a utilizar el laboratorio en lugar de la clínica; la sala hospitalaria se convierte prácticamente en un laboratorio y se tiende a imponer en el servicio para pacientes externos en las circunstancias imperantes en aquélla.

Con todo, el estudio del niño sano lleva al pediatra a tratar de establecer para ese estudio circunstancias similares a las que son naturales para el niño y muy distintas de la situación controlada del laboratorio. El clínico no puede llevar a cabo su trabajo sin comprensión y simpatía naturales para con el niño como persona, y necesariamente llega a participar en el uso que el niño hace del medio durante el crecimiento y en todos los problemas de la crianza. Así, el pediatra que trabaja como clínico se va encaminando hacia la psiquiatría y se ve llevado a actuar como consejero en lo relativo al cuidado infantil, aunque de hecho no está preparado para desempeñar ese papel.

Hacia el final de la segunda guerra mundial, la pediatría británica tenía una orientación clínica, y había logrado realizar enormes progresos en ese campo, como resultado de los cuales habían disminuido las enfermedades físicas y cabía predecir que continuarían disminuyendo en el futuro debido al mayor número de servicios pediátricos en todo el país.

Por esa época, asimismo, ya se habían realizado considerables progresos en el estudio del desarrollo emocional normal de niños de diversas edades, y también en lo relativo a la psicopatología; por otra parte, se había organizado la formación de psicoanalistas de niños y de adultos. Freud fue quien, muchos años antes, mostró que en el tratamiento de los trastornos neuróticos del adulto el analista tropieza constantemente con el niño que hay en aquél; esto permitió llegar a la conclusión de que eventualmente sería posible cumplir una labor preventiva directamente con el niño e incluso con el bebé, y también en el campo del cuidado infantil. Asimismo, se ha demostrado que resulta posible tratar al paciente psiquiátrico infantil mientras el niño sigue siendo una criatura y mantiene su estado de dependencia. Hoy existe una tendencia cada vez mayor entre los pediatras a ocuparse tanto del aspecto físico del crecimiento como del desarrollo emocional, y, en consecuencia, también del desarrollo de la personalidad humana y de la relación del niño con la familia y el medio social.

El psicoanálisis y el niño

También se ha producido un cambio en la actitud del psicoanalista con respecto al niño, que cabría describir de la siguiente manera. El psicoanalista en su experiencia profesional trata toda clase de pacientes adultos, los que pasan por normales, los que son neuróticos, los que son antisociales y los que están en los límites de la psicosis. En todos los casos, mientras se ocupa de los problemas actuales del paciente, comprueba que su labor lo lleva a estudiar la infancia de aquél. Por lo tanto, el paso siguiente en consiste en tratar adolescentes, niños, y criaturas muy pequeñas, y participar en la vida emocional del niño concreto en lugar de hacerlo con la

criatura que existe en cada adulto. Analiza niños, interviene en el manejo de casos psiquiátricos infantiles, y conversa con los padres sobre los problemas relativos al cuidado de los hijos. Mientras hace psicoterapia, el psicoanalista se encuentra en una posición muy favorable para el estudio del niño como un todo. Así, los trastornos físicos provocados por problemas emocionales caen naturalmente dentro del campo del analista, y lo mismo ocurre con las distorsiones emocionales que resultan de la enfermedad física. Con todo, esta última requiere el conocimiento adquirido en el curso del siglo pasado por el pediatra de orientación clínica.

Es necesario recordar al psicoanalista que la salud física que suele dar por sentada depende del aspecto preventivo de la pediatría, y también de la obstetricia, que ha reducido en alto grado la mortalidad infantil en las últimas décadas y ha hecho que el parto no ofrezca mayores peligros.

Pero, ¿quién se ocupará del niño como un todo?.

II. El paciente infantil

Aspectos del problema psiquiátrico estudiados en secuencia

Consideremos ahora el problema que se le plantea a todo aquél que participa con un niño en una situación terapéutica. Hay tres series de fenómenos, todos interrelacionados, aunque distintivos a los de una descripción. En la que haré aquí, la salud física se da por sentada.

I) Las dificultades normales de la vida

La normalidad, o salud, es una cuestión de madurez, y no de ausencia de síntomas. Por ejemplo, el niño normal de cuatro años experimenta una profunda ansiedad por el simple hecho de que existen conflictos en las relaciones humanas que son inherentes a la vida y al hecho de vivir, y al manejo de los instintos. Resulta paradójico que en algunas edades, a los cuatro años, por ejemplo, un niño normal pueda exhibir toda la gama de la sintomatología (ansiedad manifiesta, pataletas, fobias, compulsiones obsesivas, trastornos correspondientes en el funcionamiento físico, dramatización, conflictos en la esfera emocional, etc.) y que otro niño, casi carente de síntomas, pueda estar seriamente enfermo. Naturalmente, la experiencia permite al psiquiatra descubrir lo que se oculta tras esta fachada pero, desde el punto de vista del observador no adiestrado, categoría en la que podemos incluir al pediatría de orientación clínica, el niño enfermo es el que parece más normal.

II) La neurosis (o psicosis) infantil manifiesta

Desde la infancia hasta la edad adulta, en todas las diversas edades pueden aparecer trastornos psiquiátricos. Las organizaciones defensivas contra la ansiedad intolerable producen una sintomatología susceptible de ser reconocida, diagnosticada y, a menudo, tratada. En algunos casos, el medio es bastante normal mientras que, en otros, constituye un factor externo significativo en lo tocante a la etiología.

III) La neurosis o psicosis latente

El psiquiatra también aprende a descubrir en el niño la enfermedad potencial, la que quizás se manifieste más tarde en una situación de tensión, sea ésta inherente a un trauma, a la adolescencia, o a la adultez y la independencia. Esta tercera tarea del psiquiatra de niños es muy difícil, pero no imposible. Como ejemplo, podemos considerar el fenómeno bastante común de un falso self organizado. Un falso self puede encajar

bastante bien dentro del patrón familiar, o quizás ajustarse a un trastorno en la madre, y confundirse fácilmente con la salud, a pesar de lo cual implica inestabilidad y corre el riesgo de desmoronarse.

Estos tres aspectos del trastorno psiquiátrico en un niño, si bien interrelacionados, son distinguibles en cualquier formulación teórica del desarrollo emocional humano.

La salud como madurez emocional

Al psiquiatra le interesa el desarrollo emocional del individuo; en su campo de actividad, la enfermedad y la inmadurez son términos casi equivalentes. Desde el punto de vista del psicoanalista, la meta del tratamiento es el logro de madurez, aunque sea tardíamente. Por lo tanto, la enseñanza de la psiquiatría infantil está basada en el conocimiento del desarrollo infantil. La psicología académica constituye un importante complemento dentro del estudio general del desarrollo emocional, que comienza desde muy temprano, aproximadamente en el momento del parto, y culmina en el individuo adulto maduro. Cuando una persona es madura puede identificarse con el medio, y contribuir a crearlo, mantenerlo y modificarlo, sin que tal identificación implique un sacrificio excesivo del impulso personal.

¿Qué precede a la madurez adulta? La respuesta a esta pregunta abarca todo el amplio campo de la psiquiatría infantil. A continuación ofrezco una breve formulación de la psicología infantil, siguiendo el método elegido, esto es, empezando por el producto final y retrocediendo hasta la más temprana infancia.

Madurez adulta

La posibilidad de sentirse ciudadano del mundo representa un logro extraordinario y único en el desarrollo del individuo, rara vez compatible con la salud personal o con la ausencia de depresión. Aparte de algunos ejemplos aislados, los adultos maduros gozan de salud sobre la base de su pertenencia a un grupo dentro del grupo total, y cuanto menor es el tamaño de aquél, menos apropiado resulta calificarlos de maduros. Así, hay quienes disfrutan de salud, pero dentro de un grupo limitado, y quienes tienden al grupo más amplio y quedan expuestos a la enfermedad.

La adolescencia

La adolescencia se caracteriza sobre todo por las limitadas expectativas de la sociedad con respecto al adolescente, de quien no se espera una socialización plena. De hecho, proporcionamos a los adolescentes grupos autolimitados, con la esperanza de que puedan llegar a aprovechar la ampliación gradual del tamaño y el alcance del grupo que les exige lealtad. El adolescente exhibe una mezcla de independencia desafiante y dependencia, estados que alternan o incluso coexisten, lo cual hace del adolescente una paradoja. Se verá que cada una de estas actitudes extremas da por sentado el control ejercido por los adultos y, por ende, los grupos que se organizan para los adolescentes deben contar, en cierta medida, con el apoyo de los adultos.

La latencia

A los cinco o seis años de edad, el niño entra en una etapa que en psicología se conoce como período de latencia, durante el cual se modifica el impulso biológico que subyace a la vida instintiva. Es durante este

período que el maestro cumple su principal tarea, puesto que, si es sano, el niño se mantiene durante un tiempo, relativamente ajeno al crecimiento emocional y al cambio instintivo.

El período de latencia presenta ciertas características: en los varones, la tendencia al culto del héroe, y a formar pandillas o asociarse con otros chicos sobre la base de alguna meta común; con todo, existen también amistades personales que pueden llegar a ser más fuertes que las cambiantes lealtades de pandilla. Las niñas exhiben rasgos similares, especialmente cuando, como suele ocurrir en esta etapa, tienen intereses masculinos. Por otra parte, pueden disfrutar hasta cierto punto del hecho de parecerse a la madre, en la relativo a las tareas domésticas, el cuidado de otros niños y los misterios inherentes a ir de compras".

La primera madurez

En la etapa previa al período de latencia, el niño sano alcanza plena capacidad para el sueño o el juego adulto, con los instintos apropiados y las ansiedades y conflictos resultantes. Esta capacidad sólo se logra en un marco familiar relativamente estable. Durante este período, aproximadamente entre los dos y los cinco años de edad, se vive con tremenda intensidad y, aunque según los criterios adultos, se trata de un lapso breve, es dudoso que todo el resto de la vida sea tan largo como esos tres años, durante los cuales el niño se convierte en una persona total, que vive entre personas totales, ama y odia, sueña y juega.

En esta etapa cabe esperar que el niño manifieste toda clases de síntomas, es decir, características que deben calificarse como síntomas si persisten o son exageradas. La clave de este período, en el que tienen su origen las neurosis, es la ansiedad, por la que se entiende aquí una experiencia muy seria, del tipo que aparece clínicamente en la pesadilla. La ansiedad tiene que ver con el conflicto, en gran medida inconsciente, entre el amor y el odio. Los diversos síntomas son inundaciones de ansiedad o bien los comienzos de organizaciones destinadas a defender al individuo de la ansiedad cuanto ésta se hace intolerable. La neurosis no es otra cosa que rigidez en la organización de la defensa contra la ansiedad que surge de la vida instintiva del niño a esta edad. Lo dicho puede aplicarse a la neurosis en general cualquiera que sea la época de la vida en que se hace manifiesta.

Este período es psicológicamente muy complejo, si bien se ha ido haciendo cada vez más comprensible desde que Freud inició el estudio científico del niño pequeño, investigación que llevó a cabo en gran parte en el tratamiento de adultos. Fue precisamente la insistencia de Freud en la existencia de una sexualidad infantil, por la que se entiende la vida instintiva que es esencial para el niño de esta edad, lo que determinó la oposición inicial al psicoanálisis, aunque ahora cabe afirmar que los principios básicos de Freud gozan de aceptación general. La dificultad radica ahora en comprender las tremendas fuerzas que actúan y que subyacen tanto a la sintomatología de este período como a la salud emocional, que un niño puede alcanzar cuando tiene cinco años y entra en el período de latencia.

La infancia

Antes de la etapa recién descrita en la que el niño participa esencialmente en relaciones triangulares, hay otra durante la cual el niño se relaciona sólo con la madre, pero como un ser humano total con otra persona total. A veces resulta algo artificial trazar un límite entre este período y el de la participación en la situación triangular, pero la primera es muy importante y las ansiedades correspondientes a ella son de distinto tipo, pues se refieren a la ambivalencia, esto es, el odio y el amor hacia un mismo objeto. El problema psiquiátrico relacionado con esta etapa es más bien del tipo del trastorno afectivo, la depresión y la paranoia, y no tanto el de la neurosis.

La primera infancia

Más temprano aún, el niño es sumamente dependiente y debe cumplir ciertas tareas preliminares básicas, tales como la integración de la personalidad en una unidad, la ubicación de la psiquis en el cuerpo, y la iniciación del contacto con la realidad externa. La dependencia del niño es tal que esas tareas iniciales no pueden realizarse sin un cuidado materno suficientemente bueno. Las enfermedades que tienen su origen en esta etapa temprana son de la naturaleza de la psicosis, es decir, algunos de los trastornos que se incluyen bajo el término esquizofrenia.

Esta es el área en que hoy se efectúan la mayor parte de las investigaciones. Hay mucha incertidumbre y controversia en este campo, pero, por lo que sabemos, parece ser un hecho que la salud mental se establece desde el comienzo, en esta etapa en la que el niño depende tanto de la capacidad de la madre, o de sus sustitutos, para adaptarse a sus necesidades, hazaña que puede cumplir sólo mediante la identificación con el niño que su consagración a él hace posible.

Conclusiones

Al examinar así, retrospectivamente, la psicología del niño, hemos pasado de la capacidad del individuo para tomar parte en la creación, el mantenimiento y la modificación del medio, a un estado de dependencia absoluta que corresponde a los comienzos de la vida. En su evolución desde esta última etapa hasta la primera, el niño cumple un desarrollo personal muy intrincado que, a pesar de su complejidad, puede ahora bosquejarse y, hasta cierto punto, describirse con precisión.

El campo de la psiquiatría infantil estudia al niño como un todo, así como su pasado y su potencial para la salud mental y la riqueza de su personalidad adulta. El psiquiatra de niños tiene en cuenta el hecho de que en el desarrollo emocional infantil radica el potencial de la sociedad para el buen funcionamiento de la familia y para la creación y el mantenimiento de los grupos sociales.

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

Fragmentos concernientes a algunas variedades de confusión clínica, 1956

Fechado el 13 y 22 de febrero de 1956.

Una característica importante de la conducta obsesiva es que implica confusión. ¿Por qué razón en el estado de salud puede ponerse orden en cualquier embrollo, mientras que en la enfermedad el orden compulsivo es también fútil?

La clave: En la enfermedad obsesiva la confusión es una defensa organizada. Se mantiene inconscientemente un cierto grado de confusión para ocultar este hecho muy simple: el triunfo de lo malo sobre lo bueno, del odio sobre el amor, de la agresión sobre la capacidad para la preservación, etc.

De este modo, nunca se logra imponer orden. Pero puede existir un embrollamiento casi consciente cuando parecería que se lo logra.

¡Cuántas idas y vueltas da el amante que corteja!

Clínicamente nos encontramos con esto: la confusión como defensa, organizada, sólo se altera merced al análisis del sadismo oral, que a su vez altera el balance interior de las fuerzas, de modo que disminuye el simple hecho de la desesperanza que la confusión debe esconder. En el curso de este proceso, puede ayudárselo al paciente si se le informa que su confusión es una defensa. Esto le permite aceptar mejor la utilidad de las obsesiones; que, no obstante, no se "curan" por ello.

La relación entre depresión y obsesión es de este tipo: a) Las personas deprimidas y las obsesivas no se toleran unas a otras. b) Un paciente pasa de la depresión a la obsesión y viceversa; en general, se siente más real en el estado depresivo, pero sus fatuas obsesiones le pueden proporcionar un alivio temporario de ese estado de ánimo.

La pregunta que se plantea es: ¿qué es lo que hace que un paciente deprimido pueda de vez en cuando ser obsesivo, o que un paciente obsesivo se deprima temporariamente, en tanto que. hay otros individuos que permanecen siempre en un a u otra categoría diagnóstica?

Esta pregunta pone de relieve que la depresión, como estado clínico, no es la "posición depresiva": La posición depresiva y la imposibilidad del paciente para alcanzarla subyacen por igual en los estados de depresión y de obsesión.

Lo que nos interesa es la capacidad del paciente para tolerar el estado de ánimo. El temor a las defensas antidepresivas puede contribuir a que se adopten técnicas obsesivas, pues cuando la

depresión, como estado de ánimo, es severa, lo opuesto a ella no es la defensa maniaca sino la manía. ("Severa como modalidad" quiere decir que hay un alto grado de represión de la agresión o de amor cruel.)

El depresivo desprecia al obsesivo porque éste huye de sus propios sentimientos. El obsesivo no soporta la capacidad que tiene el depresivo para mantener su estado de ánimo; mantener un estado de ánimo implica esperanza, y de hecho el ánimo depresivo tiende a irse espontáneamente con el tiempo. Sin embargo, cuando el individuo se encuentra en el punto más bajo de la fase depresiva, es necesario preservarlo del suicidio.

La depresión implica, entonces, esperanza. ¿Qué clase de esperanza? Sugiero lo siguiente: la esperanza de recibir sostén durante un período, mientras tiene lugar la reelaboración, vale decir, una recomposición o reordenamiento interno, en el llamado mundo interior. Sólo en este caso la recomposición deja de ser fútil.

En el caso de la posición depresiva, habrá una acumulación de "recuerdos" de un, buen quehacer materno en la época de los primeros logros. En el caso del obsesivo habrá en cambio una acumulación de "recuerdos" de adiestramientos, enseñanzas, inculcación de la moral. La comparación de estos dos estados nos lleva, me parece, a contrastar dos tipos de quehacer materno temprano.

Un terna colateral a éste es la complicación que el analista debe reconocer cabalmente cuando se presenta, a saber: el hecho de que la confusión organizada sea un estado de la madre, correspondiente a las defensas organizadas contra la depresión sobre las que he escrito en otro lugar (1).

Es preciso analizar la confusión como defensa organizada si se pretende que el paciente llegue hasta aquello que se encuentra

siempre en el centro del individuo, un caos primario a partir del cual se organizan las muestras de la autoexpresión individual. En términos de las etapas iniciales del desarrollo se trata del estado primario de no-integración, sobre el cual ha llamado nuestra atención Glover con su teoría de los núcleos yoicos (2).

Encontramos gran alivio en nuestra labor cuando al despejarse la confusión como defensa organizada el paciente puede alcanzar este caos primario central. Por supuesto, esto sólo puede lograrse en un ambiente de una clase especial, al que he denominado "preocupación maternal primaria", cuando la madre que sostiene está en alto grado identificada con el bebé que es sostenido. En este punto del análisis, algunos pacientes parecen necesitar que se los sostenga efectivamente, de alguna manera simbólica, con una cuota de contacto físico. La falla ambiental en estas circunstancias implica que el self no integrado caiga para siempre, y el afecto que a ello corresponde es una angustia de intensidad psicótica. Aquí, más que en cualquier otra fase del análisis, el paciente debe correr un riesgo para avanzar hacia la integración.

Al escribir estas notas paso deliberadamente de un extremo al otro, describiendo la confusión organizada, compleja y comparándola con el estado de no-integración primario. Las confusiones intermedias tienen su importancia. Ejemplo de ello es la que puede sobrevenir en cualquier etapa si se le plantea a la actividad mental del individuo una demanda que sobrepasa sus alcances en ese momento, ya sea porque tiene al mismo tiempo otros múltiples problemas o porque la tarea trasciende lo que es acorde al estado de desarrollo y organización de su yo.

Hace mucho que estoy interesado en la relación entre el concepto de posición depresiva, el estado de ánimo depresivo y las emociones denominadas pesar; tristeza; sentimiento de pérdida.

Fue una paciente la que me enfrentó con este problema. El cuadro clínico era el siguiente: la paciente no se hallaba en ese momento en la posición depresiva aunque estaba cerca, vale decir, no había una experiencia integradora de una persona total relacionada con un objeto parcial y un objeto total, a los que se reconociera relacionados entre sí.

El análisis había llegado a un punto en que la paciente se encontró con el estado de confusión original correspondiente a la no-integración; lo cual implica un grado considerable de confianza en el factor ambientad; o sea; el analista en la transferencia. Una enfermedad de mi esposa motivó que en ese momento se interrumpiera el análisis. Al principio la paciente abordó la situación con una falsa benevolencia, pero después de dos días esto se vino a pique y ella entró en confusión; que esta vez fue una confusión desintegrada o incluso un estado confusional organizado, y no el estado de-confusión primario propio de la no-integración: Al retornar tras un intervalo de cuatro días, no pudo en un principio reiniciar él análisis; estaba muy preocupada por la situación real. Sólo al final de la sesión ella llegó a la etapa en que el análisis pudo continuar según los viejos cánones. Al día siguiente le volvió gradualmente la confianza y esto la llevó a un fragmento de actuación que la sorprendió a ella misma, durante la cual ocurrieron ciertas cosas que me mostraron que ella tenía el recuerdo corporal de ser repentinamente defraudada. Sufrió una angustia sumamente aguda, y cuando pasó, admitió que era una reacción tardía frente a mi abandono de cuatro días atrás, una reacción que le habría sido imposible tener a ella por sí misma. Al día siguiente su confianza se había restaurado por completo y se repitió la actuación en el transcurso de la sesión.

Debe repararse en que en la actuación del día anterior no había habido rigidez, que es la reacción mas primitiva; lo que hubo fue una no integración que pasó a ser desintegración. En la segunda oportunidad, la reacción fue mucho mas madura. Bajo la influencia de procesos inconscientes, la paciente mostró con suma claridad que era una bebita acongojada, que extendía sus brazos y experimentaba un sentimiento de pérdida. No llegó a sentir pesar, aunque estuvo cerca. El sentimiento de pérdida estuvo por cierto agudamente presente y sustituyó a la angustia. Tras recobrase, volvió a la confiada relación conmigo que había hecho posible este fragmento de actuación. En este caso pudo avanzar en su descubrimiento y en la reacción frente a mi repliegue. Lo importante es que en un momento de mi repliegue ella pudo reaccionar con un sentimiento de pérdida, lo cual podía compararse con el estado de repliegue de su madre, el cual en ningún momento posibilitó dicha reacción. En la relación con la madre, había habido simplemente un estado de repliegue distribuido en forma mas o menos uniforme mientras que conmigo había experimentado mi repliegue en cierto momento y había reaccionado con un agudo sentimiento de pérdida.

Allí, entonces, estuvo cerca del pesar. Al mismo tiempo, recuerdo que esta paciente no se hallaba en un estado de desarrollo yoico que hiciera posible la experiencia cabal de la posición depresiva. Sin duda, la experiencia del pesar dependía en alguna medida no sólo de mi conducta sino también de la conformación, en el interior de la paciente, de la idea de un objeto bueno. Esto se vinculaba estrechamente con su capacidad para sostener por un momento la idea de la madre cuando ésta se había replegado, permitiendo así que el sentimiento de pérdida cobrara realidad.

Notas:

(1) Me, Manic Defence. (1935) y "Reparation in Respect of Mother's Organised Defence against Depresión" (1948), en Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis, Londres, Tavistock, 1958; Nueva York, Basic Books, 1975; Rogarth Presa, 1975.

(2) E. Glover, On the. Early Development of the Mind, Londres, Imago, 1956.

Biblioteca D. Winnicott

El niño en el grupo familiar

(Conferencia pronunciada en el Congreso de la Asociación de Jardines de Infantes sobre "Adelantos en la educación primaria"; realizado en el New College, Oxford, 26 de julio de 1966)

Mucho se ha escrito últimamente sobre el niño y la familia, hasta el punto de que es difícil hallar el modo de referirse al tema con pretensiones de originalidad. La opinión general es que todo ha sido dicho ya, y casi podría afirmarse que el título de esta charla, a fuerza de ser usado, carece de significación. Hay, sin embargo, una novedad, aunque limitada, que resulta del cambio de énfasis en las directivas: la atención debe centrarse en la familia y no en el individuo. Hay una especie de plan destinado a modificar el método de trabajo social: debe tenerse en cuenta a la familia y concebirse al niño como parte de ella.

En mi opinión esto no representa ningún cambio, puesto que al niño se lo ha estudiado siempre en relación con la familia o con la ausencia de una familia. Sea como fuere, podemos tratar de servirnos de cualquier cosa que alivie la monotonía.

Examinando la contribución del psicoanálisis, puede afirmarse que el énfasis que los analistas han puesto en el tratamiento de un niño no ha sido equilibrado. El psicoanálisis ha pasado por una larga fase en la que veía en el tratamiento de un niño un fenómeno aislado. Era inevitable que así fuera. Pero en los círculos psicoanalíticos se ha producido un cambio, originado simplemente en los procesos de desarrollo de las ideas. De cualquier modo, la reciente modificación de las directivas no tiene como destinatario al psicoanálisis sino al trabajo social en general, el que, a mi juicio, siempre que se ha ocupado de un niño lo ha hecho en el marco de su familia.

En la actualidad existe el riesgo de que al poner excesivo énfasis en el hecho de que las dificultades humanas deben manejarse en función de la familia y otros grupos, en realidad se esté eludiendo el estudio del individuo, sea éste un bebé, un niño, un adolescente o un adulto. En algún momento, en la tarea que se realiza en cada caso, el trabajador social debe tratar con un individuo al margen de su grupo: es entonces cuando se presentan las mayores dificultades y también cuando son mayores las posibilidades de producir un cambio.

Comenzaré por lo tanto con un ruego: piensen en el niño individual, en su proceso evolutivo, su sufrimiento, su necesidad de ayuda y su capacidad de beneficiarse con ella, claro está que sin olvidar la importancia de la familia, de los varios grupos escolares y de todos los demás grupos que conducen al que conocemos por el nombre de sociedad.

En todo trabajo con un caso debe decidirse quién es el enfermo. A veces, aunque se atribuye esa condición al niño, es otra persona la que causa y mantiene el trastorno, o incluso es un factor social lo que constituye el problema. Se trata de casos especiales, y los trabajadores sociales están al tanto de esta posibilidad. Pero ello no debería hacer olvidar el hecho de que casi siempre cuando un niño presenta síntomas es porque sufre, y la mejor manera de aliviar su sufrimiento es mediante el trabajo realizado con el niño mismo.

Esto es así sobre todo en los innumerables casos que existen en la comunidad pero que no llegan a las clínicas

de orientación infantil, las que, por supuesto, tienden a ocuparse de los casos menos corrientes, más complejos. En otras palabras, si miran a su alrededor, a los niños que conocen de su familia y de su medio social, verán que aun cuando muchos de ellos podrían beneficiarse con una pequeña ayuda, nunca se los lleva a una clínica. Esos son los niños a quienes mejor se podría ayudar y que necesitan atención individual. Los niños tratados en las clínicas no son representativos de los que necesitan ayuda en la comunidad. Lo digo con confianza ante este auditorio porque se compone de maestros, y la mayoría de los niños a quienes ustedes enseñan no son casos clínicos: son niños corrientes, muy semejantes a los que pertenecen al grupo social del que ustedes forman parte. No hay prácticamente ningún niño que no haya necesitado ayuda alguna vez por un problema personal o de quien se pueda afirmar que nunca la necesitará. En la escuela ustedes reaccionan a menudo ante estos problemas pasándolos por alto o aplicando medidas disciplinarias cuidadosamente graduadas, enseñando al niño una habilidad o brindándole la oportunidad de seguir sus impulsos creativos. Y cabe admitir que, en general, un maestro debe tener de la psicología una perspectiva diferente de la del trabajador social y de la del psiquiatra de niños.

Comprenderán que es inevitable que haya cierta superposición y que algunos de los niños que asisten a la escuela deberían estar concurrendo a una clínica, así como algunos de los niños de la clínica deberían estar tratando de superar sus dificultades con ayuda de sus tíos o tías, de sus maestros y de toda otra clase de provisión social generalizada.

El grupo en relación con el individuo

Para aprovechar la oportunidad que ustedes me han brindado, les recordaré con cierto detalle de qué modo la familia es un grupo cuya estructura está relacionada con la de la personalidad individual. La familia es el primer agrupamiento, y es de todos el que más cerca está de ser un agrupamiento dentro de la personalidad individual. El primer agrupamiento es simplemente una duplicación de la estructura individual. Cuando decimos que la familia es el primer agrupamiento, lo hacemos teniendo en cuenta el crecimiento del individuo, lo cual se justifica porque el vínculo entre el simple paso del tiempo y la vida humana es más débil que el que deriva del hecho de que toda persona comienza en un momento dado y, gracias a un proceso de crecimiento, convierte un espacio de tiempo en algo personal.

El niño comienza a separarse de la madre, y ésta, antes de ser percibida objetivamente, es lo que podríamos llamar un objeto subjetivo. El niño experimenta una brusca sacudida cuando, después de haber usado a la madre como objeto subjetivo -es decir, como un aspecto del self-, comienza a usarla como objeto distinto del self, inmune al control omnipotente. La madre, a su vez, cumple una tarea muy importante al adaptarse a las necesidades del niño, con lo que logra suavizar un tanto esa terrible sacudida, que corresponde al encuentro con el principio de realidad. Hay una duplicación de la figura materna.

En algunas culturas se realiza un esfuerzo deliberado para impedir que la madre sea alguna vez una persona única, a fin de proteger al niño del shock que acompaña a la pérdida. En nuestra cultura tendemos a considerar normal que el niño experimente plenamente el shock cuando la madre se convierte en una persona externa adaptativa, pero debemos admitir que se producen algunas bajas. En los casos en que todo sale bien se tiene una experiencia muy rica, y éste es el principal argumento a favor de nuestro sistema. El estudio antropológico de estas cuestiones proporciona un material fascinante al investigador que observa los resultados de la temprana y deliberada escisión de la figura materna impuesta por la sociedad.

El padre entra en escena de dos modos. En cierta medida, es una de las personas que duplican a la figura materna. Con el correr del tiempo se ha producido en Gran Bretaña un cambio de orientación, y hoy en día el padre se vuelve real para su bebé en el rol de duplicado de la madre con más frecuencia que hace algunas décadas. Lo cual interfiere con su otra función, que es la de entrar en la vida del niño como un aspecto de la madre; un aspecto duro, estricto e implacable, intransigente e indestructible que, en circunstancias favorables, se convierte en un ser humano, en alguien a quien se puede temer, odiar, amar y respetar.

Se forma así un grupo, de modo que pueden adscribirse a dos conjuntos. El primer conjunto corresponde simplemente a la extensión de la estructura de personalidad del niño y depende de los procesos de crecimiento. El segundo depende de la madre y de su actitud hacia ese niño, de las otras personas que estén disponibles como figuras maternas, de la actitud de la madre hacia las madres sustitutas, de la actitud social en el lugar, y del equilibrio entre los dos aspectos ya mencionados de la figura paterna. Naturalmente, las características del padre determinan en alto grado el modo como el niño lo usa o no lo usa en la formación de la familia. En ambos casos, por supuesto, el padre puede estar ausente u ocupar un lugar muy visible, y estos detalles establecen una enorme diferencia en cuanto a lo que la palabra "familia" significa para ese niño en particular.

Dicho sea de paso, conozco a una niña que dio el nombre de "Familia" a su objeto transicional. Creo que en este caso hubo un reconocimiento precoz de la desarmonía entre los padres, y a una edad increíblemente temprana la niña trató de remediar la deficiencia que percibía llamando Familia a su muñeca. Es el único caso que conozco en que haya ocurrido algo semejante, y en la actualidad, treinta años más tarde, esa persona está luchando aún contra su incapacidad de aceptar el distanciamiento entre sus padres.

Lo que he hecho hasta ahora es poner de relieve que cuando hablamos simplemente de un niño y su familia estamos pasando por alto las difíciles etapas durante las cuales ese niño adquirió una familia. No se trata simplemente de que haya un padre y una madre, y de que lleguen otros niños, y de que haya un hogar con padres e hijos y tíos y primos. Eso es sólo lo que diría un observador. Para los cinco hijos de una familia hay cinco familias. No se requiere ser psicoanalista para darse cuenta de que esas cinco familias no se parecen necesariamente, y con seguridad no son idénticas.

El principio de realidad

Después de haber introducido la idea de una familia juntamente con el concepto del objeto subjetivo que se convierte en objeto percibido objetivamente, desearía proseguir el estudio de esta área. En el desarrollo de los seres humanos se produce, precisamente entre estos dos tipos de relación, un cambio de magnitud asombrosa. Personalmente he tratado de contribuir valiéndome de la observación de objetos y fenómenos transicionales, es decir, de todo lo que emplea el niño individual cuando pasa por esta fase en la que su capacidad de percibir objetivamente es limitada y la principal experiencia en lo que se refiere a las relaciones objetales debe seguir siendo la de relacionarse con objetos subjetivos. (Entre paréntesis, no corresponde emplear aquí la expresión "objeto interno"; el objeto que podemos ver es externo y subjetivamente percibido, o sea que se origina en los impulsos creativos y la mente del niño. La cuestión se complica cuando el niño, poseyendo ya un interior, toma objetos percibidos externamente y los instala como imágenes internas. Pero la etapa a la que me estoy refiriendo es anterior, y en ella ese lenguaje no tiene sentido.)

Una dificultad que se presenta en este tipo de descripción es que en esta etapa, cuando el niño pequeño se relaciona con lo que he llamado un objeto subjetivo, indudablemente hay, al mismo tiempo, percepción objetiva. En otras palabras, el niño no podría inventar el aspecto preciso de la oreja izquierda de su madre. Y sin embargo, debemos decir que la oreja izquierda de la madre con la que está jugando el niño es un objeto subjetivo; el niño tendió la mano y creó esa oreja particular que estaba allí para ser descubierta. Esto mismo es lo que tiene de estimulante el telón de un teatro. Cuando se levanta, cada uno de nosotros crea la obra que se representa, y posteriormente podemos incluso descubrir que la coincidencia parcial de lo que cada uno ha creado proporciona material para una discusión sobre la obra representada.

No sabría cómo proseguir sin afirmar que hay aquí, en algún punto, un elemento de engaño que es inherente al desarrollo de la capacidad de relacionarse con objetos. Estoy leyendo este trabajo a un público que yo he creado. Pero debo admitir que al redactarlo también pensé en el público que está realmente aquí en este momento. Quiero creer que ambos coinciden en cierta medida, pero nada garantiza que puedan relacionarse entre sí. Al escribir este trabajo tuve que jugar y moverme en el ámbito que llamo transicional, en el que simulé que mi público eran ustedes tal como son aquí y ahora.

Esta fase que estoy analizando y a la que a veces me he referido con la expresión "fenómenos transicionales" es importante en el desarrollo de todo niño. Se requiere cierto tiempo en un "ambiente previsible normal" para que el niño pueda recibir ayuda de alguien capaz de adaptarse de un modo extremadamente sensible mientras él va adquiriendo la capacidad de utilizar la fantasía, de valerse de la realidad interior y los sueños y de manipular juguetes. Al jugar, el niño ingresa en esta área intermedia de lo que he llamado engaño, aunque deseo aclarar que este aspecto particular del engaño es saludable. El niño usa una posición intermedia entre él y la madre o el padre, quienquiera que sea, en la cual todo lo que sucede simboliza la unión o la no separación de estas dos cosas separadas. Este concepto es realmente muy difícil y creo que sería importante para la filosofía si pudiera ser entendido. Y quizás incorporaría también una vez más la religión a la experiencia de quienes han dejado de creer en milagros.

Lo importante es que el niño disponga de un lapso para utilizar la experiencia de relaciones estables a fin de desarrollar áreas intermedias en las que los fenómenos transicionales o lúdicos puedan quedar establecidos para ese niño en particular, de modo tal que en lo sucesivo tenga la posibilidad de disfrutar de todo lo que ha de derivarse del uso del símbolo, puesto que el símbolo de unión proporciona a la experiencia humana un campo más amplio que la unión misma.

Excursiones y regresos

Como ya he mencionado, en el desarrollo saludable el niño necesita tiempo para explotar plenamente esta fase; cabe añadir que también debe ser capaz de experimentar las diversas clases de relación objetal en el mismo día, o incluso en el mismo momento. Por ejemplo, viendo a un niño pequeño que disfruta de su relación con una tía, un perro o una mariposa, advertimos que no sólo está percibiendo cosas objetivamente, sino también disfrutando de la riqueza que le aportan sus descubrimientos. Esto no significa, sin embargo, que esté preparado para vivir en un mundo descubierto. En cualquier momento volverá a fusionarse con la cuna, la madre o los olores familiares y se encontrará nuevamente instalado en un ambiente subjetivo. Lo que intento decir es que son sobre todo las pautas familiares las que le proporcionan esas reliquias del pasado, de modo que cuando el niño descubre el mundo, se produce siempre el viaje de regreso apropiado. Si se trata de su propia familia, el viaje de regreso no es causa de tensión para nadie, porque toda familia se mantiene orientada hacia sí misma y hacia quienes son parte de ella.

Aunque estas cuestiones no necesitan ser ilustradas con ejemplos, les relataré un episodio tomado de un análisis.

Una paciente resume los traumas acumulados en su niñez refiriendo un suceso; al hacerlo pone de manifiesto, con sus propias palabras, la importancia del factor tiempo. "Yo tenía unos dos años. La familia estaba en la playa. Me alejé de mi madre y comencé a hacer descubrimientos. Encontré conchillas. Pasaba de una a otra, y había muchísimas. De pronto sentí miedo. Lo que ocurrió-ahora lo comprendo-es que en mi interés por descubrir el mundo me había olvidado de mi madre. Esto implicaba -ahora lo percibo claramente la idea de que mi madre se había olvidado de mí. Por lo tanto di la vuelta y corrí hacia ella, quizá sólo unos pocos metros. Mi madre me levantó y comenzó un proceso de restablecimiento de mi relación con ella. Probablemente no mostré interés en mi madre porque necesitaba tiempo para reponerme y perder el miedo. Entonces, de pronto, mi madre me puso de nuevo en el suelo."

Esta paciente re-actuaba el episodio, y gracias al trabajo realizado en el análisis pudo agregar: "Ahora sé lo que ocurrió. He estado esperando toda mi vida, hasta este momento, poder pasar a la etapa siguiente, porque si mi madre no me hubiera puesto en el suelo yo le habría echado los brazos al cuello y me habría deshecho en lágrimas de alegría y felicidad. Tal como ocurrieron las cosas, nunca volví a encontrar a mi madre".

Como se comprenderá, al relatar este episodio la paciente se estaba refiriendo a un modelo de situación basado en recuerdos superpuestos de situaciones similares. Lo importante del ejemplo es que muestra los delicados procesos a través de los cuales se desarrolla-cuando todo marcha bien- la confianza del niño en el viaje de

regreso. A este tema se refiere Richard Church en los tres tomos de su autobiografía, especialmente en el último.

Observando a un niño de dos años se comprueba fácilmente que las excursiones y regresos de escaso riesgo coexisten con otras que son importantes porque, si llegan a fracasar, alteran su vida por completo. Distintos miembros de la familia representan papeles diferentes, y los niños usan cada uno de ellos para ampliar sus experiencias hasta cubrir un vasto campo en lo referente a las características de las excursiones y regresos.

De este modo, suele ocurrir que el comportamiento de un niño en la escuela difiera mucho del que observa en su casa. Lo más común es que en la escuela se muestre entusiasmado al descubrir cosas nuevas, aspectos de la realidad que percibe por primera vez, mientras que en la casa es conservador, retraído, dependiente, asustadizo, protegido de las crisis por la adaptación sensible de la madre o de otro familiar. Puede ser a la inversa, pero es quizá menos normal y probablemente surjan dificultades si en la escuela el niño tiene plena confianza en una persona determinada, o en el ambiente, y en el hogar es irritable, de genio vivo y prematuramente independiente. Esto puede ocurrir si en la familia queda relegado, como por ejemplo cuando el segundo hijo pasa a ser el del medio de un grupo de tres, con lo que sale perdiendo en todo sentido hasta que alguien advierte que su temperamento ha cambiado y que, aunque la suya sea una buena familia, se ha convertido en un niño privado.

Lealtad y deslealtad

Quisiera referirme a otro aspecto de la relación entre la familia y el desarrollo del individuo. De entre los muchos aspectos de esa relación, sin duda polifacética, desearía referirme a los conflictos de lealtades, que son inherentes al desarrollo infantil.

En términos sencillos, el problema puede enunciarse así: hay mucha diferencia entre un niño que se alejó de su madre, llegó junto a su padre y volvió al punto de partida, y un niño que nunca pasó por esa experiencia.

En un lenguaje más complejo, puede decirse que en las etapas más tempranas el niño no está en condiciones de contener el conflicto dentro del self. Contener conflictos es la tarea del asistente social, y sabemos cuán grande es la tensión a que están sometidos los adultos cuando se ocupan de casos individuales y durante cierto tiempo contienen los conflictos propios de esos casos. El asistente social da más importancia a esa contención que a cualquier acción específica relacionada con los miembros del grupo que incluye al caso.

El niño inmaduro necesita una situación en la que no se exija lealtad, y es en la familia donde podemos esperar que se tolere lo que, de no ser simplemente una parte del proceso de crecimiento, podría tomarse por deslealtad.

El niño establece una relación con el padre, y esa relación condiciona la actitud que desarrolla hacia la madre. No sólo puede ver objetivamente a la madre desde la posición del padre, sino que también entabla con éste una relación amorosa que implica odio y temor a la madre. Volver a la madre desde esta posición es peligroso. Pero se produce un fortalecimiento gradual y el niño vuelve a la madre, y desde esta posición ve al padre objetivamente y sus sentimientos incluyen odio y temor.

Esta experiencia de ir y venir se repite en la vida cotidiana del niño en el hogar. No siempre involucra al padre y a la madre; la experiencia puede consistir en ir de la madre a la niñera y viceversa, o puede tratarse de una tía, una abuela o una hermana mayor. El niño puede encontrar gradualmente todas esas posibilidades, experimentarlas y adaptarse a los temores que le provocan. También puede llegar a disfrutar de los estímulos que esos conflictos proporcionan, siempre y cuando se los pueda contener. En el seno de la familia los niños introducen en sus juegos todas las tensiones propias de la experimentación con deslealtades, incluso las tensiones y celos que perciben en las personas adultas que los rodean. En cierto sentido, es un buen modo de describir la vida familiar en términos teóricos. Quizás el enorme interés que muestran los niños por jugar al

papá y la mamá se deban a que este juego les permite ampliar en forma gradual el campo de la experimentación con deslealtades.

A veces es posible percibir lo importantes que son estos juegos, por ejemplo cuando un nuevo hijo se suma tardíamente a la familia y no puede usar los juegos de sus hermanos, juegos dotados de una complejidad que para los hermanos mayores tienen una historia. Puede participar mecánicamente en ellos y sentirse eliminado o aniquilado por su participación, que no es creativa, porque lo que necesitaría es comenzar de nuevo y llegar, partiendo de los rudimentos, a la complejidad de las lealtades opuestas.

Sé que los sentimientos involucrados en estos juegos tienen rasgos positivos y libidinales, pero el contenido que despierta entusiasmo en los niños se halla estrechamente vinculado con las lealtades opuestas. De este modo, constituyen una preparación perfecta para la vida.

Como veremos, la escuela puede brindar un gran alivio al niño que vive con su familia. Para los niños pequeños, que pasan la mayor parte del tiempo jugando, los juegos que practican en la escuela no son básicos y pronto se convierten en juegos que desarrollan habilidades. Está también la cuestión de la disciplina que debe reinar en los grupos, todo lo cual lleva a una simplificación que es muy agradable para unos y muy molesta para otros. Una simplificación demasiado temprana, como la que impone la escuela al juego de la familia de los niños que viven con sus familias, debe considerarse un empobrecimiento, al menos para los niños que pueden tolerar el juego de la familia y cuyas familias pueden afrontar el hecho de que lo practiquen.

En cambio, al hijo único o al niño solitario los beneficia ingresar tempranamente en un grupo de juegos, donde al menos en cierta medida, el juego puede incluir relaciones interpersonales y lealtades opuestas que resultan creativas para el niño.

Estas son las razones por las que una decisión del gobierno respecto de la edad en que los niños deben comenzar a ir a la escuela nunca será satisfactoria. En cuestiones tan delicadas como ésta, una recomendación apropiada sólo puede darse después de sopesar en cada caso individual todos los factores pertinentes, lo que equivale a decir que cada vecindario debe contar con toda clase de provisiones. En caso de duda, tendremos presente que es en su hogar donde el niño puede lograr las experiencias más ricas, pero siempre debemos tratar de identificar al niño que por una u otra razón no puede ser creativo en el juego imaginativo si no pasa algunas horas por día alejado de su familia.

La educación primaria corresponde al ámbito en que al niño más bien le agrada que, a través del aprendizaje, de la adopción de lealtades específicas y de la aceptación de reglas y normas junto con el uniforme escolar, se lo exima de tener que resolver las complejidades de la vida. A veces esta situación persiste en la adolescencia, pero es insatisfactorio que los niños permitan que ello ocurra, por muy conveniente que les parezca a los maestros. Lo que debemos esperar es que en la adolescencia reaparezcan en cada muchacho y en cada chica la experimentación y las lealtades opuestas que surgieron creativamente en el juego de la familia, aunque en esta ocasión el estímulo no provendrá sólo de los temores emergentes sino también de las nuevas e intensas experiencias libidinales que la pubertad habrá desatado.

La familia tiene un enorme valor para el adolescente, sobre todo cuando, pese a ser sano, se siente atemorizado la mayor parte del tiempo, a causa de que el amor intenso suscita automáticamente un odio intenso. En los casos en que el marco familiar subsiste, el adolescente puede representar el papel de padre o madre, que era lo esencial del juego imaginativo practicado en el hogar en la etapa de dos a cinco años.

A menudo se piensa en la familia como en una estructura mantenida por los padres, un marco en el que los hijos pueden vivir y crecer. Se piensa en ella como en un lugar en el que los niños descubren sentimientos de amor y odio y encuentran simpatía y tolerancia (y también exasperación, que a menudo provocan). Pero en mi opinión -y a esto me he estado refiriendo- se subestima la importancia que tiene el encuentro de los niños con la deslealtad. La familia orienta hacia agrupaciones diversas, que se amplían cada vez más hasta alcanzar el tamaño de la sociedad local y de la sociedad global.

La realidad del mundo del que los niños llegarán a formar parte como adultos se caracteriza porque en ella toda lealtad incluye algo opuesto que podría llamarse deslealtad. El niño que ha tenido la oportunidad de comprobarlo durante su crecimiento se encuentra en inmejorables condiciones para ocupar un lugar en ese mundo.

Por último, si retrocedemos en el tiempo advertimos que esas deslealtades, como he dado en llamarlas, son un rasgo esencial de la vida que se origina en el hecho de que ser uno mismo implica ser desleal para con todo lo que no es uno mismo. Las palabras más agresivas y peligrosas en todos los idiomas son las que forman la frase yo soy. Pero debe admitirse que sólo quienes han alcanzado la etapa en la que es posible hacer tal afirmación están verdaderamente capacitados para desempeñarse como miembros adultos de la sociedad.

.

.

Biblioteca D. Winnicott

La distorsión del yo en hermanos de self verdadero y falso

(1960) Un fenómeno reciente del psicoanálisis es el uso creciente del concepto de "self falso". Este concepto lleva implícita la idea de un "self verdadero".

Historia

Este concepto no es nuevo en sí mismo. Aparece en diversas formas en la psiquiatría descriptiva, y sobre todo en ciertas religiones y algunos sistemas filosóficos. Evidentemente existe un estado clínico real que merece estudiarse. Y este concepto le plantea al psicoanálisis un desafío etiológico. El psicoanálisis se interesa en los interrogantes siguientes:

- (1) ¿Cómo surge el self falso?
- (2) ¿Cuál es su función?
- (3) ¿Por qué en algunos casos el self falso es exagerado o enfatizado?
- (4) ¿Por qué algunas personas no desarrollan un sistema de self falso?
- (5) ¿Cuáles son los equivalentes del self falso en las personas normales?
- (6) ¿Qué podría llamarse "self verdadero"?

A mi juicio la idea de self falso, que proviene de nuestros pacientes, puede discernirse en las primeras formulaciones de Freud. En particular, vinculo lo que yo divido en un self verdadero y falso con la división freudiana del self en una parte central y dotada de energía por los instintos (o por lo que Freud denominó sexualidad pregenital y genital), y una parte vuelta hacia afuera y relacionada con el mundo.

Contribución personal

Mi propio aporte a este tema deriva de mi trabajo simultáneo

- (a) como pediatra con madres e infantes, y

(b) como un psicoanalista cuya práctica incluye una pequeña cantidad de casos fronterizos tratados con análisis, pero que necesitan experimentar en la transferencia una fase (o fases) de regresión importante a la dependencia.

Mi experiencia me ha llevado a reconocer que los pacientes dependientes o en regresión profunda pueden enseñarle al analista sobre la infancia temprana más que lo que se aprende de la observación directa de infantes, y más de lo que se aprende en el contacto con madres relacionadas con infantes. Al mismo tiempo, el contacto clínico con las experiencias normales y anormales de la relación infante-madre influye en la teoría analítica del profesional, puesto que lo que sucede en la transferencia (en las fases de regresión de algunos de sus pacientes) es una forma de relación infante-madre.

Me gusta comparar mi posición con la de Greenacre, quien también se mantuvo en contacto con la pediatría mientras proseguía con su práctica del psicoanálisis. También en el caso de esta autora parece claro que cada una de las dos experiencias influyó en su evaluación de la otra.

La experiencia clínica en el campo de la psiquiatría del adulto puede tener en un psicoanalista el efecto de introducir una brecha entre su evaluación del estado clínico y su comprensión de la etiología. Esa brecha proviene de la imposibilidad de obtener una historia confiable de la infancia temprana, obtenida del paciente psicótico, de la madre o de observadores menos comprometidos. Los pacientes analíticos que hacen regresión a una dependencia importante en la transferencia llenan esta brecha revelando sus expectativas y necesidades en las fases dependientes.

Las necesidades del yo y las necesidades del ello

Debe subrayarse que al referirme a la satisfacción de las necesidades del infante no hablo de la satisfacción de instintos. En el ámbito que estoy examinando, los instintos aún no están claramente definidos como internos. Pueden ser tan externos como un trueno o un golpe. El yo del infante está acopiando fuerza, y en consecuencia se acerca a un estado en que las exigencias del ello serán sentidas como parte del self, y no como ambientales. Cuando se produce este desarrollo, la satisfacción del ello pasa a ser un muy importante fortalecedor del yo, o del self verdadero, pero las excitaciones del ello pueden ser traumáticas cuando el yo todavía no puede incluirlas ni es capaz de absorber los riesgos involucrados y las frustraciones experimentadas mientras no se convierte en realidad la satisfacción del ello.

Un paciente me dijo: "Un buen manejo" (cuidado del yo) "tal como el que he experimentado durante esta hora es una comida" (satisfacción del ello). No podría haber afirmado lo contrario, pues si yo lo hubiera alimentado, él habría obedecido, en beneficio de su defensa de self falso, o bien habría reaccionado y rechazado mis intentos, conservando su integridad con la elección de la frustración.

También han gravitado en mí otras influencias importantes, como por ejemplo el pedido periódico de notas sobre algún paciente en cuidado psiquiátrico como adulto, pero al que yo mismo tuve la oportunidad de observar cuando era un infante o un niño pequeño. A menudo mis notas me llevaron a ver que el estado psiquiátrico presente ya era discernible en la relación infante-madre. (En este contexto dejo al margen las relaciones infante-padre, porque estoy refiriéndome a los fenómenos tempranos, atinentes a la relación del infante con la madre, o con el padre como otra madre. En esta etapa muy temprana el padre aún no es significativo como persona de sexo masculino.)

Ejemplo

P S I K O L I B R O

El mejor ejemplo que puedo dar es el de una mujer de edad mediana que tenía un self falso muy exitoso, pero también la sensación de que su vida aún no había empezado, y de que ella siempre había buscado medios para llegar al self verdadero. Aún continúa un análisis que ya lleva muchos años. En la primera fase (que duró dos o tres años) de este análisis de investigación, descubrí que estaba tratando con lo que la paciente llamaba su "self protector". Este "self protector"

- (1) encontró el psicoanálisis;
- (2) vino a obtener una muestra de la confiabilidad del analista como una especie de elaborada puesta a prueba;
- (3) trajo a la paciente al análisis;
- (4) gradualmente, al cabo de tres años o más, cedió sus funciones al analista (en el momento de la regresión profunda, con algunas semanas de un grado muy alto de dependencia respecto del analista);
- (5) permaneció rondando, para reasumir la protección cuando el analista fallaba (enfermedades, vacaciones del analista, etcétera);
- (6) más adelante examinaremos su destino final.

A partir de la evolución de este caso me resultó fácil ver la naturaleza defensiva del self falso. Su función defensiva consiste en ocultar y proteger al self verdadero, sea éste lo que fuere. En seguida resulta posible clasificar las organizaciones del self falso como sigue:

- (1) En un extremo, el self falso se establece como real y es lo que los observadores tienden a pensar que es la persona real. Pero en las relaciones de vida, de trabajo, en las amistades, el self falso empieza a fallar. En situaciones en las que se espera una persona total, el self falso presenta alguna carencia esencial. En este extremo el self verdadero está oculto.
- (2) Extremo inferior: el self-falso defiende al self-verdadero; pero el self verdadero es reconocido como potencial y se le permite una vida secreta. Este es el ejemplo más claro de enfermedad clínica como organización con una finalidad positiva: la preservación del individuo a pesar de las condiciones ambientales anormales. Se trata de una extensión del concepto psicoanalítico del valor del síntoma para la persona enferma.
- (3) Más hacia la salud: el self falso tiene como interés principal la búsqueda de condiciones que le posibilitan al self verdadero hacer valer sus méritos. Cuando esas condiciones no pueden encontrarse, hay que organizar una nueva defensa contra la explotación del self verdadero y, si hay duda, el resultado clínico es el suicidio. En este contexto, suicidio es la destrucción del self total para evitar la aniquilación del self verdadero. Cuando el suicidio es la única defensa que queda contra la traición al self verdadero, al self falso le toca organizar el suicidio. Desde luego, éste supone su propia destrucción, pero al mismo tiempo elimina la necesidad de su existencia continuada, puesto que su función es proteger de afrentas al self verdadero.
- (4) Aún más hacia la salud: el self falso se basa en identificaciones (por ejemplo, en el caso de la paciente mencionada, cuyo ambiente infantil y cuya niñera real dieron gran colorido a la organización del self falso).

En la salud: el self falso está representado por la organización total de la actitud social cortés y bien educada, un "no decir las cosas con franqueza y sinceridad". Ha aumentado mucho la capacidad del individuo para renunciar a la omnipotencia y al proceso primario en general, gracias a lo cual se ha ganado un lugar en la sociedad que nunca podría haberse obtenido o mantenido gracias al self verdadero solamente.

Hasta ahora me he mantenido en los límites de la descripción clínica. Incluso en este ámbito restringido, el

reconocimiento del self falso es importante. Por ejemplo, tiene importancia que los pacientes que son en lo esencial personalidades falsas no sean derivados para su análisis a estudiantes de psicoanálisis que están en formación. En estos casos el diagnóstico de personalidad falsa es más importante que la caracterización del paciente según las clasificaciones psiquiátricas aceptadas. Incluso en el trabajo de asistencia social, que obliga a aceptar y tratar todos los tipos de casos, este diagnóstico de personalidad falsa es importante para evitar la frustración extrema asociada con el fracaso terapéutico, a pesar del trabajo de asistente social aparentemente sólido y basado en principios analíticos. Este diagnóstico es especialmente importante en la selección de estudiantes para la formación en psicoanálisis o en asistencia social psiquiátrica, es decir, en la selección de estudiantes de asistencia individualizada de todo tipo. El self falso organizado está asociado con una rigidez de las defensas que impide el crecimiento durante el período de formación.

La mente y el self falso

Un peligro especial surge de la no infrecuente ligazón del enfoque intelectual con el self falso. Cuando un self falso se organiza en un individuo con un alto potencial intelectual, la mente experimenta una tendencia muy fuerte a convertirse en la sede del self falso, en cuyo caso se desarrolla una disociación entre la actividad intelectual y la existencia psicosomática. (Debe suponerse que en el individuo sano la mente no es algo que le sirve para huir de su ser psicosomático. He desarrollado este tema con algún detenimiento en "Mind and its Relation to the Psyche-Soma", 1949c.)

Cuando se ha producido esta anormalidad doble -es decir, (i) el self falso organizado para ocultar al self verdadero, y (ii) un intento del individuo tendiente a resolver el problema personal mediante el empleo de un intelecto afinado- resulta un cuadro clínico peculiar por la facilidad con que engaña. Es posible que lo que el mundo ve es un éxito académico de alto grado, y resulte difícil creer en la angustia muy real de este individuo, que se siente más "falso" cuanto más exitoso. Cuando estos individuos se destruyen de uno u otro modo en lugar de realizar lo que prometían, el hecho invariablemente genera una conmoción en quienes esperaban mucho de ellos.

Etiología

Estos conceptos adquieren interés para los psicoanalistas sobre todo por el estudio del modo como el self falso se desarrolla al principio, en la relación infante-madre, y (lo que es más importante) del modo como un self falso no se convierte en rasgo significativo en el desarrollo normal.

La teoría concerniente a esta importante etapa del desarrollo ontogenético corresponde a la observación de la vida del infante con la madre (paciente en regresión con el analista), y no a la teoría de los mecanismos tempranos de defensa yoica organizados contra el impulso del ello, aunque desde luego estos dos temas se superponen.

Para llegar a un enunciado del proceso evolutivo pertinente, es esencial tomar en cuenta la conducta y la actitud de la madre, porque en este campo la dependencia es real y casi absoluta. No es posible describir lo que sucede refiriéndose exclusivamente al infante.

Al buscar la etiología del self falso, estamos examinando la etapa de las primeras relaciones objetales. En ella, el infante está casi permanentemente no-integrado, y nunca integrado totalmente; la cohesión de los diversos elementos sensoriomotores corresponde al hecho de que la madre sostiene al infante, a veces físicamente, y de modo permanente en términos figurados. Periódicamente el gesto del infante expresa un impulso espontáneo; la fuente del gesto es el self verdadero y ese gesto indica la existencia de un self verdadero potencial. Tenemos que examinar el modo como la madre satisface esta omnipotencia infantil revelada en un gesto (o agrupamiento sensoriomotor). He vinculado la idea del self verdadero con el gesto espontáneo. La fusión de la

motilidad y los elementos eróticos está en proceso de hacerse real en este período del desarrollo del individuo.

La parte de la madre

Es necesario examinar la parte desempeñada por la madre, y al hacerlo me parece conveniente comparar dos extremos; en un extremo, la madre es suficientemente buena, y en el otro no es suficientemente buena. Se preguntará entonces: ¿qué se entiende por "suficientemente buena"?

La madre suficientemente buena da satisfacción a la omnipotencia del infante, y en alguna medida también le da sentido. Lo hace repetidamente. Empieza a tener vida el self verdadero, gracias a la fuerza que le cede al yo débil del infante la instrumentación por la madre de las expresiones omnipotentes de este último.

La madre que no es suficientemente buena no es capaz de instrumentar la omnipotencia del infante, de modo que repetidamente falla en dar satisfacción al gesto de la criatura. En lugar de ello, lo reemplaza por su propio gesto, que adquirirá sentido por la sumisión del infante. Esta sumisión por parte del infante es la etapa más temprana del self falso, y corresponde a la ineptitud de la madre para sentir las necesidades de su bebé.

Según una parte esencial de mi teoría, el self verdadero sólo adquiere un mínimo de realidad como resultado del éxito repetido de la madre en dar satisfacción al gesto espontáneo o a la alucinación sensorial del infante. (Esta idea está estrechamente asociada con el concepto de Sechehaye contenido en la expresión "realización simbólica". Esta expresión ha desempeñado una parte importante en la moderna teoría Psicoanalítica, pero no es totalmente precisa, pues lo que se hace real es el gesto o la alucinación del infante, y la capacidad de éste para usar un símbolo es el resultado.)

En mi formulación, los hechos se desarrollan siguiendo uno de dos lineamientos posibles. En el primer caso, la adaptación de la madre es suficientemente buena, y en consecuencia el infante empieza a creer en la realidad externa que aparece y se comporta como por arte de magia (gracias a la relativamente exitosa adaptación de la madre a los gestos y necesidades del infante), y que actúa de un modo que no choca con la omnipotencia del bebé. Sobre esta base, el infante puede ir abrogando gradualmente la omnipotencia. El self verdadero tiene espontaneidad y los acontecimientos del mundo lo han acompañado. El infante puede entonces empezar a disfrutar la ilusión de la creación y el control omnipotentes, y llegar gradualmente a reconocer el elemento ilusorio, el hecho de que está jugando e imaginando. Aquí está la base del símbolo, que al principio es la espontaneidad o alucinación del infante y también el objeto externo creado y finalmente catectizado.

Entre el infante y el objeto hay alguna cosa, o alguna actividad o sensación. En la medida en que ello una al infante con el objeto (es decir, con el objeto parcial materno), ésa es la base de la simbolización. Por otra parte, en la medida en que ese algo separe en lugar de unir, queda bloqueada su función de conducir a la formación del símbolo.

En el segundo caso, que corresponde más particularmente al tema en discusión, la adaptación de la madre a las alucinaciones e impulsos espontáneos del infante es deficiente, no suficientemente buena. El proceso que lleva a la capacidad para el uso de símbolos no se inicia (o bien se interrumpe, con el correspondiente repliegue por parte del infante respecto de las ventajas adquiridas).

Cuando la adaptación de la madre no es suficientemente buena al principio, podría esperarse que el infante muriera físicamente, porque no se inicia la catexia de los objetos externos. El infante sigue aislado. No obstante, en la práctica el infante vive, pero vive de modo falso. La protesta contra el hecho de ser forzado a vivir una existencia falsa puede detectarse desde las etapas más tempranas. En el cuadro clínico vemos irritabilidad general y perturbaciones de la alimentación y de otras funciones, que pueden desaparecer clínicamente, pero sólo para reaparecer en forma grave en una etapa ulterior.

En este segundo caso, en el que la madre no puede adaptarse suficientemente bien, el infante es seducido para

que sea sumiso; es un self falso complaciente el que reacciona a las exigencias ambientales, y el infante parece aceptarlas. A través de este self falso el infante construye un conjunto falso de relaciones, y por medio de introyecciones llega incluso a alcanzar un aspecto de realidad, de modo que el niño crece para ser exactamente como la madre, la niñera, la tía, el hermano, o quien quiera domine la escena en ese momento. El self falso tiene una función positiva y muy importante: ocultar al self verdadero, lo que hace sometiéndose a las exigencias del ambiente.

En los ejemplos extremos de desarrollo del self falso, el self verdadero está tan bien oculto que la espontaneidad no es un rasgo de las experiencias vivas del infante. El rasgo principal es la sumisión, con la imitación como especialidad. Cuando el grado de escisión en la persona del infante no es demasiado grande, puede haber alguna vida casi personal por medio de la imitación, e incluso es posible que el niño interprete un papel especial, el del self verdadero como sería si hubiera tenido existencia.

Así es posible ubicar el punto de origen del self falso, que ahora vemos que constituye una defensa, una defensa contra lo impensable, contra la explotación del self verdadero, que daría por resultado su aniquilación. (Si el self-verdadero llega a ser explotado y aniquilado, esto ocurre en la vida del infante cuya madre no sólo no fue "no suficientemente buena" en el sentido expuesto, sino que fue buena y mala de una manera atormentadoramente irregular. En este caso la madre, en razón de su propia enfermedad, necesita causar y mantener la confusión en quienes están en contacto con ella. Esto puede surgir en una situación transferencia) en la que el paciente trata de enloquecer al analista [Bion, 1959; Searles, 1959], y en algunos casos llega a destruir los últimos vestigios de la capacidad del infante para defender al self verdadero.)

He tratado de desarrollar el tema de la parte que desempeña la madre en mi artículo titulado "Primary Maternal Preoccupation" (1956a). En ese escrito asumí el supuesto de que en la salud la mujer que queda embarazada va logrando gradualmente un alto grado de identificación con la criatura. Esa identificación evoluciona durante el embarazo, alcanza su punto culminante en el parto, y poco a poco se extingue en las semanas y meses ulteriores. Esta cosa sana que les sucede a las madres tiene consecuencias tanto hipocondríacas como de narcisismo secundario. Esta especial orientación de la madre con respecto a su infante no sólo depende de su propia salud mental, sino que también es afectada por el ambiente. En el caso más simple, el hombre, respaldado por una actitud social que es en sí misma un desarrollo de la función natural masculina, se ocupa de la realidad externa en beneficio de la mujer, de modo que por algún lapso resulta seguro y sensato para ella volcarse hacia adentro y centrarse en sí misma. A esto le corresponde un diagrama que se asemeja al de la persona o familia paranoide. (Recordamos aquí la descripción por Freud [1920] de la vesícula viviente con su capa cortical receptiva...)

No corresponde que ahora desarrollemos este tema, pero tiene importancia que se entienda la función de la madre. De ningún modo se trata de una evolución reciente, debida a la civilización, al refinamiento o a la comprensión intelectual. No es aceptable ninguna teoría que no tenga en cuenta el hecho de que las madres siempre han cumplido suficientemente bien esta función esencial. La función materna esencial le permite a la madre conocer las más tempranas expectativas y necesidades de su infante y hace que esté personalmente satisfecha cuando el infante se siente bien. En virtud de esta identificación con su infante, ella sabe cómo sostenerlo, de modo que la criatura empieza existiendo y no reaccionando. Aquí está el origen del self verdadero, que no puede hacerse realidad sin la relación especializada de la madre, una relación que podría describirse con una palabra corriente: devoción [\(1\)](#).

El self verdadero

El "self falso" tiene que equilibrarse con una formulación de lo que podría denominarse adecuadamente el "self verdadero". En las etapas más tempranas, el self verdadero es la posición teórica de la que proviene el gesto espontáneo y la idea personal. El gesto espontáneo es el self verdadero en acción. Sólo el self verdadero puede ser creativo, y sólo el self verdadero puede sentirse real. Mientras que un self verdadero se siente real, la

existencia de un self falso da por resultado una sensación de irrealidad o futilidad.

El self falso, si, tiene éxito en su función, oculta el self verdadero, o bien encuentra un modo de permitirle que empiece a vivir. Este resultado puede lograrse por medios de todo tipo, pero nosotros observamos con mayor detenimiento los casos en que la sensación de que las cosas son reales o valen la pena aparece durante un tratamiento. La paciente a la que me he referido llegó al comienzo de su vida casi al final de un análisis prolongado. Ella no tiene verdadera experiencia, no tiene pasado. Empieza con cincuenta años de vida desperdiciada, pero por lo menos se siente real, y por lo tanto ahora quiere vivir.

El self verdadero surge de los tejidos y las funciones corporales, incluso de la acción del corazón y de la respiración. Está estrechamente vinculado con la idea del proceso primario, y al principio es esencialmente no reactivo a los estímulos externos, sino primario. La idea del self verdadero se justifica principalmente para tratar de comprender al self falso, porque no hace más que reunir los detalles de la experiencia de estar vivo.

Poco a poco el grado de refinamiento del infante llega a un punto en el que decir que el self falso oculta la realidad interior del infante es más correcto que decir que oculta al self verdadero. En ese momento el infante tiene una membrana limitadora establecida, un exterior y un interior, y en una medida considerable se ha desenredado del cuidado materno.

Es importante observar que, según la teoría que estamos formulando, el concepto de una realidad interna individual de los objetos corresponde a una etapa que es posterior a la del concepto de lo que denominamos self verdadero. El self verdadero aparece en cuanto existe alguna organización mental del individuo y significa poco más que la suma de la vida sensoriomotriz.

El self verdadero se vuelve rápidamente complejo y se relaciona con la realidad externa mediante procesos naturales, los procesos que se desarrollan en el infante individual con el transcurso del tiempo. El infante se vuelve entonces capaz de reaccionar a estímulos sin trauma, porque el estímulo tiene una contraparte en su realidad interior, psíquica. Entonces el infante explica todos los estímulos como proyecciones, pero ésta es una etapa que no necesariamente se alcanza, o que sólo se alcanza parcialmente, o que se alcanza y después se pierde. Si esta etapa se ha alcanzado, el infante conserva la sensación de omnipotencia incluso cuando reacciona a los factores ambientales que el observador puede discernir como verdaderamente externos a la criatura. Todo esto ocurre años antes de que el infante pueda dar cabida en el razonamiento intelectual a la acción del puro azar.

Cada nuevo período de la vida en el cual el self verdadero no ha sido interrumpido gravemente da por resultado un fortalecimiento de la sensación de ser real, acompañado por una capacidad creciente del infante para tolerar dos conjuntos de fenómenos, que son:

(1) Rupturas en la continuidad del vivir del self verdadero. (Este es uno de los modos como el proceso del parto puede ser traumático, como cuando hay demora sin inconsciencia.)

(2) Experiencias reactivas o del self falso, relacionadas con el ambiente sobre una base de sumisión. Esto se convierte en la parte del infante a la que (antes del primer cumpleaños) se le puede enseñar a decir "ta" o, en otras palabras, a reconocer la existencia de un ambiente que se está aceptando intelectualmente. Pueden o no seguir sentimientos de gratitud.

El equivalente normal del self falso

Es así como, a través de procesos naturales, el infante desarrolla una organización del yo adaptada al ambiente, lo cual no ocurre automáticamente, y por cierto sólo puede ocurrir si en primer lugar el self verdadero (como yo lo llamo) se ha convertido en una realidad viva, gracias a la adaptación suficientemente buena de la madre a las necesidades vivas del infante. En el self verdadero de la vida sana hay un aspecto sumiso, una capacidad

del infante para obedecer y no quedar expuesto. La capacidad para llegar a soluciones de transacción es un logro. El equivalente del self falso en el desarrollo normal es lo que puede convertirse en el niño en una actitud social, algo adaptable. En la salud, esta actitud social representa una transacción. Al mismo tiempo, también en la salud, la transacción se vuelve imposible cuando los problemas se convierten en cruciales. En tal caso, el self verdadero supera al self sumiso. En la clínica, ésta es una situación reiterada de la adolescencia.

Los grados del self falso

Si se acepta la descripción de estos dos extremos y su etiología, no nos resulta difícil en nuestro trabajo clínico tener en cuenta la existencia de un grado alto o bajo de la defensa del self falso, que oscila entre el aspecto cortés y saludable del self y el falso self sumiso y en realidad escindido que erróneamente se toma por el niño total. Es fácil ver que a veces esta defensa del self falso constituye la base de cierto tipo de sublimación, como cuando el niño madura y se convierte en actor. Entre los actores, están los que pueden ser ellos mismos e interpretar un papel, y los otros, sólo capaces de interpretar papeles, que se encuentran completamente perdidos cuando no lo hacen y cuando no son apreciados o aplaudidos (reconocidos como existentes).

En el individuo sano que tiene un self con un aspecto sumiso, pero que existe y es un self creativo y espontáneo, hay al mismo tiempo capacidad para usar símbolos. En otras palabras, en este sentido la salud está estrechamente ligada con la capacidad para vivir en un ámbito intermedio entre el sueño y la realidad, que es denominado "vida cultural". (Véase "Transitional Objects and Transitional Phenomena", 1951.) En contraste, cuando existe un alto grado de escisión entre el self verdadero y el self falso que oculta al anterior, encontramos una capacidad escasa para la utilización de símbolos y pobreza de la vida cultural. En lugar de actividades culturales, en tales personas observamos una extrema inquietud, incapacidad para concentrarse y necesidad de recoger incursiones de la realidad externa, para que el tiempo de vida del individuo pueda llenarse con reacciones a ellas.

Aplicación clínica

Ya nos hemos referido a la importancia de reconocer la personalidad del self falso cuando está realizándose un diagnóstico a los fines de la evaluación de un caso para su tratamiento, o la evaluación de un candidato a psiquiatra o a asistente social psiquiátrico.

Consecuencias para el psicoanalista

Si estas consideraciones demuestran tener valor, la práctica del psicoanálisis debe ser afectada de los siguientes modos:

- En el análisis de una personalidad falsa debe reconocerse el hecho de que el analista sólo puede hablarle sobre el self verdadero al self falso del paciente. Ocurre como si al principio el analista discutiera el problema del niño con la niñera que lo llevó, sin tomar un contacto directo con éste. El análisis no se inicia hasta que la niñera ha dejado a solas al niño con el analista, y el niño tolera esa situación y empieza a jugar.
- En el punto de transición, cuando el analista empieza a entrar en contacto con el self verdadero del paciente, debe haber un período de dependencia extrema. A menudo este hecho se pasa por alto en la práctica del análisis: el paciente tiene una enfermedad, o de algún otro modo le da al analista la oportunidad de asumir la función de self falso (niñera), pero en ese punto el analista no advierte lo que está sucediendo, y en consecuencia son otros los que cuidan al paciente, y éste pasa a depender de ellos en un período de regresión encubierta a la dependencia, con lo cual la oportunidad se pierde.

· Los analistas que no están preparados para satisfacer las agudas necesidades de los pacientes que se vuelven dependientes de este modo, deben tener la precaución de escoger casos entre los que no haya tipos de self falso.

La práctica psicoanalítica incluye análisis que continúan indefinidamente porque se realizan sobre la base del trabajo con el self falso. En uno de estos casos, de un paciente que ya había estado analizándose durante un tiempo considerable antes de recurrir a mí, mi trabajo con él comenzó realmente cuando le planteé con claridad que yo reconocía su no-existencia. Él observó que durante años todo el buen trabajo realizado con él había sido fútil, porque se basaba en que él existía, mientras que en realidad sólo tenía una existencia falsa. Cuando yo le dije que reconocía su no-existencia, él sintió que se había comunicado por primera vez. Quiso decir que su self verdadero, oculto desde la infancia, había entrado entonces en comunicación con su analista del único modo no peligroso. Este es un ejemplo típico del modo como este concepto afecta al trabajo psicoanalítico.

Me he referido a algunos otros aspectos de este problema clínico. Por ejemplo, en "Withdrawal and Regression" (1954a) seguí paso a paso, en el tratamiento de un hombre, la evolución en la transferencia de mi contacto con (su versión de) un self falso, a través de mi primer contacto con su self verdadero, hasta un análisis directo. En este caso el repliegue tuvo que convertirse en regresión, según lo describo en el artículo citado.

Podría enunciarse el principio de que en la zona del self falso de nuestra práctica analítica encontramos que se progresa más reconociendo la no-existencia del paciente que mediante un trabajo prolongado sobre la base de los mecanismos de defensa del yo. El self falso del paciente puede colaborar indefinidamente con el analista en el análisis de las defensas, como poniéndose de parte de él, por así decirlo. El único modo de detener con utilidad esta tarea infructuosa consiste en que el analista señale y especifique la ausencia de cierto rasgo esencial: "usted no tiene boca", "usted aún no ha comenzado a existir", "desde el punto de vista físico usted es un hombre, pero por experiencia no sabe nada de la masculinidad", y así sucesivamente. Estos reconocimientos de hechos importantes, realizados con claridad en los momentos oportunos, preparan el camino para la comunicación con el self verdadero. Un paciente que ha pasado por un prolongado análisis fútil basado en el self falso, cooperando vigorosamente con un analista que creía que ése era su self total, me dijo en una oportunidad: "Sólo me sentí esperanzado cuando usted me dijo que no tenía ninguna esperanza, y continuó con el análisis".

Haciendo pie en todo esto, podríamos decir que el self falso (lo mismo que las proyecciones múltiples en etapas posteriores del desarrollo) engañan al analista si él no advierte que, considerado como una persona en funcionamiento total, el self falso, por bien emplazado que esté, carece de algo, y ese algo es el elemento esencial de la originalidad creativa.

A medida que pase el tiempo irán describiéndose muchos otros aspectos de la aplicación de este concepto, y es posible que en muchos sentidos el concepto mismo tenga que modificarse. Mi propósito al explicar esta parte de mi trabajo, que se vincula con el de otros analistas, es señalar que este concepto moderno del self falso que oculta al self verdadero, junto con la teoría de su etiología, puede tener un efecto importante sobre la práctica psicoanalítica. Hasta donde puedo verlo, no supone ningún cambio importante en la teoría básica.

Biblioteca D. Winnicott

Higiene mental del preescolar (1936)

Me han hecho el honor de pedirme que hablara ante ustedes del niño preescolar. Confío en haber hallado en mi experiencia y en mis estudios algo que pueda interesarles, quizás incluso serles de utilidad práctica; pero confieso que no me siento seguro de mi capacidad para dar lo que se me requiere. Me están pidiendo que trate algo que hasta el gran Shakespeare eludió. Los tontos, decían, incursionan allí donde los ángeles tienen miedo de pisar. Por fortuna, Shakespeare no es ningún ángel, así que tal vez pueda evitar que me consideren un tonto por tratar de introducir un nuevo acto en las siete edades del hombre que representamos en el escenario del mundo. Recordarán:

Todo el mundo es un escenario...
¡Primero el bebé,
Después el escolar...!

Es innegable que Shakespeare no tuvo que lidiar demasiado con el niño preescolar ni con todos los problemas de la escuela nursery. Podría haber dicho:

Primero el bebé, gimiendo y vomitando en los brazos de la enfermera,
Y después el preescolar, cuya higiene mental pesará en los cerebros del siglo XX,

pero sin duda la dificultad de poner esto en verso blanco era exagerada para su musa. Traten de acomodar al verso blanco "niño preescolar", y entenderán lo que quiero decir.

Por lo demás, en el siglo XVI el niño de dos a cinco años, el párvulo [toddler], era una especie de sirviente doméstico, ignorado por poetas y filósofos como todos los sirvientes, perdido entre la cocinera y el ama de llaves. Hoy el sirviente se ha transformado en cocinera más ama de llaves y ha ganado reconocimiento; y el período del párvulo también ha cobrado prestigio.

Hay tres enfoques posibles para el estudio del párvulo, referidos al desarrollo físico, intelectual y emocional, respectivamente. Cada uno de ellos tiene su importancia. Creo que hay una tendencia a prestarle una mayor cuota de atención al primero, al desarrollo físico, con la idea de que si se cuida del cuerpo del niño pequeño, todo lo demás que a él le incumbe se cuidará por sí solo. Esta doctrina es peligrosa, y hace poco suscitó una carta dirigida a The Times por Susan Isaacs, quien debería estar dando ahora esta charla en mi lugar. (En el momento en que se organizaron las charlas estaba enferma y no quería asumir un compromiso fuera de Londres, por más que le resultase placentero.)

Podría atenderse a las necesidades corporales del niño mayorcito y dejar de lado los problemas del desarrollo

emocional, y seguir adelante. El niño o la niña en edad escolar, aun cuando sólo tengan seis u ocho años, son capaces de buscar y encontrar experiencias emocionales acordes a sus necesidades individuales internas; pero el párvulo precisa urgentemente algo especial de la gente que lo rodea si es que se pretende que su desarrollo emocional prosiga. Además, está experimentando un veloz desarrollo psíquico, mucho mayor que el del escolar de más edad, y por consiguiente los efectos de los traumas son comparativamente grandes en la edad del preescolar.

Apenas necesito referirme a las necesidades del desarrollo físico y a las consecuencias que una buena alimentación, vestimenta y rutinas tienen tanto sobre la mente como sobre el cuerpo del niño pequeño. En la actualidad eso ya es obvio. Sin embargo, me referiré a lo que entiendo por desarrollo intelectual y emocional, ya que a veces se interpreta mal la diferencia entre ambos, con resultados dañinos. Por supuesto, ambos están interrelacionados.

Todos ustedes tendrán anécdotas como la que voy a contar, sólo que la mía es auténtica. Mary, de dos años y ocho meses, invitó a tomar el té a su amiga Bridget. Cuando ésta se fue, dijo: "Mami, quiero tener la mente de Bridget". "¿Qué quieres decir, querida?", le preguntó la madre. "Quiero decir que quiero tener lo que ella usa para pensar; así, yo seré Bridget y Bridget será yo". ¡Esto a los dos años y ocho meses!

Es posible que nos sorprendamos cada vez que oímos alguna anécdota o tenemos alguna otra evidencia más directa de la capacidad intelectual de un niño pequeño. No hay tanta diferencia de capacidad intelectual en las distintas edades, sólo que el lenguaje utilizado y los sujetos que nos llaman la atención cambian con los años.

La inteligencia puede medirse, y hay quienes se deleitan en inventar medios nuevos y más confiables de formular la inteligencia en términos matemáticos o con gráficos geométricos. Tienen derecho a disfrutar con esa tarea. Mi temperamento no se amolda a esa clase de estudios ni siquiera me permite apreciar plenamente su valor, ya que en lo personal disfruto más bien identificando los sentimientos del niño y comprendiendo los conflictos emocionales conscientes e inconscientes, con su vasta influencia en la vida del individuo. Lo que más me interesa respecto de la capacidad intelectual y las destrezas no es tanto medirlas como las variaciones que se presentan en ellas como consecuencia de dificultades en el desarrollo emocional. A menudo, una capacidad intelectual que es alta al comienzo del período del párvulo se vuelve aparentemente mucho menor al final de dicho período, en el comienzo de la edad escolar. En esos años el niño "pasó por muchas cosas", y sus logros intelectuales así como su destreza física debieron en alguna medida interrumpirse, como resultado de las diversas defensas levantadas contra la angustia, la depresión y los sentimientos violentos, así como contra las fluctuaciones bruscas del talante.

Como verán, ya he separado lo intelectual y lo emocional, dado que, como dije, el curso del desarrollo emocional, incluso normal, entraña con frecuencia inhibiciones intelectuales: las angustias pueden implicar que se le imponga al niño un rendimiento intelectual, generando así un niño que debe aprender, que debe ser el mejor de la escuela, y para quien el desarrollo intelectual es más una cuestión de defenderse frente a sentirse mal que una cuestión placentera.

Es este desarrollo emocional lo que más me interesa. Daré un ejemplo del juego de sentimientos que quiero distinguir de las destrezas y los logros, pidiéndoles que me perdonen si hablo con excesiva simplicidad.

En mi consultorio del hospital trato a una madre joven, insegura y que se siente terriblemente inexperta cuando viene a consultar al médico. Trae a su hijo único, un niño de un año y medio. Tuvo un dolor de vientre por el cual ella lo llevó al clínico, quien al principio sospechó una apendicitis y luego le dijo que era un cólico; ahora el niño está débil y necesita un tónico. ¿Podría yo recetarle uno?

Me doy cuenta de que no puedo decir que no hay ninguna enfermedad física, y empiezo a dar vueltas para encontrar la clave de la debilidad, que no puede explicarse adecuadamente como secuela de un cólico.

Finalmente me cuentan esta historia sencilla:

Papito, que es marino, ha estado en casa durante una licencia de dos semanas. Él y su hijito se hicieron grandes amigos, recuperando parte del tiempo que estuvieron separados. El cólico se produjo en esas dos semanas, y probablemente fue parte de la excitación general y por cierto no provocó mayores trastornos. Pero llegó el momento en que Papito tuvo que volver al barco, y entonces el niño se puso frenético. Para abordar esta situación, la madre hizo que su esposo volviera a casa una semana más. El niño se tranquilizó mucho y cuando después el padre volvió a partir, lo soportó bastante bien, aunque quedó algo tristón y no quería comer. A esto la madre lo llamó "estar débil luego de un cólico". Yo lo llamaría una depresión moderada, no necesariamente normal. Así considerados, los síntomas no son los de una enfermedad física sino que son la parte visible de una compleja reacción de un niño en desarrollo ante una frustración. No podemos sino conjeturar todo lo que pasaba por debajo de la superficie. Podría decirse que el niño se sintió culpable por disfrutar de las atenciones de su padre, pero manejó bastante bien estos sentimientos de culpa hasta su partida; a ésta la sintió como un castigo, y sus sentimientos de culpa se incrementaron. En realidad, la cosa es mucho más complicada. ¿Puedo decirlo de este modo sin tratar de separar lo consciente de lo inconsciente? En el mundo interno del niño sobrevienen cosas vinculadas tanto al amor del padre como a su partida. Su amor lleva a establecer dentro del niño un padre bueno, pero junto con ello surge la amenaza de una madre mala, enojada y celosa, que lo separará del padre. El niño siente la angustia como un dolor interno (lo que la madre llama un cólico). Sin embargo, logra, especialmente como consecuencia de la enfermedad, poner a prueba el amor de la madre externa o real, quien no sólo le muestra comprensión sino que lo lleva a ver a otro hombre, el médico.

Todo anda bien; la tranquilidad que le brinda al niño la madre externamente real funciona; pero pronto el padre se va de veras, y para el niño esto es una catástrofe. Dentro de él, el padre está muerto, tal vez asesinado por la madre mala. La madre real admite que el niño debe hacer frente a más cosas de las que puede manejar; que el confortamiento que le brinda su permanente amor no basta para ayudarlo, y entonces lo llama de vuelta al padre de inmediato. Esta vez el confortamiento funciona. El chico ve que su padre, a quien creía muerto, no lo estaba. Empieza a reconocer entonces la diferencia entre el sentimiento de catástrofe y amenaza y lo externamente real. Si el padre efectivamente se hubiera muerto en ese momento, el efecto habría sido terrible, en alguna medida habría sido permanente. El niño habría tenido miedo de dejar que su mundo interno cobrara vida, y por ende habría tenido que ejercer sobre él un control constante, o bien adoptar algún medio para negar su realidad interna ya sea mediante una obligada irresponsabilidad, o mediante delirios de persecución del mundo, o de lo contrario habría tenido que sentirse casi permanentemente deprimido, lo que tal vez no sea compatible con la vida.

Tal como sucedieron las cosas, este niño pequeño sano pudo hacer frente al gran problema gracias al amor y la comprensión de la madre. Su corta edad está a su favor, pues la capacidad del párvulo para modificar la realidad interna o la fantasía profunda merced al contacto con la realidad externa es característica de su edad; en este aspecto, el escolar y el adulto están mucho más fijados. Pero esto opera en ambos sentidos, ya que si bien el niño pequeño está abierto al cambio (o sea está en desarrollo), también está mucho más expuesto que el niño mayor o el adulto a sufrir daños permanentes debido a los traumas procedentes de la realidad externa. De ahí la doble necesidad del párvulo: que se le brinde un vínculo amoroso activo, y que se lo proteja de innecesarias conmociones y frustraciones o de excitaciones excesivas.

Quiero hacerles reparar en lo que hizo la madre. Ella creyó en la inquietud del niño a punto tal de pedirle a su esposo que volviera por una semana, con los grandes inconvenientes que esto traía consigo, podemos añadir. Y fue recompensada por el éxito.

Una madre es, por un tiempo, especialista en los sentimientos de su hijo. La gente suele decir que se convierte en una planta, pero lo cierto es que sus intereses mundanos se reducen y por lo tanto es capaz de creer en la intensidad de los sentimientos del niño. Si no es capaz de reducir su mundo cuando tiene hijos pequeños, se comprueba que encuentra ciertas dificultades para creer en los sentimientos del niño pequeño y para percibir lo terrible que es sentirse inquieto a los dos años, lo terrible que es amar y odiar, y lo espantoso que es tener miedo. Se me dirá que no estoy enunciando nada nuevo, pero a toda edad están los que creen en los sentimientos del niño pequeño, y por otro lado la mayoría, que los niega o se vuelve sentimental al respecto.

Escuchen esto, que es del año 1824:

"Observemos de qué modo antinatural son tratados en general los niños, y la variedad de innecesarios tormentos que deben soportar. La escena suele comenzar cuando, de pronto, sobre sus ojos abiertos sólo a medias, se hace caer el pleno fulgor del día; o bien, si hacen su aparición de noche, la ignorancia y la curiosidad les propinan un tormento no menor con ayuda de la vela que se les acerca al rostro. La extrema angustia de esta visión dolorosa produce un llanto de dolor, que les otorga el deseado alivio de la oscuridad, hasta que un nuevo curioso renueve la tortura. Esta escena tal vez se reitere diez veces en la primera hora de vida del niño, exactamente con los mismos efectos.

Cuando comienza la penosa operación de vestirlo, sin pensarlo dos veces se los despoja de inmediato de lo que cubre su rostro; un llanto violento es la consecuencia inmediata, a menudo seguida por una sucesión de sensaciones desagradables durante dos horas, salvo por un breve intervalo en que se lo acuna, momento en que probablemente la voz alta y discordante de la enfermera, ignorantemente usada para aquietar al bebé que sufre, le causará tanto dolor a su tierno nervio auditivo, no habituado a las vibraciones sonoras, como antes el fulgor inusual de la luz se lo provocó a su nervio óptico. Agréguese a esto la diversidad de incómodas posturas en que debe colocarse al niño para ponerle una multiplicidad de ropas, y la ridícula costumbre de darle una cucharada de un menjunje nauseabundo como primera cosa que deberá tragar... y será prueba suficiente de que nos empeñamos en emplear las tres cuatro horas primeras de vida de un niño en aplicarle sucesivos tormentos a todos sus sentidos, ya sea mediante la luz, el ruido, los medicamentos o las posturas incómodas.

Cuando, después de todos estos trastornos y dolores, la pobre criatura está lo que llaman `vestida', la antinatural sujeción de sus miembros es para ella un castigo continuo, a la que nunca se somete con facilidad, aunque con el tiempo la costumbre la vuelva más familiar. No se necesita otra prueba de esto que el notorio y extremo placer que todos los niños descubren cuando se los despoja de todo lo que los traba, el contento y la satisfacción con que se estiran, disfrutando de la libertad del movimiento voluntario; y la molestia y el disgusto, cuando no malhumor, que siempre se aprecian tan pronto se renuevan las restricciones al volver a ponerles sus grilletes.

Estoy persuadido, más allá de toda duda, de que a estos y otros casos de mal manejo de los niños se debe totalmente su llanto continuo, al que por ser habitual se lo considera erróneamente natural. Si tan sólo el dolor del cuerpo, infligido por este mal manejo en ese entonces, fuese su nociva consecuencia, todo corazón sensible querría aliviarlo; empero, éste es de poca monta en comparación con los efectos más letales, a menudo irreparables, que generan las impresiones nocivas provocadas en la mente desde tan temprano."

Ahora bien, suele suceder que aquellos cuya tarea consiste en cuidar a los niños son incapaces de apreciar toda la intensidad de sentimientos de quienes están a su cargo. Para el niño pequeño, la niñera común y corriente puede ser mejor -y la madre es por lo general mucho mejor- que el profesional, incluidos los médicos y las enfermeras. Por fortuna existen maravillosas excepciones, y entre ustedes habrá profesionales formados que creen en los sentimientos de los niños y los respetan. Pero la formación profesional no puede producir un buen cuidador de niños. En las tareas de la escuela nurserí no hay cabida para los sentimentales o los impacientes o los indiferentes o los suspicaces o los que se creen "superiores". El aviso tendría que decir: "Sólo se recibirán solicitudes de los que puedan amar". Si uno sólo se preocupa por el cuerpo del párvulo, incluso por su panza, y descuida su corazón, sería mejor que lo dejase en su casa, en medio de la suciedad, la mugre y las necesidades físicas. Por otro lado, me apresuro a decir que allí donde existan personas capaces de brindar amor habrá cabida para una guardería en cada esquina, en la cual la madre pueda dejar a su hijo cuando esté en su trabajo o jugando (si le gusta jugar). Pero es preciso que la madre sienta que su niño es considerado de ella, es considerado un ser humano y un individuo. Las madres, cultas o incultas, son muy sensibles en este aspecto. Con frecuencia expresan lo que esta semana me dijo una madre: "Rosemary está inquieta y es propiamente un fastidio, pero si tan sólo pudiéramos seguir el ritmo de sus manos, sería una niña maravillosa. Muestra una gran capacidad para esforzarse durante mucho tiempo y un gran deseo de hacer cosas interesantes, pero yo no tengo ni el tiempo ni la habilidad para mantenerla ocupada. La guardería más próxima está bastante lejos y no puedo pagar el transporte".

Hay, desde luego, madres incurables, cuyos hijos estarían mejor en cualquier otro lado que en su hogar; pero no son tan comunes, y de todos modos no es fácil prestarles ayuda. Lo más probable, si uno trata de ayudarlas, es que le pongan trabas, fundamentalmente porque quieren hacerle el bien a sus hijos ellas mismas y, tal vez sin saberlo, están celosas de que alguien posea para eso la capacidad de la que ellas carecen. En rigor, no hay por qué insistir en ayudar a las madres y los padres que aborrecen que se los ayude, sobre todo habiendo tanta necesidad de ayudar a quienes se dejan ayudar, con tal de que uno les haga sentir que realmente comprende a sus pequeños.

Muchos le dirían a la madre de mi ejemplo: "¡No sea tan débil, no salga corriendo a pedirle a su marido que deje el buque y vuelva a casa porque su hijo está malhumorado! Si lo trata así, lo malcriará. ¡Tiene que aprender a soportar la frustración!".

¡Aprender a soportar la frustración! ¡Como si el niño necesitara más frustraciones todavía! Bastan con las inevitables frustraciones que le presenta la experiencia al párvulo, apenas tolerables aun por los más fuertes. Debe comprenderse claramente que el preescolar hace frente casi a lo peor que deba tolerarse en el curso ordinario del desarrollo emocional, y nuestra tarea consiste en ayudarlo a defenderse contra los espantosos sentimientos de culpa, angustia y depresión, en lugar de adiestrarlo para que sea... para que se parezca... ¿para que se parezca a quién? ¿A nosotros? No estoy convencido de que ni ustedes ni yo estemos en condiciones de dictarle ni siquiera a un niño pequeño qué es lo ideal. Si los niños nos aman, tratarán de equipararse con lo mejor que ven en nosotros. Quizá sea más seguro limitar nuestros empeños conscientes a ayudarlos a luchar contra la desesperación (que se pone de manifiesto en sus rabietas y bajo otras formas, amén de la tristeza y la depresión), y no procurar moldearlos según el patrón que nosotros, con nuestro restringido saber, hemos concebido para ellos. Volveré a este punto más adelante.

Por el momento quisiera recordarles que esta madre inculta trató a su hijo de forma excelente, o sea con amor y con respeto por la capacidad del niño para hacer frente a los conflictos, con el tiempo. Al conseguir que el padre externamente real volviese, la madre permitió al niño poner a prueba sus fantasías en los hechos. Al parecer Papito había muerto, matado por los propios sentimientos malos del niño, pero gracias a Dios no era así: ¡tiene que haber una diferencia entre lo que el niño siente y lo que es! Aunque el factor temporal está involucrado en la recuperación de una depresión, poco a poco el niño se recobró de lo que podría haber sido un grave freno a su desarrollo emocional, que afectase toda su vida. En un niño en edad escolar, el efecto producido por la desaparición de un padre sería interesante de observar, pero en la edad del párvulo ese efecto fue nocivo.

Por esta simple historia pueden apreciar cuán grande es la responsabilidad de ustedes al trabajar en una guardería. Si no son capaces de enfrentar esta idea, por favor dejen la cosa ahí. Hasta una madre regañona es mejor que una institución correcta pero sin corazón. Sin duda alguna, una madre sucia es mejor que una institución limpia donde el adiestramiento de los hábitos y el respeto por la limpieza son principios colgados como leyendas de una pared muy higiénica que reemplazan al empapelado floreado y vulgar al que el niño se había habituado en su casa de un barrio precario.

Si se empieza este tipo de trabajo en barrios pobres, se corre un claro peligro. ¿Por qué no empezar por brindarles guarderías a nuestros hijos, y sólo cuando estemos seguros de pisar tierra firme tratar de obtener el dinero necesario para hacer extensivos estos beneficios a los hijos de quienes viven en medio de la pobreza y la suciedad? La mayoría de los niños de dos, tres y cuatro años se sienten cómodos en un medio no demasiado limpio, y hasta puede asustarlos esa austeridad que ustedes y yo llamamos "de buen gusto". En muchos aspectos, cuando situamos a un niño en un medio donde hacer revoltijo es pecar, enchastrar la pared es un sacrilegio, lamer el ventanal es antihigiénico y hacer pis en el suelo es convertirse obviamente en una persona descontrolada, tal vez lo estemos sometiendo a una tensión excesiva.

Las guarderías son agudamente necesarias para quienes viven en los departamentos modernos y tienen como lugar más valorado de la casa el baño azulejado; estas personas no les permiten a sus hijos ser naturales y así

desarrollar poco a poco su propia actitud personal hacia la moral. Los niños no deben hacer tanto ruido que no dejen escuchar la radio, deben estar siempre quietos, no tienen que hacer revoltijos o garabatear sobre las paredes, no les está permitido hacer un tajo en el aparador con el cuchillo. No hay patio trasero, ni siquiera un patio al que no les esté permitido el acceso, así que jamás pueden imaginarse lo lindo que es sentarse encima del tacho de la basura. Para esos niños, las guarderías son lugares en los que durante unas horas al día pueden conocer el alcance de sus impulsos y por ende ser más capaces de lidiar con ellos y tenerles menos miedo. Para esta tarea no se precisa una comprensión psicológica especial, pero sí una gran tolerancia, que no es fácil encontrar en la gente.

Aquellos de ustedes que hayan visitado la clínica del doctor M. Lowenfeld en Londres habrán quedado impresionados tal vez por el hecho de que cuando a los niños simplemente se les permite ser naturales, no se la pasan excediendo permanentemente los límites de lo tolerable en una clínica, sino que poco a poco los más normales desarrollan sus propios mecanismos de control, y al mismo tiempo se convierten, en muchos casos, en niños más felices, sin que se haya agregado ningún tratamiento psicológico que implicase el análisis de lo inconsciente. Quiero decir que hay gran cabida para trabajar con niños preescolares sin usar la técnica llamada psicoanálisis, lo cual es un hecho afortunado, ya que adquirir esa técnica lleva mucho tiempo y sólo unos pocos cuentan con él para aprender esta tarea especial.

Para empezar, entonces, reconoceremos los intensos sentimientos del niño. Luego repararemos en que esos sentimientos cambian de especie y carácter a medida que el niño crece y se aproxima a la edad escolar, a medida que sus defensas contra los sentimientos penosos y deprimentes se desarrollan y se vuelven más organizadas. A continuación apreciaremos las grandes fluctuaciones en materia de sentimientos y defensas que presenta el niño pequeño, y estaremos preparados contra las crisis durante las cuales no es bueno tratar de educarlo. Posteriormente veremos que hay traumas, algunos más o menos inevitables y otros que pueden evitarse y nos gustaría ayudar al niño a que escape de ellos; y también veremos los efectos especiales que provocan los traumas coincidentes en el tiempo con las crisis de los sentimientos o las defensas. Y mientras tanto, no dejaremos de creer en la intensidad del amor del niño, de su esperanza, su odio, su desesperación, sus sentimientos de culpa, sus impulsos de reparación y sus intentos de enmendar en el mundo externo aquello que, en su fantasía o en su realidad interna, siente como si hubiera sido dañado o arruinado.

El caso de Joan ilustra esa coincidencia del trauma y la crisis emocional.

A los cuatro años, tenía miedo de viajar en auto. Había tenido sueños sobre viajes en auto en los que su padre terminaba muerto. Esto no era nada inusual y supongo que todo habría andado bien si no se hubiese visto envuelta en un accidente. Intentó que su padre desistiera del paseo en auto, pero sus temores fueron ignorados (lo cual es natural) y se fue de picnic con toda la familia. En el camino hubo un choque. Encontró a su padre tirado en la carretera, corrió hacia él y lo pateó diciéndole: "¡Despierta! ¡Despierta!". Pero desgraciadamente estaba muerto.

A partir de entonces, Joan no pudo moverse más. Se quedaba inmóvil allí donde la pusieran, perdió todo interés por lo que la rodeaba y apenas se diría que estaba viva si no fuese que comía pasivamente y seguía a los demás como atontada. Ya ven lo que ocurre cuando la vida interior está casi totalmente controlada: cualquier vitalidad interna se torna peligrosa. La niña se sentía responsable de la muerte del padre, dado que ésta había tenido lugar en su mundo de fantasía y ya no volvió a tener la visión tranquilizadora de su padre vivo. El mundo interno y el externo se habían vuelto uno solo, y ella debía controlar el mundo así como su mundo de fantasía para mantener vivo lo que aún valía la pena conservar. Esta tarea le insumía toda su energía. El tratamiento tuvo éxito, en la medida en que se logró que volviera a la escuela y disfrutara un poco de la vida, pero nunca recobró sus anteriores facultades intelectuales.

Éste es un ejemplo algo crudo, pero en su crudeza ilustra con claridad lo que quiero decir. En este mismo sentido un niño pequeño que tiene una serie de terrores nocturnos o de ataques de rabia no está en el mejor momento para que le cambien la enfermera, lo muden de casa, le enseñen buenos modales, los padres se divorcien, etcétera. Los cambios en la realidad externa deben hacerse, en lo posible, cuando el niño no está

bajo el imperio de una crisis interna.

Podría pensarse que, una vez que sabemos cómo actuar, todo irá bien. Suena fácil, pero... ¿lo es?

La semana pasada interné en el hospital a una niña de cuatro años a raíz de una posible tuberculosis pulmonar. Es una pequeña muy solemne, carente del goce de vivir. Quizás el hecho de habérsela apartado del hogar haya constituido un gran trauma para su desarrollo emocional. No lo puedo asegurar. Sin embargo, ahora, a los cuatro años, el efecto no puede ser tan negativo como lo fue el de haber sido internada a los dos años en un hospital de enfermedades contagiosas.

Uno podría decir: ¡qué maravillosa es la organización de nuestros hospitales de enfermedades contagiosas! Porque esta pequeña estaba en el hospital a los dos años cuando descubrieron que tenía difteria y le inyectaron el suero a tres horas de habersele declarado la enfermedad. ¡Es fantástico!, pero... ¿alcanza con eso?

Salió del hospital convertida en una niña diferente: entró contenta y confiada, y salió malhumorada, suspicaz, inhibida, adusta. Es probable que las enfermeras la hayan tratado bien, porque jugaba a la enfermera con su muñeca y siempre parecía ser una buena enfermera para éstas. El cambio producido en ella fue consecuencia de la técnica ineficaz de la enfermera que la acompañó en la ambulancia. Esta confiada niña de dos años fue sacada de su casa mientras dormía, "para no asustarla", ¡y a la madre no se le permitió acompañarla al hospital ni verla en los tres meses en que estuvo internada!

Para una niña de dos años, este tratamiento es lisa y llanamente brutal. No es infrecuente, porque la delicada tarea de trasladar al párvulo de su hogar al hospital se deja en manos de la enfermera de la ambulancia, que no tiene ninguna preparación para ello. Puede contar o no con comprensión intuitiva; de todos modos, no recibió formación psicológica, y las consecuencias de sus errores son terribles. He asistido a grandes cambios de personalidad a raíz del súbito traslado de niños sanos de su hogar al hospital de enfermedades contagiosas... por un informe proveniente de un tónico de garganta. El caso de los niños enfermos es diferente, desde luego; ellos piden el tratamiento, creen en su médico y enfermeras, y permiten que se les practiquen operaciones terribles sin que se les mueva un pelo... Pero si el niño no se siente enfermo, o es tratado mediante técnicas inapropiadas, lo que podría ser una bendición física se convierte en una tragedia psicológica.

He escogido este tema particular del traslado a los hospitales de enfermedades contagiosas porque es de fácil descripción; como verán por toda clase de procedimientos, no les evitamos a los niños pequeños la brutalidad de los tratamientos, y no tanto porque seamos brutales sino porque no comprendemos con cuánta profundidad siente el niño y cómo son de pavorosos los resultados si fallan sus defensas. Las defensas del niño pueden hacer frente a casi todo lo que les plantea la vida, siempre y cuando haya en ésta un trasfondo de amor y se dé lugar al factor temporal. Pero la falta de amor o la coincidencia de los traumas pueden provocar daños permanentes.

Quisiera que vean con claridad las tremendas fuerzas que subyacen en los síntomas pasajeros de un niño pequeño. Ustedes ven al niño parpadear con frecuencia. Es fácil decir: ese parpadeo es una enfermedad, tratémosla. ¿Por qué no situar el síntoma dentro del cuadro total del niño? Se averiguará que el parpadeo es esencial para su salud mental. Dadas sus dificultades, debe parpadear, o de lo contrario no podría defenderse contra algo demasiado penoso para tolerarlo, o se confundiría, o deprimiría, o entontecería.

Alan, de cinco años y medio, vino a verme por su nerviosismo. Todo anduvo bien hasta que a los dos años y medio sintió terror en medio de una violenta tempestad. Desde ese momento tartamudeó. Logró superarlo, pero de ahí en más cada nueva tensión en su vida generaba una nueva serie de síntomas. De hecho, se volvió sensible ante cosas cada vez de menor daño real; hace poco vio en la ventana de enfrente una de esas grandes pelotas colgantes para práctica del boxeo y se aterró, porque pensó que era el rostro de alguien que lo estaba vigilando. Desde ese momento parpadeó muchísimo y le tomó miedo a muchas cosas, además de hacer ruidos compulsivos con la garganta. De día, no puede dejar el umbral de su casa. De noche, yace en la cama sin

dormirse y suda profusamente. Por la mañana se levanta a desgano, de mal humor.

Todos ustedes conocen estos historiales tan comunes. Este niño sufre intensamente -es un dolor mental, no físico- de sentimientos de culpa, depresión, etcétera. Todas las cosas terribles que le suceden o amenazan con sucederle pasan en sus fantasías. Lo ayuda sentir que están fuera de él, ya que entonces puede evitarlas (fobias) o evitar ver lo que no debe ver (parpadeo). Además, permaneciendo insomne evita la angustia intolerable asociada a sus sueños y la insinuación de muerte que contiene el dormir.

Ahora tiene cinco años, y presumo que nunca será realmente feliz o podrá disfrutar de la escuela; pero para el educador constituye una gran responsabilidad, y tendría que haber sido así especialmente en la guardería, ya que a edad más temprana había más probabilidades de que él viera una realidad externa buena a despecho de su distorsionado mundo interno, y corrigiese sus fantasías de acuerdo con los hechos.

Si hay algo inútil es el tratamiento directo de sus síntomas ya sea mediante una terapéutica burda (sugestión, persuasión, chantaje) o con medidas punitivas. La única esperanza radica en que el desarrollo emocional del niño mejore gracias a la provisión de un trasfondo de amor y a la obra del gran curador, el tiempo.

Hay muchas maneras de concebir la naturaleza humana, y según una de ellas vemos que las personas están envueltas en una vida interior y una vida exterior. La exterior es bastante obvia, aunque gran parte de sus motivaciones son oscuras e inconscientes, incluso profundamente enterradas. La vida interior es principalmente un asunto del inconsciente. Existe una interacción entre esta vida interior y la exterior en las personas sanas, de modo tal que el mundo externo nos es enriquecido por nuestro propio mundo interno, al cual podemos fácilmente colocarlo en las personas y las cosas con las que entramos en contacto; además, nuestro mundo interno es modificado por el contacto con lo externamente real, así que a medida que transcurre el tiempo llegamos a sentirnos más seguros de nosotros mismos, en el sentido de tener más clara la distinción entre las dos realidades. Esto sucede fundamentalmente en la infancia y la edad preescolar, aunque no cesa a lo largo de toda la vida; y el psicoanálisis es una técnica mediante la cual podemos llevar este proceso más cerca de su completamiento que en el curso corriente del desarrollo. Podría decirse que en el curso del desarrollo emocional nos volvemos menos supersticiosos, pues la superstición hace que no depositemos confianza en la realidad externa, dado que queda tan fuertemente investida de sentimientos que pertenecen a nuestra vida interior.

Una alternativa frente a la superstición franca es que desarrollemos, como todos hacemos, un control de nuestros habitantes interiores, sus sentimientos y actividades, lo cual influye en nuestro autocontrol en las relaciones externas. Hacemos en cierta medida lo que Joan, a la que me referí antes, hacía en demasía.

Un control excesivo es peligroso, dado que menoscaba nuestras fuerzas vitales, tal como las experimentamos, y nos hace sentir deprimidos, etcétera; por lo tanto, buscamos opciones, una de las cuales es colocar fuera de nosotros, en los objetos o personas del mundo externo, lo que consideramos malo en nosotros mismos, y ahí controlarlo y luchar contra eso. Un ejemplo cercano de esto puede apreciarse en la Alemania actual [1936], donde la expulsión y el maltrato a los judíos constituyen, en el mejor de los casos, una tentativa de los llamados arios por sacarse de encima algo que no les gusta de sí mismos -intentan verlo en los judíos, imaginan que lo han logrado, y luego se cree justificado perseguirlos y se sienten mejor después de haberlo hecho-. En una época se pensaba que el psicoanálisis sintetizaba todo lo peor de la naturaleza humana. La gente veía en él todas sus propias maldades, que odiaba poseer, y consideraba una virtud denunciarlas. Una dama a quien conozco y respeto se levantó un día en medio de una reunión social en la sala de una casa y dijo que el psicoanálisis de niños debía ser prohibido por la ley, lo juzgaba peor que la seducción o el asesinato de niños. Su postura me molestó bastante, dado que a la sazón yo me estaba formando como analista de niños. La realidad resultó ajena a las fantasías que esta buena dama tenía sobre ella.

Hacemos esta clase de cosas; por ejemplo, cuando ávidamente atribuimos nuestro reumatismo a gérmenes, nuestros dolores al ácido úrico y nuestro malhumor al clima de Inglaterra en general.

Ahora bien, es fácil ver que muchas personas se muestran ansiosas (me refiero a sus sentimientos inconscientes) de encontrar en el niño los impulsos que odiarían ver en sí mismas; confían en que controlando, adiestrando y educando al niño podrán sentirse mejor, incluso sentirse buenas. Estas personas se desesperan por ocuparse no sólo de sus hijos sino de los de sus relaciones, y de todos los niños de la ciudad o el país en que viven. Las distinguirán fácilmente de quienes son amantes naturales de los niños porque aquéllas no pueden ver al niño íntegro, sólo ven sus burdos impulsos, que a su entender deben ser controlados.

Sucede, empero, que el niño atiende al manejo de sus propios impulsos, de manera que quien sólo vea estos impulsos no podrá ver más que la mitad de cada niño. No es que el niño pequeño carezca de control innato, sino más bien que sus métodos primitivos de control de esos impulsos burdos son en sí mismos burdos y fallidos, y a menudo el niño debe ser rescatado del funcionamiento demasiado eficaz de los mecanismos de control. Por ejemplo, un bebé de nueve meses puede aterrorizarse al comprobar que tiene impulsos de morder, más aún, de comerse a su madre; y es corriente que se destete o hasta que se niegue a comer nada, en especial si en coincidencia con esta crisis de temor hay una frustración externamente real, como el destete concreto o un cambio de niñera, o se llevan a cabo nuevos y especiales esfuerzos por inculcarle hábitos de limpieza. Incumbe a la madre o la enfermera proteger al niño de la inanición a que daría lugar el funcionamiento burdo de la conciencia moral primitiva.

Durante el desarrollo emocional del bebé y el niño pequeño, una de las cosas principales que ha de observarse es el crecimiento de la conciencia moral en dirección a un estado ideal (que nunca se alcanza) en el cual no hay necesidad de ninguna conciencia moral, porque bastan el amor y la identificación con las personas amadas, controladas, ya sean reales o fantaseadas. Se advertirá que la conciencia religiosa es un gran avance respecto de la más primitiva, puesto que la persona religiosa, a raíz de su creencia en el perdón, puede cometer errores en virtud de los cuales, por supuesto, sentirá remordimientos. Cuanto más primitiva es la conciencia moral, menor es la posibilidad de errar, pues cualquier error puede tener efectos fantásticamente graves. En términos del adulto, la retención de una conciencia moral primitiva implica depresión ante la idea del mal y suicidio ante la amenaza del mal, en tanto que la persona religiosa puede vislumbrar la posibilidad del error debido a que existe para ella la posibilidad del arrepentimiento y el perdón.

Otro punto en el cual el niño se asemeja al adulto es su consideración de un mundo externo y un mundo interno, junto con la valoración del externo en virtud de la riqueza del interno y a la modificación del interno por la experiencia que tiene del externo. Además, el niño está ansioso por aprovechar la oportunidad que le ofrece el mundo externo de reparación, de compensar haciendo bien lo que se hizo mal en el mundo interno de su fantasía. Si contemplamos al niño íntegro vemos todo esto y reconocemos que el ambiente bueno o malo que le brindamos al niño pequeño sólo es indirectamente bueno o malo. Si nos controlamos, afectamos al niño por cuanto éste nos ama, llega a conocernos, puede ver la bondad en nosotros como consecuencia de la bondad de su propio mundo interno, y nos incorpora a sí mismo y es capaz de mantenernos vivos ahí. Y si somos brutales, resultamos malos para el niño si éste, al abordar en sus fantasías a las personas brutales, necesita reconfortarse diciéndose que no somos brutales, siendo nuestra falla el hecho de que no podamos corregir la fantasía mala. Tal vez el niño siguiente ni siquiera se dé cuenta de nuestra brutalidad, ocupado como está en otras cualidades en ese momento, o teniendo en su mundo interno muchas menos personas brutales que el otro niño.

El tipo de personas que yo describía hace uno o dos minutos (y todos somos propensos a ser un poco culpables de estas y otras fallas) busca inconscientemente su felicidad personal a través del adiestramiento y el control de los niños. Recordarán los efectos aniquiladores de esas personas descritos en el libro *Oliver Untwisted*, cuando hacen una visita de inspección a la institución luego de la reunión del Consejo Directivo. Tan pronto aparece una persona comprensiva a cargo de los niños, capaz de inculcar en una comisión que se tolere la individualidad de cada niño en vez de preocuparse por frenarlo y controlarlo, surge una nueva comisión con renovadas exigencias de que impere el orden. Sí, incluso ciertos adultos son educables, y en mi impulso de educar a los adultos parece que yo mostrase algo de ese mismo impulso que critico. Sin embargo, confío en que me perdonen, dado que fueron ustedes, adultos, los que me han pedido que les dirigiera la palabra. Les

aconsejo que elijan su Consejo Directivo con el mismo cuidado que pondrían para elegir a sus padres, si es que pretenden ocuparse de los niños pequeños en edad preescolar.

Una palabra más. Les he presentado la conciencia moral primitiva del niño, que no es débil, como tal vez suponían, sino cruda, y de la cual el niño pequeño a menudo necesita protección. A veces él les pedirá que ustedes le presenten su propia moral, más desarrollada y menos cruel; y si no tienen ninguna a mano se verán obligados a inventar alguna en el momento, algo que está a mitad de camino entre el ideal que ustedes tienen de bondad natural, o cualquiera otra cosa en la que crean, y el insoportable sistema punitivo ya armado en el niño. Los padres instruidos suelen alarmarse cuando su hijo les pide que lo castiguen o incluso que le aten las manos. No se sorprendan ante estas cosas. Deben comprenderse en relación con el sistema de control que se está desarrollando en el niño.

En cierta medida, lo que acabo de describir aparece con frecuencia y puede dar origen a perturbaciones y a una falsa idea sobre los requerimientos del niño normal. Quiero hablar de esto.

Los niños en condiciones de convertirse en delincuentes plantean continuas demandas de control externo a quienes se ocupan de ellos. Su enfermedad reside en que son incapaces de tolerar su propio sistema punitivo, con toda su crueldad y otras características insoportables, y pese a ello no pueden hacer crecer su conciencia moral. Su conciencia moral primitiva no maduró, y a lo largo de toda la vida necesitarán fuerzas que los controlen, eventualmente las de la ley, para permanecer cuerdos. Alternativamente, desarrollan delirios de persecución, pues no aguantan las persecuciones y los maltratos que surgen dentro de ellos mismos, en su realidad interna.

Un niño como éste, si integra un grupo de niños, desbaratará los mejores propósitos de cualquiera. La dulce sensatez en la que uno confiaba es convertida en futilidad por ese niño que parece encantador y fácilmente se gana nuestro cariño, pero ciertamente nos obligará, tarde o temprano, a controlarlo. La reacción inmediata de uno es sentirse culpable y preguntarse si después de todo uno no se habría equivocado al acariciar la idea de que los niños desarrollan su propio control a su manera, si se les da tiempo y amor.

Antes de dejarlos, mi pedido es que endurezcan su corazón y se libren de los delincuentes potenciales que hay en sus grupos, o de lo contrario reúnan a todos los delincuentes potenciales del vecindario y limiten su atención a ellos y a sus problemas especiales. Sólo así podrán hacer lo mejor por los niños preescolares normales, quienes a veces son delincuentes, a veces están deprimidos, a veces confundidos, a veces malhumorados, a veces son neuróticos, a veces obstinados, a veces suspicaces, con frecuencia bestiales entre sí y con uno, y sin embargo queribles porque cada uno es un individuo lleno de esperanzas, con sus propias dificultades y su propia manera de abordarlas, y porque cada uno tiene su modo peculiar de hacer uso de la ayuda que le brindamos.

[_____]

<http://www.psilibro.tk>

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

Importancia del encuadre en el modo de tratar la regresión en psicoanálisis, 1964

Escrito para un seminario de estudiantes de tercer año del Instituto de Psicoanálisis, 9 de julio de 1964.

He dado mis tres seminarios oficiales intentando hablar sobre el psicoanálisis sin permitir que se entrometiesen indebidamente mis propias ideas. Sin embargo, me han manifestado el deseo de que en este seminario no oficial hablase sobre mis ideas personales, y en particular sobre la regresión.

Naturalmente, esto abre ante nosotros un territorio muy vasto. Debo limitarme a decir lo esencial, tratando de enunciar algo que pueda ser

comprendido y debatido.

Tal vez mi finalidad principal sea contrarrestar algunas de las concepciones erróneas que tan fácilmente se generan en torno del modo de tratar la regresión. La equivocación más importante que se comete es considerar que la regresión es una manera fácil de zafarse del trabajo analítico.

Quiero dejar bien en claro que es un hecho afortunado cuando la cuestión de atender la regresión no ocupa un lugar importante en un análisis.

Queda entendido que yo adhiero a los principios básicos del análisis, y que intento seguir los establecidos por Freud, que me parecen fundamentales para toda nuestra labor. En cierto contexto, Freud se ocupó del material producido por el paciente y dedicó gran parte de su obra al enorme problema de cómo debe abordarse ese material.

Sin embargo, en algunos casos se advierte al final (o incluso al comienzo) que el encuadre y su mantenimiento son tan importantes como la forma de encarar el material. En pacientes con determinado tipo de diagnóstico, la provisión y el mantenimiento del encuadre son más importantes que la tarea interpretativa. Si esto ocurre, uno siente un desafío, y es muy posible que lo más acertado sea que ponga fin al tratamiento sobre la base de que no es capaz de atender las demandas del paciente.

En los casos corrientes, uno saca provecho del trabajo realizado por los padres, y en particular por la madre, en la niñez temprana y la infancia del paciente. A la madre no le fue muy difícil amoldarse a las necesidades de su bebé porque sólo tuvo que hacerlo durante un período relativamente breve, unos pocos meses, y por lo general a las madres les gusta hacer esto. Saben que con el tiempo recuperarán su independencia.

Pero cuando tenemos que ocuparnos de un paciente que no recibió este temprano tratamiento suficientemente bueno, no es seguro que podamos corregir lo que ha sido defectuoso. Por cierto, las exigencias que se nos plantean son severas. No es como si conociéramos de inmediato las

demandas que se nos formularán. Al principio podemos atenderlas con facilidad. Es como si el paciente poco a poco nos sedujera para entrar en connivencia con el bebé que hay en él, y que de un modo u otro recibió atención inadecuada en las primeras etapas.

La razón de este inicio solapado es que sólo paulatinamente el paciente comienza a tener esperanzas de que sus demandas serán atendidas. Es a partir de su evolución que se produce este gradual aumento de su necesidad de que se lo provea de un ambiente especial. En el tipo de casos de que estoy hablando, nunca se trata de brindar satisfacción en el sentido corriente de sucumbir a una seducción. Lo que siempre sucede es que si uno proporciona ciertas condiciones el trabajo puede llevarse a cabo, y si no las proporciona el trabajo no puede llevarse a cabo y sería mejor no intentarlo siquiera. El paciente no se muestra dispuesto a trabajar con nosotros a menos que le proporcionemos las condiciones necesarias.

Permítaseme que dé un ejemplo grosero. Una paciente mía acudió a un analista y muy pronto entró en confianza y empezó a permanecer todo el tiempo hecha un ovillo sobre el diván, tapada con una manta, sin que sucediera más nada. El analista la increpó: "¡Arriba, siéntese! ¡Míreme y hábleme! No crea que va a quedarse allí sin hacer nada, pues entonces, ¡nada va a pasar!". La paciente se dijo a sí misma que estaba bien que el analista hiciera eso, que reconociera sin vueltas que no era capaz de atender sus necesidades básicas. Entonces ella se sentó y charló con él, y se entendieron muy bien sobre la base de su común interés por el arte moderno. Miraron libros juntos y conversaron sobre temas muy profundos. La cuestión era desembarazarse de este analista, y ella siguió con él hasta que pudo encontrar a otro que no la instara a moverse un poco. No quedó resentida con ese tratamiento fallido, pues el analista jamás simuló que podía hacer lo que era incapaz de hacer. Tal vez no estaba en condiciones de atender las necesidades de esta mujer que una vez puestas en marcha, podrían llegar a ser imperiosas.

Por supuesto que la paciente no se dio cuenta de todo esto; tuvo un insight

limitado, pero suficiente para aprender cómo debía elegir un nuevo analista que adoptase una actitud distinta y al menos intentase atender sus necesidades básicas.

Me sentiría muy contento si mis palabras sobre este tema llevaran a otros analistas a actuar a conciencia como lo hizo éste, transmitiéndole al paciente lo antes posible que sus necesidades no serán atendidas.

Citaré, a manera de contraste, otro caso, pero antes quiero decir que si uno intenta atender necesidades del tipo que estoy describiendo en un paciente, poco a poco las demandas que éste plantea al analista se vuelven mayores, y llega un momento en que le da a entender algo por el estilo de esto: "Ya es hora de que usted se decida: o va hasta el final, o se retira. No me importa que me diga ahora que no está en condiciones de hacerlo, pero si sigue avanzando, yo le entregaré algo que es muy mío y me volveré peligrosamente dependiente de usted y. sus errores tendrán una enorme importancia".

Con frecuencia ésta es una cuestión de vida o muerte, y el analista sensato detendrá el análisis en este punto, sabiendo y reconociendo abiertamente que es incapaz de hacer lo que viene después, que es lo que el paciente le está solicitando. El paciente no lo culpará por ello.

A título ilustrativo mencionaré un detalle del análisis de una paciente con una enorme área de su personalidad sana y a la que, sin embargo, el análisis la conduce inevitablemente a esa profunda dependencia que es tan peligrosa: Está mujer está más allá del punto de no retorno.

Llega a mi consultorio un viernes -el día en que se saca provecho del trabajo de toda la semana-. En esta paciente hay una clara pauta semanal, y este viernes sé caracterizaría por la calma después de la tormenta, incluida alguna preparación para el fin de semana.

En el caso de esta paciente, ciertas cosas tienen que permanecer siempre igual. Las cortinas han de estar corridas; la puerta de la habitación, cerrada pero sin llave, de modo tal que pueda entrar directamente; la

disposición de los objetos en el cuarto debe ser siempre la misma, aunque hay algunas variaciones que corresponden a la relación transferencial. En el momento de que hablo, el objeto constante se halla situado en una determinada posición sobre el escritorio y tengo acumulados junto a mí algunos papeles esperando que ella me los pida de vuelta.

Este viernes, a despecho de mi meticulosa inspección previa del cuarto, he dejado los papeles encima del otro objeto en vez de colocarlos a mi vera. La paciente entra y ve estas modificaciones, y cuando yo llego a la escena me encuentro con la catástrofe. Desde el mismo instante en que entro a la habitación veo lo ocurrido y sé que tendré mucha suerte si podemos recuperarnos de esta catástrofe en unas cuantas semanas.

Quizás esto ilustre en qué forma un paciente se sensibiliza con respecto al encuadre y sus detalles. En otro análisis tal vez haya modificaciones permanentes; el paciente las advertirá o no, serán o no importantes, pero no provocarán una catástrofe. Esta paciente, en cambio, no podía hacer otra cosa frente a sus reacciones que dejar que se produjeran. Tras su reacción inicial, que fue irrazonable al máximo, empezó a volverse razonable y a la postre terminó preguntándome qué tenía ella para que la gente se condujera tan mal. Me pidió que habláramos en definitiva sobre esto: ¿qué había hecho ella para que yo cometiese tal error -un error que quebró por entero el proceso analítico y la evolución de ella, y arruinó la labor de toda la semana-?

Pude en este caso, antes de que concluyera la sesión, conversar sobre este asunto en la forma en que ella me lo había solicitado, lo cual es algo bastante diferente de formular una interpretación. Este fue un resultado favorable, que no siempre se dará. Con una paciente tan sensibilizada como éste bien podía haber ocurrido que tuviera durante el fin de semana un episodio suicida, o abandonara el análisis; o realizara una actuación de la que fuese muy difícil recuperarse, como casarse con quien no le convenía. Todas estas cosas me sucedieron en mi práctica profesional; de ahí que me interese transmitir lo difícil que es hacer bien esta tarea. Ese día, en particular, pude decirle a la paciente que, por lo que yo sabía, ese

error catastrófico que yo había cometido tenía una motivación inconsciente. Imaginaba -le dije- algunas de las razones que me llevaron a cometerlo, pero, en mi opinión, era un problema mío y no una reacción ante algún aspecto de ella.

Gracias al material que teníamos entre manos, continué mostrándole que ella habría preferido mucho más que mi catastrófico proceder hubiera sido una reacción ante algo de ella, pues de ese modo todo el asunto quedaría bajo su control y ella tendría alguna esperanza de provocar un cambio en mí a raíz de un cambio sobrevenido en ella misma.

A partir de allí, la paciente recondujo la cuestión a ciertos procederes de su padre que ella siempre se había empeñado en explicar como reacciones frente a aspectos de ella, hasta que debió admitir que eran peculiaridades del padre que databan de antes de su nacimiento y, en verdad, podían explicarse sobre la base de la historia familiar de él.

Al final pude decirle: "Lo cierto es que yo soy así, .y si usted continúa conmigo comprobará que vuelvo a hacer cosas similares con una motivación inconsciente, porque así soy yo".

Doy este ejemplo porque si bien me salvé por un pelo, lo hice sin tener que engañar a nadie, tan sólo declarando mis propias imperfecciones. Fácilmente se observa que uno no puede permitirse con ligereza cometer estas equivocaciones con pacientes más enfermos. Por "más enfermos" quiero decir pacientes que, junto a su porción enferma, tienen una personalidad menos sana. La porción enferma es tan enferma en uno como -en otro, y el analista no puede en modo alguno menguar su adaptación a las necesidades del paciente por el hecho de saber que éste cuenta con una cuantiosa porción de personalidad sana. Es con la porción enferma que uno trata, y ésa está tan enferma como es posible.

Lo sorprendente es que si uno tiene un paciente que atraviesa una de estas fases, puede adaptarse de una manera muy minuciosa a sus necesidades durante un período; o sea, en la hora que le está asignada, uno puede tener

una confiabilidad profesional muy diferente de la .poco confiable personalidad propia. Con el tiempo; empero, la poca confiabilidad propia comienza a filtrarse; y uno de los peligros es que cuando el paciente empieza a mejorar, en el sentido de permitirle a uno aminorar la vigilancia, es probable que uno se tome vacaciones, por decirlo así, y se mande toda una exhibición de los propios impulsos. A nadie se puede culpar por ser así, pero esto puede echar a perder un caso que iba bien.

Todo apunta, pues, al hecho de que esta labor no sólo es difícil sino que absorbe un gran monto de la propia capacidad de catectizar; y si bien es posible llevar al mismo tiempo dos, o quizá tres casos, no podrá con cuatro. En general, sólo es posible tener un paciente por vez con este grado máximo de enfermedad.

Principios

La teoría de este trabajo depende de ciertos principios que ya han sido formulados; una vez formulados, puede apreciarse que son en gran medida obvios.

La formulación básica es que el desarrollo emocional es un proceso de maduración al que se le añade el crecimiento basado en la acumulación de experiencias.

El proceso de maduración es lo heredado. No se vuelve efectivo sino en un ambiente facilitador. El ambiente facilitador tiene que ser estudiado en relación con los pormenores del proceso de maduración. Este incluye la integración en diversas formas, como las siguientes:

1. La residencia de la psique en el soma.

2. La relación con el objeto.

3. La interacción de los procesos intelectuales con la experiencia psicosomática.

A éstos y otros detalles del proceso madurativo les corresponden los tres aspectos siguientes del ambiente facilitador:

1. Sostén.

2. Manipulación.

3. Realización.

El funcionamiento del ambiente facilitador se inicia casi con un ciento por -ciento de adaptación, .cifra que rápidamente disminuye como consecuencia de las crecientes necesidades del bebé. Estas necesidades incluyen la oportunidad para relacionarse con el objeto a través de la agresión.

Antes de esto viene la satisfacción erótica, mediante una realización exitosa. En su crecimiento emocional el bebé transita de la dependencia absoluta a la dependencia y en dirección a la independencia. En las primeras etapas no se percata de su dependencia y se relaciona con objetos subjetivos.

Un aspecto importante del crecimiento es el pasaje del relacionarse con objetos subjetivos al reconocimiento de objetos que se hallan fuera del ámbito de la omnipotencia, o sea, que son objetivamente percibidos pero no explicados sobre la base de la proyección. En esta zona de cambio se presenta la mayor oportunidad para que los componentes agresivos cobren sentido para el individuo. El cobrar sentido de los componentes agresivos conduce a la

experiencia de la rabia del bebé (vinculada con el concepto kleiniana de la envidia del pecho bueno) y, en el caso favorable, lleva a la fusión de los componentes agresivos y eróticos que desemboca en el comer. En la salud, para la época en que el comer se establece cómo parte de la relación con los objetos, se ha organizado una existencia fantaseado que es paralela al vivir real y conlleva su propio sentido de lo real.

¿Tiene el bebé un yo desde el principio? No, es posible dar una respuesta directa a este interrogante, por la razón. de que al comienzo el yo del bebé es débil y poderoso a la vez. Será extremadamente débil si no hay un ambiente facilitador. No obstante, en casi todos los casos la madre o figura materna brinda el soporte del yo, y si lo hace suficientemente bien el yo del bebé será fuerte y tendrá su propia organización. La madre está en condiciones de brindar este soporte al yo del bebé merced a su capacidad y disposición para identificarse temporariamente con él.

Importa distinguir la capacidad de la madre para identificarse con su bebé, conservando por supuesto su autonomía, y el estado en que el bebé no ha emergido aún de la dependencia absoluta. Sólo gradualmente el bebé separa lo que es "distinto de mi" de lo que es "parte de mi"; y una importante etapa del desarrollo emocional es aquella en la cual se vuelve capaz de reconocer el hecho de la dependencia y puede tener un self sólo relativamente dependiente, en vez de depender en forma absoluta del estado temporario en que la madre entra en colusión con el bebé de manera tal que éste, a raíz de la colusión de su madre, tiene un yo y una organización yoica y un cierto grado de fuerza y flexibilidad yoicas.

Biblioteca D. Winnicott

Las influencias grupales y el niño inadaptado: el aspecto escolar

1955

Conferencia pronunciada en la Asociación de Profesionales
para los Niños Inadaptados, abril de 1955

Me propongo estudiar aquí algunos aspectos de la psicología de los grupos, lo cual tal vez nos ayude a comprender mejor los problemas inherentes al manejo grupal de los niños inadaptados. Consideremos en primer lugar al niño normal, que vive en un hogar normal, tiene metas y asiste a la escuela con el deseo de aprender, y que es capaz de encontrar su propio ambiente e incluso ayudar a mantenerlo, desarrollarlo o modificarlo. En cambio, el niño inadaptado necesita un medio donde se ponga el acento en el manejo más que en la enseñanza, la cual constituye algo secundario y a veces especializado, que se asemeja más a la enseñanza diferencial que a la instrucción en asignaturas escolares. En otras palabras, en el caso del niño inadaptado, "escuela" tiene el significado de "albergue"; y por tal motivo los que se ocupan del manejo de niños antisociales no son maestros que caprichosamente añaden un pequeño toque de comprensión humana, sino psicoterapeutas de grupo que aprovechan la ocasión para enseñar algo. Por lo tanto, los conocimientos sobre la formación de grupos son de gran importancia para su trabajo.

Los grupos y la psicología de los grupos constituyen un tema muy amplio, del que he seleccionado una tesis central: la base de la psicología grupal es la psicología individual, y en particular la de la integración personal del individuo. Por ende, comenzaré con una breve descripción de la tarea que significa la integración individual.

El desarrollo emocional individual

La psicología surgió de un tremendo caos a partir de la idea, ahora aceptada, de que existe un proceso ininterrumpido de desarrollo emocional, el cual se inicia antes del nacimiento y se mantiene durante toda la vida, hasta que llega la muerte como consecuencia de la vejez. Esta teoría constituye la base de todas las escuelas de psicología y brinda un principio que resulta aceptable para todas ellas. Tal vez existan violentas discrepancias con respecto a uno u otro punto, pero esta simple idea de continuidad en el crecimiento emocional sirve para mancomunarnos a todos. Partiendo de esta base, podemos estudiar la forma que adopta el proceso y las diversas etapas en

las que existe peligro, sea que éste tenga un origen interno (los instintos) o externo (las fallas ambientales).

Todos aceptamos la afirmación general de que cuanto más nos internamos en la exploración de este proceso individual, más importancia asume el factor ambiental. Esto implica aceptar el principio de que el niño pasa de la dependencia a la independencia. En condiciones normales, esperamos que el individuo llegue gradualmente a identificarse con grupos cada vez más amplios, sin perder su propia identidad ni su espontaneidad individual. Si el grupo es demasiado grande, el individuo quedará aislado; y si es demasiado restringido, perderá su sensación de pertenecer a una comunidad.

Nos esforzamos enormemente por ofrecer ampliaciones graduales del significado de la palabra grupo cuando tratamos de crear clubes y otras organizaciones adecuadas para los adolescentes, y juzgamos los resultados en la medida en que cada niño llega a identificarse sucesivamente con los diversos grupos sin experimentar una pérdida excesiva de su individualidad. Organizamos asociaciones de niños exploradores y guías para los preadolescentes, con sus correspondientes divisiones infantiles para niños de 8 a 11 años, o sea aquellos que están atravesando el período de latencia. La escuela primaria constituye una ampliación y una prolongación del hogar. Cuando se trata de proporcionar una escuela al niño de menos de dos años, vemos que aquélla está integrada con el hogar y que no atribuye demasiada importancia a la instrucción, porque lo que un niño necesita a esa edad son oportunidades organizadas para el juego y condiciones controladas para iniciarse en la vida social. Aceptamos que para el niño de esa edad el verdadero grupo es su hogar y, en lo que respecta al bebé, sabemos que una interrupción en la continuidad del manejo familiar resulta desastrosa. Si examinamos las etapas iniciales de este proceso, vemos que el bebé depende enormemente del cuidado de la madre, de su presencia permanente y de su supervivencia. La madre debe hacer una adaptación suficientemente buena a las necesidades del niño, pues de lo contrario éste inevitablemente desarrollará defensas que distorsionarán el proceso; por ejemplo, la criatura deberá asumir las funciones del medio si éste no resulta confiable, de modo que existe un self verdadero que está oculto, y no vemos más que un falso self dedicado a la doble tarea de ocultar al auténtico y someterse a las exigencias que el mundo le plantea permanentemente.

En un período más temprano, el bebé está en brazos de la madre y sólo comprende el amor que se expresa en términos físicos, es decir, a través de ese sostén humano y vital. Aquí encontramos la dependencia absoluta, y en esta etapa tan temprana no existen defensas contra las fallas ambientales, salvo la suspensión del proceso del desarrollo y la psicosis infantil.

Consideremos ahora lo que ocurre cuando el medio tiene una actitud adecuada, que siempre responde a las necesidades concretas de ese momento. El psicoanálisis se ocupa fundamentalmente (y así debe hacerlo) de la satisfacción de las necesidades instintivas (el yo y el ello), pero en este contexto nos interesa más la provisión ambiental que posibilita todo lo demás, esto es, en este momento nos interesa concretamente la madre que sostiene al bebé y no la madre que alimenta al bebé. ¿Qué es lo que se manifiesta en el proceso del crecimiento emocional individual cuando este sostén y el manejo general son suficientemente buenos?

De todo lo que observamos, lo que nos interesa fundamentalmente aquí es esa parte del proceso que llamamos integración. Antes de la integración, el individuo no está organizado, es un mero conjunto de fenómenos sensoriomotores, a los que el ambiente otorga cierta cohesión. Después de la integración, el individuo Es o sea, el bebé se ha convertido en una unidad, puede decir Yo soy (si pudiera hablar). Ahora el individuo tiene una membrana que lo delimita, de modo que repudia todo lo que no es él mismo, y lo vuelve externo a él; tiene ahora un "adentro" en el que pueden acumularse recuerdos de experiencias y construirse la estructura infinitamente compleja inherente al ser humano.

No importa que este desarrollo se realice de golpe o gradualmente a lo largo de un prolongado período; lo cierto es que existe un antes y un después, y que, de por sí, esto hace que el proceso se convierta en un hecho trascendental.

No cabe duda de que las experiencias instintivas contribuyen en gran medida al proceso de integración, pero también es fundamental que exista ese medio suficientemente bueno, alguien que sostenga al niño y se adapte a sus necesidades cambiantes. Esa persona sólo puede estar movida por el tipo de amor que conviene a esta etapa, un amor que entraña poder identificarse con el bebé y sentir que vale la pena adaptarse a sus necesidades. Decimos que la madre se consagra a su hijo, temporaria pero auténticamente; y ella está dispuesta a hacerlo con todo gusto, hasta tanto su bebé deje de necesitarla.

Sugiero que ese momento en que el niño puede decir Yo soy es un momento muy doloroso; el nuevo individuo se siente infinitamente expuesto. Sólo puede soportar, o más bien arriesgar, ese Yo soy si se siente rodeado por los brazos de alguien.

Quisiera agregar que en ese momento es conveniente que la psique y el cuerpo ocupen los mismos lugares en el espacio, de modo que la membrana que lo delimita no sea tan sólo un límite para la psique en un sentido metafórico, sino también la piel de su cuerpo. "Expuesto" equivale entonces a "desnudo".

Antes de la integración hay un estado en que el individuo sólo existe para quienes lo observan. Para el niño, el mundo exterior no está diferenciado, ni hay tampoco un mundo personal o interno ni una realidad interna. Después de la integración el bebé comienza a tener un self. Antes de la integración, lo único que puede hacer la madre es prepararse para el momento en que el bebé la repudie; después de ella, puede ofrecerle apoyo, calor, cuidado amoroso y ropas (y pronto comenzará a satisfacer los instintos del bebé).

También en este período previo a la integración existe un área entre la madre y el niño que es madre y niño a la vez. Si no se presentan inconvenientes serios, esta zona se divide poco a poco en dos: la parte que el niño a la larga repudia y la que en un determinado momento reclama. Pero es inevitable que subsistan vestigios de esta área intermedia, cosa que observamos más tarde en la primera posesión a la que el niño se aferra afectivamente, y que tal vez sea un trozo de frazada, una servilleta, un pañuelo de la madre, etc. A los objetos de este tipo los he denominado "objetos tradicionales", y lo importante aquí es que dichos objetos son, simultáneamente, una creación del niño y una parte de la realidad externa. Por tal razón, los padres los respetan aun más que a los ositos, las muñecas y los juguetes que aparecen poco después. El niño que pierde ese objeto transicional pierde al mismo tiempo la boca y el pecho, las manos y la piel de la madre, la creatividad y la percepción objetiva. Este objeto es uno de los puentes que ponen en contacto a la psique individual con la realidad externa.

Del mismo modo, resulta inconcebible que, antes de la integración, el bebé pudiera existir siquiera sin, un quehacer materno suficientemente bueno. Sólo después de la integración podemos afirmar que, si la madre falla, el niño muere de frío, o decae cada vez más, o estalla como una bomba de hidrógeno y destruye al self y al mundo a un mismo tiempo.

El niño recién integrado está, entonces, en el primer grupo. Antes de esta etapa sólo existe una formación primitiva pregrupal, en la que los elementos no integrados se mantienen unidos gracias a un medio del que aún no se han diferenciado, y que es la madre que sostiene al niño.

Un grupo constituye un logro del Yo soy, y constituye una hazaña peligrosa para el bebé. En las etapas iniciales necesita protección, a fin de que el mundo externo repudiado no tome represalias

contra el nuevo fenómeno y lo ataque desde todos los sectores y en todas las formas concebibles.

Si continuáramos este estudio de la evolución del individuo, comprobaríamos de qué manera el crecimiento personal cada vez más complejo complica el cuadro del crecimiento grupal; pero, por el momento, sigamos examinando las consecuencias de nuestro supuesto básico.

La formación de grupos

Hemos llegado a la etapa de una unidad humana integrada y, al mismo tiempo, la de alguien que podríamos llamar la madre que proporciona protección, y que conoce muy bien el estado paranoide inherente a esa nueva integración. Confío en que lo que quiero decir resultará claro si utilizo los términos "unidad individual" y "protección materna".

Los grupos pueden originarse en cualquiera de los dos extremos implícitos en estos términos:

- i) Unidades superpuestas.
- ii) Protección.

i) La base de la formación grupal madura es la multiplicación de unidades individuales. Diez personas, todas ellas bien integradas, superponen sus diez integraciones y, en cierta medida, comparten una membrana demarcatoria. Dicha membrana representa ahora la piel de cada miembro individual. La organización que cada individuo aporta en términos de integración personal tiende a mantener desde adentro la entidad grupal, lo cual significa que el grupo se beneficia con la experiencia personal de los individuos, cada uno de los cuales ha sido cuidado durante el momento de la integración y protegido hasta alcanzar la capacidad de protegerse a sí mismo.

La integración del grupo implica al comienzo cierta amenaza de persecución, por lo cual cierto tipo de persecución puede producir en forma artificial la formación de un grupo, pero no de naturaleza estable.

ii) En el otro extremo, un conjunto de personas relativamente no integradas puede recibir protección, y ello da lugar a que se forme un grupo. Aquí el funcionamiento grupal no nace de la acción de los individuos sino de la protección. Los individuos pasan por tres etapas:

a) Se alegran de recibir protección y adquieren confianza. b) Comienzan a explotar la situación, se vuelven dependientes y hacen una regresión a la etapa de no integración. c) Cada uno de ellos por su cuenta comienza a alcanzar cierta integración, y en esas circunstancias utiliza la protección que le ofrece el grupo y que necesita debido a sus temores de persecución. Los mecanismos de protección se ven sometidos a un tremendo esfuerzo. Algunos de estos individuos alcanzan la integración personal y están así en condiciones de pasar al otro tipo de grupo, en el que los individuos mismos instrumentan el funcionamiento grupal. Otros no pueden curarse con la terapia de protección únicamente, y siguen necesitando ser manejados por una institución pero sin identificarse con ella.

Al examinar un grupo es posible determinar cuál de los extremos predomina. La palabra "democracia" se utiliza para describir el agrupamiento más maduro, y la democracia sólo puede aplicarse a un conjunto de personas adultas en el que la gran mayoría ha alcanzado integración personal, además de ser maduras en otros sentidos.

Los grupos adolescentes pueden alcanzar cierto grado de democracia bajo supervisión, pero es un

error esperar que la democracia madure entre los adolescentes, aun cuando cada uno de ellos sea maduro. En el caso de niños sanos, la protección debe ser manifiesta, al tiempo que se proporciona a los individuos todas las oportunidades necesarias para que contribuyan a la cohesión grupal mediante el empleo de las mismas fuerzas que promueven la cohesión en las estructuras yóicas individuales. El grupo limitado favorece la contribución individual.

El funcionamiento grupal con el niño inadaptado

El estudio de las formaciones grupales constituidas por adultos, adolescentes o niños sanos ayuda a comprender el problema del manejo grupal con niños enfermos, entendiéndose por ello inadaptados.

Esta desagradable palabra, inadaptación, significa que, en algún momento del pasado, el medio no logró adaptarse adecuadamente al niño, por lo cual éste se vio obligado a hacerse cargo de la protección y a perder así identidad personal, o bien debió obligar a alguien a hacerse cargo de esa protección, a fin de contar con una nueva oportunidad para alcanzar integración personal.

El niño antisocial tiene dos alternativas: aniquilar su verdadero self o convulsionar a la sociedad hasta que ésta le proporcione protección. En el segundo caso, si encuentra protección el verdadero self puede aflorar nuevamente, y es mejor vivir en una prisión que aniquilarse en un sometimiento carente de sentido.

En términos de los dos extremos descritos, resulta evidente que ningún grupo de niños inadaptados se mantendrá unido merced a la integración personal de sus miembros. Ello se debe en parte a que el grupo está compuesto por adolescentes o niños, que son seres humanos inmaduros, pero sobre todo a que tales niños, en mayor o menor medida, no están integrados. Por lo tanto, cada uno de ellos experimenta una necesidad de protección anormalmente intensa porque está enfermo - precisamente por esa causa- esto es, por alguna falla en este aspecto del proceso de integración que tuvo lugar en algún momento del pasado.

¿Qué podemos hacer, entonces, para asegurarnos de que lo que les brindamos a estos niños se adapta a sus necesidades cambiantes a medida que avanzan hacia la salud? Existen dos métodos posibles:

i) Según el primero, un albergue aloja al mismo grupo de niños y es responsable de ellos; les proporciona lo que necesitan en las diversas etapas de su desarrollo. Al comienzo, el personal les brinda protección y el grupo es un grupo de protección. En él, los niños (después de un período de "luna de miel") empiezan a empeorar y, con suerte, llegan al nivel más bajo de la no integración. Por fortuna, éste es un proceso lento en el que los niños se usan recíprocamente, de modo que por lo común siempre hay un niño que está peor que los otros en un momento dado. (¡Qué tentador resultaría poder ir librándose cada vez de ese niño en particular, con lo cual se fallaría siempre en el momento crítico!)

Gradualmente, y uno tras otro, los niños comienzan a alcanzar la integración personal y, en el curso de cinco a diez años siguen siendo los mismos, pero se han convertido en una nueva clase de grupo. Se puede entonces comenzar a abandonar la técnica de protección, y el grupo empieza a integrarse en virtud de las fuerzas tendientes a la integración que existen en cada individuo.

El personal está siempre preparado para restablecer la protección, como sucede cuando, por ejemplo, un niño roba en su primer empleo, o de alguna otra manera manifiesta síntomas del temor inherente al logro tardío del Yo soy o del estado de independencia relativa.

ii) Utilizando el otro método, un grupo de albergues trabaja en forma conjunta. Cada uno de ellos es clasificado) conforme a la naturaleza de la tarea que realiza, y conserva ;u tipo. Por ejemplo:

El albergue de tipo A proporciona un 100% de protección.

El albergue de tipo B proporciona un 90% de protección.

El albergue de tipo C proporciona un 65% de protección.

El albergue de tipo D proporciona un 50% de protección.

El albergue de tipo E proporciona un 40% de protección.

Los niños conocen los diversos albergues que constituyen el grupo a través de visitas intencionalmente planeadas, y se realizan asimismo intercambios de personal. Cuando un niño en un albergue de tipo A alcanza cierto grado de integración personal, pasa al que le sigue en la escala. Así, los niños que evolucionan llegan finalmente a un albergue de tipo E, que está en condiciones de proteger al adolescente que se lanza al mundo.

En tal caso, el grupo de albergues está protegido a su vez por alguna autoridad y por una comisión especial, lo embarazoso del segundo método es que los miembros de los distintos albergues no lograrán comprenderse recíprocamente a menos que se reúnan y se los mantenga plenamente informados en cuanto al método utilizado y su eficacia. El albergue de tipo B que ofrece un 90 por ciento de protección y se encarga de las tareas más desagradables será objeto de cierta desvalorización; en él habrá escapadas y momentos de alarma. El albergue de tipo A estará en mejor situación porque allí no existe la libertad individual; todos los niños parecerán felices y bien alimentados, y los visitantes los seleccionarán como la mejor entre las cinco categorías. Su director se verá obligado a ser dictatorial, y sin duda pensará que los fracasos en los otros albergues obedecen a una falta de disciplina. Pero los niños que viven en el albergue de tipo A ni siquiera han emprendido la marcha; simplemente se están preparando para iniciarla.

En los albergues de tipo B y C, donde los niños están tirados en el suelo, no pueden ponerse en pie, se niegan a comer, se hacen caca en los pantalones, roban toda vez que experimentan un impulso amoroso, torturan a los gatos, matan ratones y los entierran para poder tener un cementerio adonde ir a llorar, debería haber un aviso: no se admiten visitas. Los directores de estos albergues tienen a su cargo la permanente tarea de proteger almas desnudas, y son testigos de tanto sufrimiento como el que puede observarse en los hospitales mentales para adultos. ¡Qué difícil resulta conservar un buen personal en semejantes condiciones!

Resumen

Entre todo lo que podría decirse acerca de los albergues como grupos, he preferido referirme a la relación que existe entre el trabajo grupal y el mayor o menor grado de integración personal de los niños individuales. Creo que se trata de una relación básica: en el caso positivo, los niños traen consigo sus propias fuerzas integradoras; en el negativo, el albergue proporciona protección, que es algo así como proveer de ropa a un niño desnudo y sostener en forma humana y personal a un bebé recién nacido.

Si existen confusiones en cuanto a la clasificación del factor de integración personal, es imposible que un albergue cumpla eficazmente su tarea. Las enfermedades de los niños inadaptados predominan, y los más normales, que podrían contribuir al trabajo grupal, no cuentan con una oportunidad para hacerlo, ya que es necesario proporcionar protección todo el tiempo y en todas

partes.

Creo que esta excesiva simplificación del problema se verá justificada si puedo ofrecer un lenguaje simple para una mejor clasificación de los niños y de los albergues. Quienes trabajan en estos últimos se convierten en blanco permanente de la venganza, ante hechos provocados por innumerables fallas ambientales tempranas en las que no tuvieron la menor intervención. Para que puedan resistir el tremendo esfuerzo que significa tolerar esto e incluso, en algunos casos, corregir las fallas pasadas gracias a su tolerancia, deben al menos saber qué es lo que están haciendo y por qué no siempre tienen éxito.

Clasificación de los casos

Partiendo de la base de que se aceptan las ideas que he propuesto, podemos entonces internarnos gradualmente en la complejidad del problema de los grupos. Concluiré con una clasificación esquemática de los distintos tipos de casos.

a) Los niños que están enfermos en el sentido de que no han logrado integrarse en unidades, por lo cual no pueden aportar nada a un grupo.

b) Los niños que han desarrollado un falso self, cuya función es establecer y mantener contacto con el medio y, al mismo tiempo, proteger y ocultar el verdadero self. En estos casos, hay una integración aparente, que se pierde en cuanto se la acepta como real y se le exige una contribución.

c) Los niños que están enfermos en el sentido de mostrarse retraídos. Aquí se ha alcanzado la integración y la defensa consiste en una reorganización de, las fuerzas benignas y malignas. Estos niños viven en su propio mundo interno, que es artificialmente benigno aunque alarmante debido a la acción de la magia. Para ellos el mundo externo es maligno o persecutorio.

d) Los niños que conservan una integración personal mediante un énfasis exagerado en la integración, y una defensa frente a la amenaza de desintegración que consiste en establecer una personalidad fuerte.

e) Los niños que han contado con un manejo temprano suficientemente bueno y han podido utilizar un mundo intermedio con objetos que asumen importancia porque representan, a un mismo tiempo, objetos valiosos externos e internos. No obstante, han experimentado una interrupción de la continuidad en el manejo al punto de impedir el uso de esos objetos intermedios. Estos niños son las criaturas "complejas depravadas" habituales, cuya conducta desarrolla cualidades antisociales toda vez que vuelven a abrigar esperanzas. Roban y anhelan recibir afecto y pretenden que aceptemos sus mentiras. En el mejor de los casos, hacen una regresión general o localizada, como mojarse en la cama, lo cual representa una regresión momentánea en relación con un sueño. En el peor de los casos, obligan a la sociedad a tolerar sus síntomas de esperanza, aunque no pueden obtener beneficios inmediatos de sus síntomas. No encuentran lo que anhelan a través de los robos pero, eventualmente, y debido a que alguien tolera esos robos, en cierta forma pueden renovar su convencimiento de que tienen derecho de reclamarle algo al mundo. Este grupo incluye toda la gama de la conducta antisocial.

f) Los niños que han tenido un comienzo pasablemente bueno pero sufren los efectos de figuras parentales con quienes sería inadecuado que se identificaran. Aquí encontramos innumerables subgrupos, algunos ejemplos de los cuales son: i) Madre caótica. ii) Madre deprimida. iii) Padre ausente. iv) Madre ansiosa. v) Padre que aparece como una figura severa sin haberse ganado el

derecho a serlo. vi) Progenitores que se pelean, a lo cual se le suma el hacinamiento y el hecho de que el niño duerma en la habitación de los padres, etc.

g) Niños con tendencias maníaco-depresivas, con un elemento hereditario o genético, o sin él.

h) Niños que son normales excepto cuando se encuentran en fases depresivas.

i) Niños con temores de persecución y una tendencia a dejarse avasallar o a avasallar a los demás. En los varones, esto puede constituir la base de actividades homosexuales.

j) Niños que son hipomaníacos, en los que la depresión está latente o bien encubierta por trastornos psicósomáticos.

k) Todos los niños que están suficientemente integrados y socializados como para padecer, cuando enferman, las inhibiciones, compulsiones y organizaciones defensivas contra la angustia y que, en general, se clasifican bajo el término de psiconeurosis.

l) Por último, los niños normales, por los que entendemos aquellos que, frente a anormalidades ambientales o situaciones de peligro, pueden utilizar cualquier mecanismo de defensa, pero que no se ven llevados a utilizar un tipo particular de mecanismo de defensa debido a distorsiones en el desarrollo emocional personal.

Biblioteca D. Winnicott

El concepto de individuo sano

1967

Conferencia pronunciada en la División de Psicoterapia y Psiquiatría Social
de la Real Asociación Médico-Psicológica, 8 de marzo de 1967

Consideraciones preliminares

"Normal" y "sano" son palabras que usamos al hablar de la gente, y es probable que sepamos lo que queremos decir. De vez en cuando puede ser útil que tratemos de explicar lo que queremos decir, a riesgo de decir cosas obvias y de descubrir que no conocemos la respuesta. De cualquier modo, nuestro punto de vista cambia con el paso de las décadas, y una explicación que nos parecía correcta en los años cuarenta puede no convenirnos en los años sesenta.

No me propongo comenzar citando lo que han dicho otros autores que se ocuparon del tema. Permítaseme aclarar sin más preámbulo que la mayor parte de mis conceptos se basan en los de Freud.

Espero no caer en el error de suponer que un individuo puede ser evaluado sin tomar en consideración el lugar que ocupa en la sociedad. La madurez del individuo implica un movimiento hacia la independencia, pero la independencia no existe. No sería saludable que un individuo fuera tan retraído como para sentirse independiente e invulnerable. Si hay alguien con esas características, sin duda es dependiente. Dependiente de una enfermera psiquiátrica o de su familia.

Sin embargo, me ocuparé del concepto de la salud del individuo porque la salud social depende de la salud individual, dado que la sociedad no es sino una multiplicación masiva de personas. La sociedad no puede ir más allá del común denominador de la salud individual, y en realidad ni siquiera puede alcanzarlo, ya que debe soportar la carga de sus miembros enfermos.

Madurez correspondiente a la edad

Desde el punto de vista del desarrollo puede decirse que salud significa una madurez acorde con la que corresponde a la edad del individuo. El desarrollo prematuro del yo o la conciencia prematura de sí no es más saludable que la conciencia tardía. La tendencia a la maduración forma parte de lo

que se hereda. De una manera compleja (que ha sido objeto de muchos estudios), el desarrollo, especialmente al comienzo, depende de una provisión ambiental suficientemente buena. Un ambiente suficientemente bueno es, podría decirse, el que favorece las diversas tendencias individuales heredadas de modo tal que el desarrollo se produce conforme a esas tendencias. Tanto la herencia como el ambiente son factores externos si se los considera desde el punto de vista del desarrollo emocional del individuo, es decir, desde el punto de vista de la psicomorfología. (Más de una vez me he preguntado si con este término podría evitarse el empleo desmañado de la palabra "psicología" seguida de la palabra "dinámica".)

Resulta útil postular que el ambiente suficientemente bueno comienza con un alto grado de adaptación a las necesidades individuales del bebé. Por lo general, la madre puede proveer esa adaptación a causa de que se encuentra en un estado especial, que yo he denominado de preocupación maternal primaria. A ese estado se lo conoce también por otros nombres, pero aquí estoy utilizando mi propio término descriptivo. La adaptación disminuye en consonancia con la creciente necesidad del bebé de experimentar reacciones a la frustración. Una madre sana es capaz de diferir su función de fracasar en adaptarse hasta que el bebé ha adquirido la capacidad de reaccionar con rabia a sus fracasos en lugar de ser traumatizado por ellos. Un trauma representa la ruptura de la continuidad de la línea de la existencia del individuo. Sólo en una continuidad de existir puede el sentido del self, de la propia realidad, el sentido de ser, llegar a establecerse como rasgo de la personalidad individual.

Relaciones entre el bebé y la madre

En el comienzo, cuando el bebé está viviendo en un mundo subjetivo, la salud no puede describirse en relación con el individuo solamente. Más tarde podremos pensar en un niño sano que se encuentra en un ambiente malsano, pero estas palabras no tienen sentido en el comienzo; lo tienen cuando el bebé se ha vuelto capaz de evaluar objetivamente la realidad, de distinguir claramente el yo del no-yo y lo real compartido de los fenómenos de la realidad psíquica personal, y posee en alguna medida un ambiente interno.

A lo que me refiero es al proceso que opera en ambas direcciones y se caracteriza porque el bebé vive en un mundo subjetivo y la madre se adapta para proporcionar a cada bebé una ración básica de la experiencia de omnipotencia. Lo cual implica, en esencia, una relación vital.

El ambiente facilitador

El ambiente facilitador y las progresivas modificaciones con las que se tiende a adaptarlo a las necesidades individuales podrían ser objeto de un capítulo separado dentro del estudio de la salud. En él se examinarían las funciones del padre complementarias de las de la madre, así como la función de la familia y su manera cada vez más compleja (a medida que el niño se va haciendo mayor) de introducir el principio de realidad, al mismo tiempo que fomenta la autonomía del niño. Pero no es mi propósito estudiar aquí la evolución del ambiente.

Zonas erógenas

En el primer medio siglo de Freud, cualquier consideración sobre la salud tenía que hacerse en

función de la etapa de instalación del ello conforme al predominio sucesivo de las zonas erógenas. Esto aún sigue siendo válido. La jerarquía es bien conocida: comienza con la primacía oral, siguen las primacías anal y uretral, luego la etapa fálica o "de la jactancia" (que es tan difícil para las niñas), y por último la fase genital (de tres a cinco años), en la que la fantasía abarca todo lo que corresponde al sexo adulto. Nos sentimos muy satisfechos cuando un niño se ajusta a este esquema de desarrollo.

A continuación, el niño sano presenta las características del período de latencia, en el que las posiciones del ello no avanzan y los impulsos del ello encuentran escaso respaldo en el sistema endocrino. El concepto de salud se asocia aquí a la existencia de un período de educabilidad, y en este período los sexos tienden con bastante naturalidad a segregarse. Estas cuestiones deben mencionarse porque es saludable tener seis años a los seis, y diez a los diez.

Después llega la pubertad, casi siempre anunciada por una fase prepuberal en la que a veces se manifiesta una tendencia homosexual. A los 14 años el niño o la niña, incluso sanos, que no han entrado apaciblemente en la pubertad, pueden verse sumidos en un estado de confusión y duda. La palabra "abatimiento" suele emplearse en estos casos. Pero debe destacarse que estos tropiezos del niño o la niña púber no son signo de enfermedad.

La pubertad llega como un alivio y al mismo tiempo como un fenómeno inmensamente perturbador que sólo ahora estamos comenzando a comprender. En la actualidad los púberes de ambos sexos pueden experimentar la adolescencia como un período de maduración, en compañía de quienes están pasando por el mismo trance; y la difícil tarea de discriminar lo que corresponde a la salud de lo que corresponde a la enfermedad en la adolescencia ha debido enfrentarse esencialmente en el período de posguerra. Los problemas, por supuesto, no son nuevos.

Sólo pedimos que quienes llevan a cabo esa tarea pongan énfasis en la solución de los problemas teóricos más bien que en la de los problemas reales de los adolescentes, los cuales, pese a lo molesta que resulta su sintomatología, son quizá los más capacitados para descubrir el modo de salvarse a sí mismos. El paso del tiempo es importante. El adolescente no debe ser curado como si estuviera enfermo. Creo que ésta es una parte fundamental de la caracterización de la salud. Lo cual no significa negar que pueda haber enfermedad durante la adolescencia.

Algunos adolescentes sufren muchísimo, de modo que sería cruel no ofrecerles ayuda. A los 14 años es común que piensen en el suicidio, y la tarea a su cargo es la de tolerar la interacción de varios fenómenos dispares: su propia inmadurez, los cambios que trae la pubertad, su idea del sentido de la vida, sus ideales y aspiraciones, a lo que se añade la desilusión personal respecto del mundo de los adultos, que para ellos es esencialmente un mundo de componendas, de valores falsos y de desatención de lo que realmente importa. Cuando abandonan esta etapa, los adolescentes de ambos sexos comienzan a sentirse reales, adquieren un sentido del self y un sentido de ser. Esto es salud. Del ser deriva el hacer, pero no puede haber un hago antes de un soy, y éste es el mensaje que nos transmiten.

No es necesario alentar a los adolescentes que experimentan problemas personales y tienden a asumir una actitud de desafío aunque sigan siendo dependientes; ciertamente, no lo necesitan. Recordemos que el período final de la adolescencia es la edad de los estimulantes logros en la aventura, y por lo tanto el paso de un muchacho o una muchacha de la adolescencia a los comienzos de una identificación con la paternidad y con la sociedad responsable es algo que vale la pena observar. Nadie puede pretender que "salud" es sinónimo de "comodidad". Esto es verdad sobre todo en la zona de conflicto entre la sociedad y su sector de adolescentes.

Al avanzar, comenzamos a utilizar un lenguaje distinto. Esta sección se inició en relación con los impulsos del ello y finaliza en relación con la psicología del yo. Es muy útil para el individuo que la

pubertad le aporte una posibilidad de potencia viril, o de su equivalente en el caso de las muchachas, es decir, cuando la genitalidad plena es ya un rasgo, habiendo sido alcanzada en la realidad del juego a la edad que precede al período de latencia. Sin embargo, en la pubertad muchachos y muchachas no caen en el engaño de pensar que los impulsos instintuales son lo único que importa; esencialmente lo que les interesa es ser, ser en algún lugar, sentirse reales y alcanzar cierto grado de constancia objetal. Necesitan ser capaces de dominar sus instintos en lugar de ser destruidos por ellos.

La madurez o la salud en función del acceso a la genitalidad plena asume una forma especial cuando el adolescente se convierte en un adulto que puede llegar a ser padre. Es adecuado que un muchacho que desea ser como su padre sea capaz de tener ensueños heterosexuales y de utilizar plenamente su potencia genital; también lo es que una muchacha que desea ser como su madre sea capaz de tener ensueños heterosexuales y de experimentar el orgasmo genital durante el coito. La piedra de toque es: ¿puede la experiencia sexual ir unida al afecto y al más amplio significado de la palabra "amor"?

La mala salud en estos aspectos es un fastidio, y las inhibiciones pueden obrar de un modo destructivo y cruel. La impotencia puede dañar más que la violación. Sin embargo, una caracterización de la salud basada en las posiciones del ello no se considera hoy satisfactoria. Aunque es más fácil describir el proceso evolutivo a partir de la función del ello que a partir de la compleja evolución del yo, este último método no puede ser omitido. Debemos intentar hacerlo de ese modo.

Cuando no hay madurez en la vida instintual, la consecuencia puede ser la mala salud en el ámbito de la personalidad, el carácter o la conducta. Pero debemos ser cuidadosos y comprender que el sexo puede obrar como una función parcial, de tal modo que, aunque en apariencia esté funcionando bien, es posible constatar que la potencia y su equivalente femenino agotan en vez de enriquecer al individuo. No nos dejemos engañar fácilmente al respecto, puesto que no observamos al individuo ateniéndonos a su conducta ni a los fenómenos superficiales: estamos dispuestos a examinar -la estructura de su personalidad y su relación con la sociedad y los ideales.

Quizás en cierta época los psicoanalistas tendían a relacionar la salud con la ausencia de trastornos psiconeuróticos, pero en la actualidad no es así. Ahora necesitamos criterios más sutiles. Sin embargo, no es preciso desechar lo anterior cuando la relacionamos -como lo hacemos hoy- con la libertad dentro de la personalidad, la capacidad de experimentar confianza y fe, la formalidad y la constancia objetal, la liberación del autoengaño, y también con algo que no tiene que ver con la pobreza sino con la riqueza como cualidad de la realidad psíquica personal.

El individuo y la sociedad

Si damos por supuesto un éxito razonable en materia de capacidad instintual, vemos que la persona relativamente sana tiene que enfrentar nuevas tareas. Por ejemplo, su relación con la sociedad, que es una extensión de la familia. Digamos que el hombre o la mujer sanos son capaces de alcanzar una identificación con la sociedad sin perder demasiado de su impulso individual o personal. Por supuesto que habrá pérdida, en el sentido de que habrá control del impulso personal, pero el caso extremo de una identificación con la sociedad que implique la pérdida total del sentido del self y de la propia importancia no es normal en absoluto.

Si ha quedado en claro que no estamos de acuerdo con la idea de que la salud sea simplemente la ausencia de trastornos psiconeuróticos -es decir, de perturbaciones relacionadas tanto con el avance de las posiciones del ello hacia la genitalidad plena como con la organización de la defensa

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

Lo que tenía de insatisfactorio la caracterización de la salud basada en las posiciones del ello era la ausencia de la psicología del yo. La consideración del yo nos hace retroceder a las etapas pregenitales y preverbales del desarrollo individual, y a la provisión ambiental (es decir, la adaptación específica a las necesidades primitivas propias de la más temprana infancia).

En este punto tiendo a pensar en términos de sostén. El vocablo se refiere al sostén físico de la vida intrauterina, y gradualmente va ampliando su campo de aplicación para designar la totalidad del cuidado adaptativo del bebé, incluida su manipulación. Finalmente, el concepto puede extenderse hasta abarcar la función de la familia, y lleva a la idea de la asistencia individualizada que es la base de la asistencia social. El sostén lo puede proporcionar satisfactoriamente una persona que no tenga el conocimiento intelectual de lo que está sucediendo en el individuo; lo que se necesita es la capacidad de identificarse, de saber qué es lo que siente el bebé.

En un ambiente que lo sostiene suficientemente bien, el bebé puede desarrollarse de acuerdo con las tendencias heredadas. El resultado es una continuidad de existencia que se convierte en un sentido de existir, en un sentido del self, y a su debido tiempo conduce a la autonomía.

El desarrollo en las etapas tempranas

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

Como podrá apreciarse en lo que sigue, tengo en mente tres cosas a la vez. Pienso en el cuidado del bebé. También en la enfermedad esquizoide. Además, estoy buscando un modo de expresar en qué puede consistir la vida para los niños y los adultos saludables. Entre paréntesis, diría que una característica de la salud es que el adulto nunca deja de desarrollarse emocionalmente.

Daré tres ejemplos. En el caso del bebé, la integración es un proceso de complejidad creciente que se desarrolla con su propio ritmo. En el trastorno esquizoide, el fenómeno de la desintegración es un rasgo distintivo, en especial el temor a la desintegración y la organización patológica de defensas con una función de alarma contra la desintegración. (La demencia por lo general no es una regresión, ya que carece del elemento de confianza que es propio de ésta, sino un complejo plan de defensas destinado a impedir que se repita la desintegración.) La integración como proceso similar al que se da en el bebé reaparece en el análisis del paciente fronterizo.

En el adulto, la integración amplía su significado hasta incluir la integridad. Una persona sana puede admitir la desintegración en los períodos de descanso, distensión y ensoñación, así como aceptar el malestar que la acompaña, sobre todo porque la distensión está vinculada con la creatividad, y por lo tanto el impulso creativo surge y resurge a partir del estado de no integración.

La defensa organizada contra la desintegración despoja al individuo de lo que constituye una precondición del impulso creativo, y en consecuencia le impide llevar una vida creativa. (1)

La asociación psicósomática

Una tarea subsidiaria en el desarrollo del bebé es la coexistencia psicósomática (dejando de lado el intelecto por el momento). Gran parte del cuidado físico que se prodiga al bebé -sostén, manipulación, baño, alimentación y demás- apunta a facilitarle la obtención de un psiquesoma que viva y funcione en armonía consigo mismo.

Volviendo a la psiquiatría, una característica de la esquizofrenia es la tenue conexión que existe entre la psique (o como quiera que se la llame) y el cuerpo y sus funciones. La psique puede ausentarse del cuerpo durante largos períodos, y también proyectarse.

En el estado de salud, el empleo del cuerpo y todas las funciones corporales son fuente de placer, especialmente en el caso de los niños y los adolescentes. También aquí hay una relación entre el trastorno esquizoide y la salud. Es triste que personas sanas tengan que vivir en cuerpos deformes, enfermos o gastados, o que pasen hambre o sufran fuertes dolores.

NOTA: Se presenta aquí otra complicación: el intelecto, o sea la parte de la mente que puede escindirse y ser utilizada a un alto costo en términos de una vida saludable. Un buen intelecto es sin duda algo maravilloso, específicamente humano, pero no hay razón para que lo asociemos estrechamente con la idea de salud. El estudio del lugar que ocupa el intelecto en relación con el área que estoy analizando es un tema importante, pero no corresponde tratarlo aquí.

Relaciones objetales

El establecimiento de relaciones con objetos es algo que puede considerarse bajo el mismo ángulo que la coexistencia de la psique y el soma y el vasto tema de la integración. El proceso de maduración impulsa al bebé a relacionarse con objetos, pero sólo lo logrará si el mundo le es presentado de manera adecuada. La madre, poniendo en juego su capacidad de adaptación, presenta el mundo al bebé de tal modo que éste recibe al comienzo una ración de la experiencia de omnipotencia, lo cual constituye una base apropiada para su posterior avenimiento con el principio de realidad. Se da aquí una paradoja, por cuanto en esta fase inicial el bebé crea el objeto, que sin embargo ya estaba allí, pues de lo contrario el bebé no lo hubiera creado. Es una paradoja que se debe aceptar, no resolver.

Ahora apliquemos todo esto al campo de la enfermedad mental y a la salud en la edad adulta. En la enfermedad esquizoide, la formación de relaciones objetales fracasa; el paciente se relaciona con un mundo subjetivo o es incapaz de relacionarse con objetos ajenos al self. Ideas delirantes confirman la omnipotencia. El paciente se muestra retraído, desconectado, confundido, aislado, irreal, sordo, inaccesible, invulnerable y demás.

En la salud, gran parte de la vida tiene que ver con diversas clases de relaciones objetales y con una alternancia entre la formación de relaciones con objetos externos y con objetos internos. Cuando ha alcanzado la plenitud, este proceso concierne a las relaciones interpersonales, pero el residuo de la formación creativa de relaciones no se pierde, y en consecuencia cada aspecto del relacionarse con objetos resulta estimulante.

En este ámbito la salud incluye la idea de una vida excitante y la magia de la intimidad. Todas estas cosas se complementan y contribuyen a que el individuo se sienta real, sienta que es y que las

experiencias realimentan su realidad psíquica personal, enriqueciéndola y confiriéndole posibilidades. Como consecuencia, el mundo interno de la persona sana, aunque relacionado con el mundo externo o real, es personal y posee una vivacidad que le es propia. Las identificaciones introyectivas y proyectivas son incesantes. De ello se deduce que la pérdida y la mala suerte (y también la enfermedad, como ya lo he mencionado) pueden ser más terribles para las personas sanas que para las psicológicamente inmaduras o deformadas. La salud, debemos admitirlo, encierra sus propios riesgos.

Recapitulación

Llegados a este punto en el desarrollo del tema, tenemos que asumir la carga de examinar nuestros términos de referencia. Tenemos que decidir si hemos de limitar nuestro examen del significado de la salud a las personas que son saludables desde el comienzo, o ir más allá e incluir también a aquellas que, portadoras de un germen de mala salud, han sido capaces de salir adelante, en el sentido de alcanzar finalmente un estado de salud al que no les era posible acceder fácil y naturalmente., Creo que debemos incluir esta última categoría. Explicaré brevemente lo que quiero decir.

Dos clases de personas

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

Reconocemos que existen otras que no mantienen la tendencia hacia el desarrollo saludable y cuyas defensas están rígidamente organizadas; esa rigidez garantiza por sí sola que no progresarán. No podemos ampliar el significado de la palabra "salud" de modo que abarque también esa situación.

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

Parece haber una tendencia al desarrollo saludable que subsiste aun en estos casos, y si las personas que he incluido en la segunda categoría se las ingenian para dejarla obrar, aunque lo hagan tardíamente, todavía pueden mejorar. Pueden, entonces, ser incluidas entre las personas sanas.

La huida a la cordura

Debemos recordar que la huida a la cordura no equivale a la salud. La salud es tolerante con la

mala salud; de hecho, le resulta provechoso estar en contacto con la mala salud en todos sus aspectos, especialmente con la enfermedad llamada esquizoide, y también con la dependencia.

A mitad de camino entre los dos extremos constituidos por el primer grupo o grupo afortunado y el segundo grupo o grupo desafortunado (en lo que se refiere a la provisión ambiental temprana) se encuentra una elevada proporción de personas que ocultan exitosamente una relativa necesidad de sufrir un colapso, pero que en realidad no lo sufren a menos que intervenga como factor desencadenante alguna circunstancia del ambiente. Puede tratarse de una nueva versión del trauma, o de que un ser humano digno de confianza haya suscitado esperanzas.

De modo que debemos preguntarnos: ¿a quiénes de entre todas estas personas que se desempeñan satisfactoriamente a pesar de lo que llevan consigo (genes, fallas ambientales tempranas y experiencias desdichadas) incluiremos entre los sanos? Debemos tener en cuenta que de este grupo forman parte muchas personas desagradables que, impulsadas por la angustia, alcanzan logros excepcionales. Tal vez sea difícil convivir con ellas, pero lo cierto es que hacen avanzar al mundo en diversas áreas de la ciencia, el arte, la filosofía, la religión o la política. No me corresponde dar la respuesta, pero debo estar preparado para esta legítima pregunta: ¿qué decir de los genios de este mundo?

Verdadero y falso

En esta difícil categoría en la que el colapso potencial domina la escena hay un caso especial que probablemente no nos causa tanta inquietud. (Pero en los asuntos humanos nada es incuestionablemente definido y ¿quién puede decir dónde termina la salud y dónde comienza la enfermedad?) Me refiero a las personas que, para enfrentar al mundo, inconscientemente han sentido la necesidad de organizar una fachada, un falso self, cuya finalidad es la de proteger al self verdadero. (El self verdadero ha sido traumatizado y nunca debe ser hallado y herido nuevamente.) La sociedad se deja engañar fácilmente por el falso self y debe pagar por ello un precio elevado. Desde nuestro punto de vista el falso self, aunque eficaz como defensa, no es un aspecto de la salud. Responde al concepto kleiniano de defensa maníaca: hay depresión pero ésta se niega a través de un proceso inconsciente, de modo que los síntomas de la depresión son reemplazados por lo opuesto (lo bajo por lo elevado, lo pesado por lo ligero, lo oscuro por lo blanco o lo luminoso, lo muerto por lo vivo, la indiferencia por el entusiasmo y así sucesivamente).

Esto no es salud pero incluye un aspecto saludable en lo que se refiere a los días festivos, y tiene también una vinculación afortunada con la salud, por cuanto para las personas que están envejeciendo y para los ancianos la actividad y vivacidad juveniles son un medio permanente, y sin duda legítimo, de contrarrestar la depresión. En la salud el talante grave se relaciona con las pesadas responsabilidades que llegan con la edad, responsabilidades que habitualmente los jóvenes no conocen.

Debo mencionar asimismo el tema de la depresión, un precio que pagamos por la integración. No me es posible repetir aquí lo que he escrito sobre el valor de la depresión, o más bien sobre la salud que es inherente a la capacidad de deprimirse, dado que el humor depresivo está muy próximo a la capacidad de sentirse responsable, culpable, afligido, y de alegrarse plenamente cuando las cosas marchan bien. La depresión, por terrible que sea, debe respetarse como prueba de integración personal.

En la mala salud hay fuerzas destructoras que, cuando actúan dentro del individuo, fomentan el suicidio, y cuando actúan fuera, provocan ideas delirantes de persecución. No estoy sugiriendo que esos elementos sean parte de la salud. No obstante, en un estudio de la salud es preciso incluir la

seriedad o gravedad -afín con la depresión- propia de los individuos que han madurado, en el sentido de que han logrado la integración. Esos son los individuos en los que podemos encontrar una personalidad rica y llena de posibilidades.

Omisiones

Debo omitir el tema puntual de la tendencia antisocial. Es algo que se relaciona con la privación, es decir, con una época buena que llegó a su fin durante una fase de crecimiento en la que el niño podía advertir los resultados de ese cambio pero no hacerles frente.

No es éste el lugar adecuado para hablar de la agresión. Permítaseme decir, sin embargo, que son los miembros enfermos de la comunidad los que se ven forzados por motivaciones inconscientes a hacer la guerra y a lanzarse al ataque como defensa contra ideas delirantes de persecución, o bien a destruir el mundo, un mundo que, uno por uno y separadamente, los aniquiló en su infancia.

La finalidad de la vida

Por último me referiré a la vida que la persona sana está en condiciones de vivir. ¿Cuál es la finalidad de la vida? No necesito conocer la respuesta, pero podemos convenir en que se relaciona más con el hecho de ser que con el sexo. Como dijo Lorelei, "besarse está muy bien, pero un brazalete de diamantes dura para siempre". (2)

Ser y sentirse real tienen que ver fundamentalmente con la salud, y sólo si podemos dar por sentado el ser estaremos en condiciones de ir más allá, en pos de las cosas más positivas. Sostengo que no se trata sólo de un juicio de valor, que hay un vínculo entre la salud emocional del individuo y el sentirse real. La mayoría da por sentado el hecho de sentirse real, pero, ¿cuál es el precio que deben pagar por ello? ¿En qué medida no están negando una realidad, a saber, que quizá corren el riesgo de sentirse irreales, de sentirse poseídos, de sentir que no son ellos mismos, de sufrir una caída interminable, de estar privados de toda orientación, de estar desligados de su cuerpo, de ser aniquilados, de no ser nada ni estar en ningún lugar? La salud y la negación son incompatibles.

Las tres vidas

Mis últimas palabras serán para referirme a las tres vidas que viven las personas sanas.

1. La vida en el mundo, en la que las relaciones interpersonales son la clave, incluso en lo que se refiere a la utilización del ambiente no humano.
2. La vida de la realidad psíquica personal (o interior, según se la llama a veces). Es aquí donde una persona es más rica que otra, más profunda y más interesante cuando es creativa. Incluye los sueños (o aquello de lo que surge el material de los sueños).

Ambas son conocidas por ustedes, y es sabido que tanto una como la otra pueden utilizarse como defensa: el extravertido necesita encontrar fantasía en la vida, y el introvertido puede volverse independiente, invulnerable, aislado y socialmente inútil. Pero hay otra área de que la salud humana puede disfrutar, que es difícil de clasificar para la teoría psicoanalítica:

3. El área de la experiencia cultural.

La experiencia cultural comienza como un juego y conduce al campo total de la herencia humana, incluyendo las artes, los mitos de la historia, la lenta marcha del pensamiento filosófico y los misterios de la matemática, del manejo de grupos y de la religión.

¿Dónde se localiza esta tercera vida de la experiencia cultural? No en la realidad psíquica personal o interna, ya que no es un sueño sino una parte de la realidad compartida. Tampoco puede asimilársela a las relaciones externas, porque está dominada por sueños. Además, es la más variable de las tres vidas; en algunas personas ansiosas e inquietas casi no está representada, mientras que para otras es el aspecto importante de la existencia humana, del que no hay siquiera vestigios en los animales. Porque a esta área corresponden no sólo el juego y el sentido del humor, sino también toda la cultura acumulada a lo largo de los últimos cinco o diez mil años. En ella puede actuar el buen intelecto. Es, sin excepción, un subproducto de la salud.

En mi intento de establecer dónde está localizada la experiencia cultural, he llegado a esta conclusión provisional: comienza en el espacio potencial entre un niño y su madre cuando la experiencia le ha enseñado al niño a confiar profundamente en la madre, en que ella no dejará de estar a su lado cuando de pronto la necesite.

En esto coincido con Fred Plaut (3), quien afirma que la confianza es la clave para que se establezca esta área de experiencia saludable.

Cultura y separación

De este modo puede demostrarse que la salud tiene relación con el vivir, con la riqueza interior y, aunque de manera diferente, con la capacidad de tener experiencia cultural.

En otras palabras, en la salud no hay separación, porque en el área de espacio-tiempo que existe entre el niño y la madre, el niño (y también el adulto) vive creativamente, recurriendo a los materiales a su alcance, se trate de un pedazo de madera o de un cuarteto de Beethoven.

Esto es un desarrollo del concepto de fenómenos transicionales.

Aunque podrían decirse muchas otras cosas sobre la salud, espero haber transmitido la idea de que, para mí, el ser humano es único. La etología no es suficiente. Los seres humanos tienen instintos y funciones animales, y a veces se asemejan mucho a los animales. Quizá los leones sean más nobles, más ágiles los monos, más airoso las gacelas, más sinuosas las serpientes, más prolíficos los peces y más afortunados los pájaros, ya que pueden volar, pero los seres humanos en sí mismos no son nada desdeñables, y cuando son lo bastante sanos tienen experiencias culturales que superan las de cualquier animal (excepto tal vez las de las ballenas y otras especies afines).

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

Resumen

Lo que espero haber hecho es:

1. Utilizar el concepto de salud como maduración que culmina en ausencia de enfermedad psiconeurótica.
2. Vincular la salud con la madurez.
3. Subrayar la importancia de los procesos de maduración que conciernen al yo frente a los que tienen que ver con las posiciones del ello en la jerarquía de las zonas erógenas.
4. Vincular esos procesos del yo con el cuidado del bebé, la enfermedad esquizoide y la salud del adulto, empleando al pasar los conceptos de a) integración, b) asociación psicósomática, y c) relación objetal como ejemplos de lo que prevalece en la escena global.
5. Destacar que debemos decidir en qué medida incluir, y si corresponde o no incluir, a quienes alcanzan la salud a pesar de sus desventajas.
6. Nombrar las tres áreas en que viven los seres humanos y señalar que es por razones de salud que algunas vidas son valiosas y eficaces, que algunas personalidades son ricas y creativas, y que para algunos la experiencia en el ámbito cultural es el mayor beneficio adicional que la salud les procura.
7. Por último, indicar que no sólo la salud de la sociedad depende de la salud de sus miembros, sino también que sus normas reproducen las de sus miembros. De este modo la democracia (en una de sus acepciones) es señal de salud porque deriva naturalmente de la familia, que es en sí misma obra de individuos sanos.

P S I K O L I B R O

(1) Algunos piensan, como lo expresa Balint en su trabajo sobre Khan (incluido en *Problems of Human Pleasure and Behaviour*, 1952), que gran parte del placer que procura el arte en sus diversas formas obedece a que la creación del artista permite al oyente o al espectador aproximarse a la no integración sin correr riesgos. Por lo tanto, cuando el logro del artista es potencialmente grande, el fracaso en un punto cercano al logro puede causar gran sufrimiento al público porque lo conduce muy cerca de la desintegración o del recuerdo de la desintegración y lo deja allí. De este modo, la apreciación del arte mantiene a la gente en el filo de la navaja, ya que el logro está muy cerca del fracaso penoso. Esta experiencia debe considerarse parte de la salud.

(2) Anita Loos, *Gentlemen Prefer Blondes*, Nueva York, Brentano.

(3) F. Plaut, "Reflections About Not Being Able to Imagine", *Journal of Analytical Psychology*, vol. II, 1966.

Biblioteca D. Winnicott

Introducción primaria a la realidad externa: las primeras etapas

- 1948 -

Parece que el estudio del desarrollo del ser humano ya comenzó y poco a poco, espero, llegamos a etapas cada vez más lejanas en nuestro estudio del desarrollo del niño. Tal vez ustedes tengan la idea de que un ser humano comienza muy precozmente y su desarrollo constituye una sola línea sin lagunas. Cualquier laguna implica mala salud, y la salud significa en realidad que las cosas han seguido su propio ritmo y se han completado en el momento oportuno, en la medida en que razonablemente puede preverse que lo hagan.

Estaba pensando en cómo ilustrar el motivo por el cual no hablaré de la teoría psicoanalítica del desarrollo. En parte se debe a que muchas cosas son bien conocidas y pueden leer acerca de ellas, y en parte a que no gravitan en el trabajo actual de ustedes. Es un poco más difícil hablar sobre la psicología normal, y estaba pensando en una ilustración.

Tomemos el hecho de que a ciertas personas les preocupa la idea de ser golpeadas. Esto sucede mucho en su vida, y hay niños cuya preocupación por estas ideas se mezcla con la masturbación. Tenemos que ser capaces de hablar de estas cosas a fin de hablar de los castigos. Una mujer, molesta por estas particulares cuestiones, vino a la postre a psicoanálisis; era una persona enferma y quería hacer algo al respecto. Con paciencia, a lo largo del tiempo, se trabaja fuerte. En el curso del tratamiento resultó que en esas fantasías la paciente había guardado algo de la infancia que no pudo integrar a su personalidad: la parte agresiva de la relación con su madre, con el pecho y el cuerpo de la madre en los comienzos. Estas fantasías excitantes y muy agresivas vienen y destruyen la serena relación con el cuerpo de la madre. Para aclararlo un poco más, al revivir estas cosas en el marco especial del psicoanálisis la paciente descubrió que no podía tolerar, en su infancia, el ataque directo a algo tan hermoso y que sentía parte de sí misma, el cuerpo con el que estaba en contacto; y perdió casi todo, pero retuvo algo, porque cuando se frustraba sentía todo el odio y la destructividad hacia lo que la frustraba (botones, ataduras y demoras). Así que se separaron dos cosas, por un lado lo amante y complaciente, y por el otro el tomar lo que era dado. Esto a la larga se convirtió en una excitación derivada de los golpes, etcétera, come cuando el bebé es libre y encuentra el cuerpo de la madre, y su tensión instintiva lo lleva súbitamente a ser invadido por un deseo avasallador de intentar algo cruel.

Es una situación difícil, inherente al desarrollo de todo niño y a la cual éste debe avenirse con ayuda de la madre y de las experiencias amorosas que ésta tiene con el bebé. La vida de una persona puede quedar perturbada por años y años a raíz de las dificultades que se inician en estos primeros tiempos. De ahí que yo haya otorgado especial importancia al desarrollo de la capacidad de consideración por el

otro, y a los grandes problemas que plantea vinculados al desarrollo en el niño de su sentimiento de culpa, que es un gran paso adelante.

Pasamos ahora a algunas de las primeras etapas. Ya he dicho que no es la comprensión psicoanalítica lo que necesitan al atender a los niños en la escuela y ayudarlos a proseguir en ese proceso de hacer frente a sus sentimientos de culpa. En ese caso ustedes intervienen no tanto por medio de la comprensión intelectual de su problema, sino como una persona importante en su vida. El niño tiene distintos tipos de sentimientos, y ustedes están ahí, continúan existiendo y le dan la oportunidad de sentirse complacido o apenado y, si lo desea, de reparar los daños que él cree haber causado. Las palabras "ustedes continúan existiendo a lo largo de un cierto período de la vida del niño" tienen más contenido de lo que parece. No es preciso que conozcan todo lo que le pasa al niño. Saben que le pasan muchas cosas y que si ustedes continúan existiendo, las superará. No se trata sólo de seguir viviendo: el niño llega a conocerlos y a darles cabida como seres humanos. Los lunes por la mañana no estarán de muy buen humor, pero de todos modos los viernes por la noche todo irá bien.

En todo esto hay algo implícito, y es que lo que empieza en la infancia no termina ahí. En cada niño perdura, consolidando posiciones que siempre pueden volver a perderse y volver a recobrase. Así que, si algo se puede decir de la infancia, es que continúa todo el tiempo. Si demostramos por qué es importante que un bebé disfrute de su baño, también estaremos demostrando por qué es importante que los niños se bañen en el mar y por qué es importante más adelante ofrecerles un baño y dejarlos que naden y se zambullan y tengan jabón a mano, etcétera. No es algo nuevo sino algo que se articula con la importancia del baño en los comienzos. Y si advertimos la importancia que tiene para el bebé que lo vean desnudo, también advertiremos lo importante que es para los niños mayores. Muy a menudo, la gente necesita del médico para que la vea. Una vez me horroricé cuando un psicólogo me comentó por qué se había dedicado a la psicología; me dijo: "No soporto ver el cuerpo de los niños". Una de mis dificultades como pediatra, al ocuparme de la orientación psicológica, es que me gusta ver los cuerpos de los niños, y siendo psiquiatra dejaría de verlos; tendría que enviar a los niños a algún amigo para que los examinara. Pero, por otro lado, no me gusta examinar solamente su cuerpo sin tener nada que ver con sus ideas y sentimientos. Por eso lo que prefiero es tener al chico delante y examinarlo entero. Ésta es una ventaja.

En el caso de algunos niños, se vuelve realmente importante que una persona vea su cuerpo y su psicología como una misma cosa. Es muy gracioso que a veces, en nuestra labor como psiquiatras, queremos que a un adulto lo examine un médico, y tal vez no es examinado como corresponde y vuelve a nosotros. Recuerdo el caso de un hipocondríaco que siempre volvía a mí porque de acuerdo con el informe de los médicos no le encontraban nada malo. Todo estaba perfecto, pero no conseguía un médico que lo hiciera desnudarse como persona entera, incluidos sus genitales. Y como éstos no habían sido revisados, él estaba convencido de que todo el problema residía ahí. Como alguien me dijo una vez: "¡Al menos los osteópatas te hacen desvestir!". Para la gente es importante que la vean.

En rigor, todo esto no es más que una disculpa, por estar hablándoles de las necesidades del bebé y de la temprana infancia a personas que se ocupan de niños. Ahora bien, para ciertos aspectos más primitivos del desarrollo humano, son más las cosas que se dan por sentadas; por ejemplo, que ustedes, los maestros, llegan a tiempo o siempre se demoran tres minutos, y no enseñan nada en la oscuridad. Si se largaran a enseñar a los niños en la oscuridad, ellos no sabrían dónde están ustedes y todo se confundiría con sus propias alucinaciones. Ustedes no podrían presentarles la realidad en la oscuridad, sería muy complicado. Si ellos fuesen ciegos, tal vez tuvieran alguna técnica especial para hacer frente a la oscuridad. Si quieren, podemos considerar todo lo que hacen y cuán importante es todo lo que hacen, al hablar de las etapas más tempranas del desarrollo del bebé.

Simplifiquemos la cuestión del desarrollo primitivo y digamos que hay tres cosas que pueden diferenciarse. Una es establecer contacto con la realidad. La otra es sentir que uno vive en su cuerpo. Y la tercera es la integración de la personalidad. Estas tres cosas se superponen, pero nos dan indicios a los

que aferrarnos. Tomemos la integración de la personalidad. Ya les he contado de la etapa en la que el niño hace un círculo y dice "ésta es una persona" y "mi mamá es otra persona, una persona parecida". Puede comenzar a conocer el mundo interno y el mundo externo, y que en el borde de ambos hay algo que es él. Esta línea demarcatoria entre lo interno y lo externo puede ser muy débil y apenas discernible; y podría afirmarse que al comienzo hay toda clase de cosas diferentes, lo que Llover llama "núcleos del yo"⁽¹⁾: toda una serie de cosas con respecto a las cuales el niño puede usar el "yo" y que son sólo un pequeño fragmento del "yo", como un dedo del pie que él se ve, un dedo de la mano que mueve, sus ganas de comer o el calor que emana de una bolsa de agua caliente. Esto incluye todo lo que hace intrusión en el niño y de lo cual éste es consciente, y que al principio no está separado externamente del self sino que sólo se separa de forma muy gradual. Todos estos trozos y fragmentos pasan a constituir un ser humano. ¡Qué importante es en esa etapa que la madre tenga al niño en su mente como persona íntegra, ya que él no es capaz de soportarse dividido en pedazos! Sin duda alguna, cuando los bebés tienen mucha hambre, están en medio de un ataque de hambre, se aglomeran y fluyen en algo que se parece a una totalidad. O si están muy enojados, las cosas se aglomeran en torno de ese enojo y por cierto que los fragmentos se reúnen.

En los momentos de calma no hay línea demarcatoria entre lo interno y lo externo sino sólo montones de cosas separadas, el cielo que se ve detrás de los árboles, algo relacionado con los ojos de la madre, todo entrando y saliendo, deambulando. No hay necesidad alguna de integración.

Es sumamente útil retener lo siguiente: sin eso, algo perdemos. Tiene que ver con estar en calma, descansado, relajado y sintiéndose uno con la gente y las cosas, cuando no existe excitación alrededor.

Para que el mundo fluya entrando y saliendo sin un tomar hambriento o un dar enojado, los bebés precisan un manejo satisfactorio en los comienzos, en cuyo caso son capaces de manejarse bien con eso así como con las experiencias más excitantes. Pero hay niños que no lo manejaron, como la paciente a la que me referí. El ataque agresivo se mantuvo separado y se desarrolló hasta convertirse en una fantasía organizada de ser golpeada. Por otro lado, los que tuvieron una vida maravillosa, edificada sobre la base de la calma, pueden identificarse tranquilamente con la naturaleza y las personas.

La integración de la personalidad se transforma en un logro a través de dos cosas. Una es la época de sentimientos aguzados, de una u otra índole, que hacen que el bebé se aglomere y se vuelva una persona, hambrienta o enojada. La otra es el manejo del niño. Trato de imaginármelo como lo que hace la madre cuando alza a su bebé. No lo levanta de uno de los dedos del pie. Primero hace algún ruido para darle tiempo, luego lo rodea con los brazos y de algún modo lo aglomera. No presupone que es un acróbata. Le muestra que ella sabe qué es lo que está pasando.

Saltemos a una paciente que durante toda su niñez tuvo gran dificultad para establecer su identidad.

Tenía que esconder su identidad a un padre de mente poderosa. Hizo un dibujo del padre cuando éste repentinamente la llamó. Dibujó a una nenita muy mansa, que parecía muy buena, y ahí no había absolutamente nada más que pequeños fragmentos de ella que corrían tratando de llegar a tiempo, fragmentos del perro en el que ella había depositado la mayor parte de sí misma, todos corriendo para tratar de agarrarse antes de que ella llegase hasta el padre, pero nunca podían, y ella permanecía como un trozo de carne inoperante. De todos modos, se colocó a sí misma en pequeñas cajas, detrás de otras cosas. (A veces era la paciente metida en una caja sobre un árbol.)

Esto es para ilustrar que no sólo al comienzo estamos tratando con cosas, sino que decimos que cuando uno convoca a un niño, a dos niños, a la clase, uno está ahí, pero al otro hay que tomarlo como al bebé diseminado por todas partes a quien uno debe recoger en sí mismo, estar ahí, y estar en el momento oportuno. Uno no puede saber con certeza si uno es mejor que el otro. Son dos tipos diferentes.

Cuando se trata con niños, es parecido a manejar a un bebé. Cuando uno se pone a recoger a un niño de

seis años, tal vez el niño se haya especializado en ser parte de la naturaleza... un poeta. Para él la vida es un intercambio con el mundo. No puede acudir de inmediato cuando uno lo llama, permanecerá confundido a menos que uno realmente lo haga integrarse, y entonces de repente será un conglomerado. Hay, entonces, dos cosas que hacen que un niño se aglomere: una es la experiencia instintiva, y la otra, nuestro manejo del niño. Al dar a un niño algo con lo cual pueda ordenarse desde dentro, se le da toda clase de satisfacciones. Se les vuelve interesante lo que uno les enseña, y además uno los maneja de modo tal que haya alguna relación entre el aula y sus cuerpos.

Creo que aquí puede traerse a colación la arquitectura. Un día me ayudó un arquitecto. Le pregunté: "¿Por qué será que la vieja calle Regent me gustaba, aunque no me daba cuenta, y en la nueva me siento muy diferente?". Me contestó: "En la antigua calle Regent, dondequiera que uno mirara, las proporciones eran similares a las del ser humano; por lo tanto la gente sentía que los edificios eran una extensión de ella misma. En cambio, los edificios actuales no guardan relación alguna con el ser humano salvo por azar, así que las personas se sienten como robots. Tienen que encontrar otras maneras de entrar en contacto".

[Aquí se produjo una intervención de uno de los oyentes, de la que no tenemos registro grabado. Se formuló una pregunta sobre el edificio en que se daba esta charla, el cual formaba parte de la Casa del Senado de la Universidad de Londres.]

Todo el mundo tiene derecho a opinar sobre el edificio donde nos encontramos. Tal vez a ciertas personas el edificio en que estamos les resulte muy querido y no me gustaría herir sus sentimientos, pero en el caso de los niños es distinto. ¿Sabían que hace un tiempo la doctora Susan Issacs tuvo aquí una escuela nursery? No sé qué pensarían los niños sobre las proporciones, pero no me parece que un edificio tan enorme como éste sea para traer niños. Con la temperatura, la ventilación, etcétera, uno trata a niños y crea las condiciones con las que ellos pueden identificarse como seres humanos. Pienso que muchos edificios de gran tamaño no guardan proporción con la gente; tienden a convertirse en un lugar con innumerables fragmentos, y cada persona no es sino uno de esos fragmentos.

Este tema se parece al del niño que siente que vive en su cuerpo porque hay dos cosas: las experiencias del niño (patear, correr, comer, conocerse) que involucran a todo su cuerpo como lugar en el que vive, y luego el trato externo. No den por sentado que las personas viven fácilmente en sus cuerpos. Si alguien está muy cansado, no sería difícil que en lugar de estar donde está, se ausente de su cuerpo y no sepa, por ende, dónde empieza y dónde termina; como lo que conté antes de Lawrence de Arabia, quien después de estar cinco días encima de un camello dijo que se encontraba unos cuatro metros más arriba, montado en la oreja derecha del animal. Luego está la complicación de que todos hemos tenido diferencias en nuestro interior.

Tomemos el ejemplo del hombre que perdió una pierna. Cuando no estaba cansado, no pasaba nada, pero si estaba cansado le volvían todos los recuerdos de su pierna. Así también todos somos muy diferentes, tenemos toda clase de diferencias internas, y si alguien revive intensamente una experiencia infantil, siente el cuerpo pesado y no sabe qué hacer con él. En esta foto pueden ver a la niña que dejó su cuerpo y no volvió a él durante tres días. Nunca había tenido un buen contacto con la realidad. Tenía un buen cerebro pero no lo utilizaba. La cabeza se le cayó y a la larga ella se fue. Era la más flácida de las criaturas, excepto donde vivía, que era en sus párpados y mandíbulas. Se la alimentaba por la nariz. Tenía los párpados siempre cerrados pero era posible observar que de vez en cuando los abría lo suficiente como para averiguar qué pasaba. En la actualidad ya camina, anda por todos lados, habla y hasta se ríe de los chistes. Éste es un caso extremo de lo que suele encontrarse en niños normales. Un niño tiene un ataque de hígado y se pone como muerto, flácido y ausente. Uno lo acuesta y... ¡es aterrador!: no bien lo hace, él se recobra en seguida y se pone a jugar con su patineta. Por lo que sabemos, no hay que alarmarse sino más bien ser capaz de dar cabida a estas cosas.

(1) Se refiere al artículo de Edward Glover, "The Birth of the Ego. A Psychoanalytic Approach to the Classification of Mental Disorder", Journal of Mental Science, octubre de 1932; reimpresso en On the Early Development of the Mind, Londres, Imago Publishing Co. (luego Allen & Unwin), 1956.

Biblioteca D. Winnicott

Aprendizaje infantil

(Trabajo leído en un congreso sobre predicación del Evangelio en la familia, auspiciado por el Instituto Educativo de Cooperación Cristiana, en el Kingswood College for Further Education, 5 de junio de 1968)

He venido a dirigirles la palabra en este congreso en calidad de ser humano, de médico de niños, de psiquiatra de niños y de psicoanalista. Al reflexionar sobre lo que ocurría cuarenta años antes, advierto que se ha producido un cambio de actitud. Hace cuarenta años, nadie que se dedicara a la enseñanza de la religión hubiera esperado oír algo útil de un psicoanalista. He sido invitado a venir a este lugar no como maestro de religión, ni siquiera como cristiano, sino como persona que tiene una larga experiencia en un campo limitado, que se interesa por los problemas del crecimiento, la vida y la realización del ser humano. Vuestro presidente dijo algo acerca de que nadie me aventaja en el conocimiento de la conducta infantil. ¡Seguramente lo leyó en la contratapa de algún libro! Lo que ustedes desearían es que yo demuestre que conozco algo más que los fenómenos de superficie, es decir, que la conducta que corresponde a la estructura total de la personalidad. La palabra "realización" es pertinente aquí. Hay personas que estudian la conducta infantil y pasan por alto la motivación inconsciente y la relación de la conducta con el conflicto interno, y de este modo pierden todo contacto con quienquiera que enseñe religión. Creo que es esto lo que vuestro presidente quiso decir, o sea que me intereso por el ser humano en desarrollo en la familia y el medio social.

Educado como metodista wesleyano, con el tiempo abandoné las prácticas religiosas, y siempre he encontrado satisfactorio el hecho de haber recibido un tipo de educación religiosa que me diera la posibilidad de dejarla de lado. Sé que estoy hablando a un público ilustrado para el cual la religión no significa simplemente ir a la iglesia todos los domingos. Permítaseme expresar que para mí lo que habitualmente se denomina religión procede de la naturaleza humana, así como para otros la naturaleza humana fue rescatada del salvajismo por una revelación surgida de una fuente exterior a ella.

Hay muchas cuestiones importantes que podríamos analizar juntos una vez que hayamos decidido si el psicoanálisis puede hacer un aporte útil a la enseñanza, e incluso a la práctica de la religión. ¿Necesitan ustedes milagros en esta época de observación minuciosa y objetiva? ¿Necesitan adherir a la idea de una vida ultraterrena? ¿Necesitan difundir mitos entre los menos dotados intelectualmente? ¿Necesitan seguir despojando al niño, al adolescente o al adulto de su bondad innata mediante el recurso de inculcarles reglas morales?

Debo atenerme a un tema a fin de completar mi exposición en una hora y no salirme del ámbito limitado en que tengo una experiencia especial. Pienso que quizás he sido invitado a dirigirles la palabra a causa de algo que dije una vez acerca de la capacidad del niño de creer en. La cuestión de cómo ha de completarse la frase queda por resolver. Lo que hago es separar la experiencia de vida de la educación. Al educar a un niño pueden transmitirle las creencias que tienen sentido para ustedes y que corresponden al pequeño ámbito cultural o religioso en que nacieron o que eligieron en reemplazo de aquel en que nacieron. Pero sólo lo lograrán si el niño es capaz de creer en algo. El desarrollo de esa capacidad no depende de la educación, salvo que se amplíe el significado de la palabra hasta hacerla abarcar algo que habitualmente no designa. Depende de la

experiencia que tuvo el individuo en materia de cuidados cuando era un bebé y un niño en desarrollo. En lo cual interviene la madre, y quizás el padre y otras personas que están en estrecho contacto con el niño, pero inicialmente la madre.

Como pueden ver, tengo siempre presente la cuestión del crecimiento y el desarrollo. Nunca pienso en el estado de una persona aquí y ahora si no es en relación con el ambiente y con su crecimiento desde la concepción y, ciertamente, desde la época en que estaba próxima a nacer.

Cada bebé nace con tendencias heredadas que lo impulsan a crecer. Me refiero, entre otras, a la tendencia a la integración de la personalidad, a la totalización de una personalidad en cuerpo y mente, y al establecimiento de relaciones con objetos, que gradualmente se convierten en relaciones interpersonales cuando el bebé comienza a crecer y a comprender que existen otras personas. Todo esto procede del interior del niño. Sin embargo, los procesos de crecimiento no pueden tener lugar sin un ambiente facilitador, sobre todo al principio, cuando prevalece una situación de dependencia casi absoluta. Un ambiente facilitador debe tener calidad humana, no perfección mecánica; por eso creo que la frase "madre suficientemente buena" describe en forma adecuada lo que el niño necesita para que los procesos de crecimiento hereditarios se actualicen en su desarrollo. Al comienzo la totalidad del desarrollo se produce a causa de las tremendamente vitales tendencias heredadas a la integración, al crecimiento, a lo que hace que un día el niño quiera caminar, etcétera. Si la provisión ambiental es suficientemente buena, todo eso ocurre en el niño. En caso contrario, la línea de vida se interrumpe y las poderosas tendencias hereditarias no pueden encaminar al niño a la realización personal.

Una madre suficientemente buena comienza con un alto grado de adaptación a las necesidades del bebé. La expresión "suficientemente buena" alude a esa enorme capacidad que por lo común tienen las madres de identificarse con el bebé. Hacia el fin del embarazo y en los comienzos de la vida del bebé están tan identificadas con él que saben prácticamente cómo se siente y pueden adaptarse a sus necesidades de tal modo que las satisfacen. Entonces el bebé está en condiciones de llevar a cabo un crecimiento y desarrollo ininterrumpido que es el comienzo de la salud. La madre echa así las bases de la salud mental del bebé, y no sólo de la salud: también de la realización y la riqueza, con todos los peligros y conflictos que éstas acarrearán, con todas las dificultades propias del crecimiento y el desarrollo. La madre, entonces, y también el padre (aunque éste no tiene al principio la misma relación física) poseen esta capacidad de identificarse con el bebé sin resentimiento y de adaptarse a sus necesidades. Por miles de años la mayor parte de los bebés de todo el mundo han recibido una atención materna suficientemente buena en los albores de su vida; de lo contrario habría más dementes que personas cuerdas, y no es así. Algunas mujeres ven una amenaza en la identificación con el bebé; se preguntan si alguna vez recuperarán su individualidad y, a causa de esta ansiedad, les resulta difícil aceptar la adaptación extrema del comienzo.

Es sabido que las figuras maternas satisfacen las necesidades instintuales de los bebés. Pero este aspecto de la relación entre los padres y el bebé ha recibido un énfasis excesivo en los primeros cincuenta años de la literatura psicoanalítica. Le llevó mucho tiempo a la comunidad analítica (y las ideas sobre el desarrollo infantil han sido fuertemente influidas por el pensamiento psicoanalítico de los últimos sesenta años) darse cuenta, por ejemplo, de lo importante que es el modo de sostener al bebé; sin embargo, puestos a pensar en ello, advertimos que es de fundamental importancia. Imaginemos a una persona que fuma un cigarrillo, sostiene a un bebé por una pierna y lo balancea antes de introducirlo en la bañera. De algún modo ustedes saben que no es eso lo que el bebé necesita. Nos encontramos aquí con cosas muy sutiles. He observado a miles de madres, he hablado con ellas, y todos podemos ver que cuando levantan al bebé sostienen tanto el cuerpo como la cabeza. Si uno no piensa en el bebé como en una unidad y lleva una mano al bolsillo para buscar un pañuelo o lo que fuere, la cabeza del bebé cae hacia atrás y es como si estuviera dividido en dos partes: el cuerpo y la cabeza. El bebé grita y nunca lo olvidará. Lo terrible es que nada se olvida jamás. Después el niño andará por la vida sin poder confiar en nada. Creo que es correcto decir que los bebés y los niños pequeños no conservan recuerdos cuando las cosas han marchado bien, pero sí los conservan cuando las cosas han marchado mal, porque recuerdan que de pronto la continuidad de su vida se interrumpió, que su cuello se dobló hacia atrás, derrumbando todas sus defensas, que ellos reaccionaron, que es algo muy penoso que les ocurrió, algo que nunca podrán olvidar. Y tienen que llevarlo consigo, y si es algo que forma parte del

modo como se los atiende, se convierte en falta de confianza en el medio.

Cuando las cosas han marchado bien nunca darán las gracias, porque nunca se enteraron de que marcharan bien. En las familias hay esta gran zona de deuda no reconocida que no es una deuda. Nada se debe, pero quienquiera que haya llegado a ser un adulto estable no lo habría logrado si en un comienzo alguien no se hubiese encargado de encaminarlo a través de las primeras etapas.

La cuestión del sostén y la manipulación introduce el tema de la confiabilidad humana. Las cosas a las que me he estado refiriendo no podría hacerlas una computadora; debe tratarse de confiabilidad humana (o sea, en realidad, de falta de confiabilidad). En el desarrollo de la adaptación, la gran adaptación de la madre al bebé disminuye gradualmente; por lo tanto el bebé comienza a ser frustrado y a sentir enojo y necesita identificarse con la madre. Recuerdo a un bebé de tres meses que cuando era amamantado, antes de empezar a mamar ponía su mano en la boca de la madre para alimentarla. Era capaz de imaginar lo que sentía su madre.

El niño puede conservar la idea de la madre, el padre o la niñera durante cierto tiempo, pero si en esa etapa la madre se ausenta por dos horas, la imagen que el niño tiene de ella se debilita y comienza a desvanecerse. Cuando la madre regresa, es otra persona. Al niño le es difícil hacer revivir la imagen dentro de él. A los dos años aproximadamente, el niño reacciona mal ante la separación de la madre. A esa edad conoce a la madre o al padre lo bastante bien como para interesarse, no en un objeto o una situación, sino en una persona real. A los dos años necesita la compañía de su madre si, por ejemplo, lo internan en un hospital. Pero en todo momento necesita la estabilidad ambiental que facilita la continuidad de la experiencia personal.

Aprendo muchas cosas no sólo cuando hablo con las madres y observo a los niños, sino también cuando trato a pacientes adultos; éstos se convierten siempre en bebés y niños durante el tratamiento. Tengo que fingirme más adulto de lo que soy para poder enfrentar la situación. En estos momentos tengo una paciente de 55 años que puede conservar mi imagen si me ve tres veces por semana. Dos veces por semana apenas sería suficiente; una vez por semana, aunque la sesión sea muy larga, no basta. La imagen se debilita, y el dolor de ver que todos los sentimientos y todo el sentido se desvanecen es tan grande que, según me dice, no le sirve de nada y preferiría morir. De modo que el esquema del tratamiento está subordinado a la posibilidad de esta paciente de recordar la imagen paterna. No podemos evitar convertirnos en figuras paternas cuando hacemos algo profesionalmente confiable. Casi todos ustedes, supongo, realizan alguna actividad profesionalmente confiable, y en ese ámbito limitado se desempeñan mucho mejor que en su hogar, y sus clientes dependen de ustedes y buscan su apoyo.

Ciertos actos de confiabilidad humana constituyen una comunicación mucho antes de que el habla adquiera significado: el modo como la madre se adapta cuando mece al bebé, el sonido y el tono de su voz comunican cosas antes de que se comprenda el habla.

Somos personas que creen. Estamos aquí, en esta amplia sala, y nadie se ha sentido preocupado pensando que el techo podría derrumbarse. Creemos en el arquitecto. Somos personas que creen porque alguien nos inició bien. Durante cierto período nos comunicaron en silencio que nos amaban, en el sentido de que podíamos confiar en la provisión ambiental y por lo tanto proseguir nuestro crecimiento y desarrollo.

Un niño que no ha experimentado cuidados preverbiales en términos de sostén y manipulación -de confiabilidad humana- es un niño deprivado. Lo único que por lógica puede hacerse por él es prodigarle amor: amor en términos de sostén y manipulación. Hacerlo en un período posterior de su vida es difícil, pero siempre podemos intentarlo, como cuando se lo recibe y se lo cuida en un albergue. El problema está en que el niño necesita poner a prueba el amor preverbal -el sostén, la manipulación y demás- y ver si resiste la destructividad inherente al amor primitivo. Cuando todo marcha bien, la destructividad se sublima en cosas como comer, golpear, jugar, competir, etcétera. No obstante, el niño se encuentra en esta etapa muy primitiva: he aquí alguien a quien amar, y lo que viene inmediatamente después es la destrucción. Si ustedes sobreviven, sólo queda la idea de la destrucción. Pero primero hay destrucción, y si ustedes comienzan a amar a un niño que no fue amado en sentido preverbal, pueden verse en un embrollo. El niño robará, romperá vidrios, torturará al gato

P S I K O L I B R O

y hará toda clase de tropelías.

Tendrán que sobrevivir a todo eso. El niño los amará porque fueron capaces de sobrevivir.

¿Por qué razón si yo digo aquí que tuve un buen comienzo, parece una jactancia? Lo que estoy diciendo en realidad es que nada de lo que soy capaz se me debe atribuir a mí exclusivamente: o bien lo heredé, o bien alguien me capacitó para llegar al lugar en que me encuentro. Si suena a jactancia es porque a mí, como ser humano, me resulta imposible creer que no elegí a mis padres. De modo que lo que estoy afirmando es que hice una buena elección. ¿No fue inteligente de mi parte? Parece tonto, pero estamos tratando de la naturaleza humana, y en lo que se refiere al crecimiento y el desarrollo de los seres humanos debemos ser capaces de aceptar paradojas; lo que sentimos y lo que se puede observar que es verdadero pueden conciliarse. La finalidad de las paradojas no es que se las resuelva sino que se las observe. Es aquí donde comenzamos a dividirnos en dos campos. Debemos observar qué es lo que sentimos y al mismo tiempo usar nuestro cerebro para descubrir qué es lo que inspira nuestros sentimientos. Tomemos mi sugerencia de que la expresión preverbal de amor en términos de sostén y manipulación tiene una importancia vital para todo bebé en proceso de desarrollo. Se sigue de ella que a partir de lo que ha experimentado un individuo podemos enseñarle el concepto de, digamos, brazos eternos. Podemos usar la palabra "Dios" y establecer un vínculo específico con la Iglesia y la doctrina cristianas, pero se trata de una serie de pasos. La enseñanza interviene aquí sobre la base de aquello en lo que el niño individual es capaz de creer. Si en el caso de la enseñanza de la moral decidimos calificar ciertas cosas de pecaminosas, ¿no estaremos despojando al niño de la facultad de alcanzar por sí mismo un sentido personal del bien y del mal, de lograrlo como consecuencia de su propio desarrollo? A menudo privamos a un individuo de un momento crucial, como cuando se dice a sí mismo: "Me siento impulsado a hacer esto y aquello, pero por otra parte...", y llega a una fase personal de desarrollo que se habría frustrado si alguien le hubiese dicho: "No debes hacer eso porque es incorrecto". Si el niño obedece estará renunciando a una decisión personal, y si rechaza el mandato nadie ganará nada y no habrá desarrollo.

Desde mi punto de vista, lo que ustedes enseñan sólo puede implantarse en la capacidad que ya posee el niño, basada en las experiencias tempranas y en la persistencia del sostén confiable otorgado por el círculo en permanente expansión de la familia, la escuela y la vida social.

Biblioteca D. Winnicott

Sobre ejercer y sufrir las influencias (1941)

No cabe duda de que el gran obstáculo para la investigación científica de los asuntos humanos es la dificultad que tiene el hombre para reconocer la existencia y la importancia de los sentimientos inconscientes. Desde luego, la gente ha demostrado desde hace mucho su conocimiento del inconsciente; sabe qué significa, por ejemplo, sentir que una idea va y viene, recuperar un recuerdo perdido, o poder recurrir a la inspiración, sea benigna o maligna. Pero existe una enorme diferencia entre esos destellos intuitivos en el reconocimiento de hechos, y la apreciación intelectual del inconsciente y su lugar en el esquema de las cosas. Se necesitó mucha valentía para descubrir los sentimientos inconscientes, un descubrimiento que siempre estará vinculado al nombre de Freud.

Se necesitó valentía porque, una vez que aceptamos el inconsciente, nos encontramos en un camino que tarde o temprano nos conduce a algo muy penoso: el reconocimiento de que por mucho que intentemos considerar la maldad, la bestialidad y las malas influencias como algo ajeno a nosotros, o que incide sobre nosotros desde afuera, al final comprobamos que, cualesquiera sean las cosas que hace la gente y las influencias que la mueven, están en la naturaleza humana misma, de hecho, en nosotros mismos. Sin duda, puede saber lo que se llama un ambiente nocivo, pero, siempre que hayamos tenido un buen comienzo, las dificultades que encontramos para manejar ese ambiente surgen sobre todo de la existencia de conflictos básicos en nuestro interior. También de esto, el hombre tiene desde hace mucho destellos intuitivos; se podría decir que los tiene desde que el primer ser humano se suicidó.

Tampoco le resulta fácil al hombre aceptar como provenientes de su propia naturaleza las influencias y las cosas buenas que atribuye a Dios.

Por lo tanto, nuestra posibilidad de reflexionar sobre la naturaleza humana en general está bloqueada por nuestro temor a las consecuencias de lo que encontramos.

Partiendo de un reconocimiento del inconsciente, tanto como de lo consciente en la naturaleza humana, es posible estudiar provechosamente los detalles de las relaciones humanas. Un aspecto de este vastísimo tema está indicado con las palabras: sobre ejercer influencias y sufrirlas.

El estudio sobre el lugar que ocupa la influencia en la relación humana ha sido siempre de enorme importancia para el maestro, y de especial interés para el estudioso de la vida social y la política moderna. Dicho estudio nos lleva a una consideración de los sentimientos que son más o menos inconscientes.

Hay un tipo de relación humana, cuya comprensión contribuirá a elucidar algunos de los problemas de la influencia. Ese tipo de relación humana tiene sus raíces en los primeros días de vida, cuando uno de los

principales contactos con otro ser humano tiene lugar en el momento de alimentarse. Junto con la alimentación fisiológica común, hay un ingerir, digerir, retener y rechazar relativo a cosas, personas y hechos en el ambiente del niño. Aunque el niño crece y se torna capaz de desarrollar otros tipos de relación, esa relación temprana persiste durante toda la vida en mayor o menor grado, y en nuestro lenguaje encontramos muchas palabras o frases que pueden utilizarse para describir una relación con el alimento o bien con personas y cosas no comestibles. Teniendo esto en cuenta, podemos encarar el problema que estamos considerando y ver quizás un poco más allá o un poco más claramente.

Sin duda, puede haber bebés insatisfechos, y también madres que deseen imperiosamente, y en vano, que su alimento sea aceptado, y resulta posible describir personas adultas, igualmente insatisfechas o que se sienten frustradas en sus relaciones con la gente.

Por ejemplo, está la persona que se siente vacía y que teme sentirse vacía, y que tiene miedo de esa cualidad particularmente agresiva que la sensación de vacío agrega a su apetito. Es posible que esa persona esté vacía por una razón conocida: la muerte de un buen amigo, la pérdida de algo valioso, o alguna causa más subjetiva que lo deprime. Esa persona necesita encontrar un nuevo objeto con el que llenarse, una persona nueva que pueda ocupar el lugar de la pérdida, un nuevo conjunto de ideas o una nueva filosofía en reemplazo de los ideales perdidos. Se observa que esa persona es particularmente susceptible a las influencias. A menos que pueda soportar esa depresión, esa tristeza, esa desesperanza, y esperar a que se produzca la recuperación espontánea, debe salir en busca de una nueva influencia o sucumbir ante cualquier influencia poderosa que se le presente.

También resulta fácil imaginar a una persona con una gran necesidad de dar, de llenar a la gente, de metérsele bajo la piel, con el fin de comprobar fehacientemente que lo que tiene para dar es bueno. Desde luego, existe una duda inconsciente con respecto a eso. Una persona de este tipo siempre tiene que estar enseñando, organizando, haciendo propaganda o saliéndose con la suya de una u otra manera mediante la influencia que ejerce sobre los actos ajenos. Como madre, esa persona tiende a sobrealimentar o a manejar a sus hijos de alguna otra manera, y existe una relación entre esta ansiosa avidez por llenar y el hambre ansioso que he descrito. Hay un temor al hombre ansioso en los demás.

No hay duda de que el impulso normal de enseñar, sigue estas mismas líneas. En alguna medida, todos necesitamos de nuestro trabajo para nuestra propia salud mental, y el maestro no menos que el médico o la enfermera. La normalidad o anormalidad de nuestro impulso es, en gran medida, una cuestión de grados de ansiedad. Pero, en general, creo que los alumnos prefieren sentir que los maestros no experimentan esta urgente necesidad de enseñar, esta necesidad de enseñar para mantener a distancia sus propias necesidades personales.

Ahora bien, resulta fácil imaginar qué ocurre cuando estos extremos se tocan, y el dador frustrado se encuentra con el receptor frustrado. Se trata aquí de una persona que se siente vacía y busca ansiosamente una nueva influencia, y otra que anhela meterse dentro de alguien y ejercer influencia. En el caso extremo en que una persona se traga entera a la otra, por así decirlo, el resultado puede ser una personificación ridícula. Tal incorporación de una persona por otra explica esa madurez espúrea que encontramos a menudo, o el hecho de que una persona dé permanentemente la sensación de estar actuando. Un niño que encarna a un héroe puede ser bueno, pero su bondad parece en cierto sentido inestable. Otro niño tiene una conducta mala, en la que encarna a un villano admirado y temido, pero uno siente que la maldad no es genuina, que parece compulsiva, como si el niño estuviera representando un papel. Es común encontrar criaturas con una enfermedad que constituye una imitación de la dolencia de otra persona que acaba de morir y por la que experimentaba profundo amor.

Se verá que esta íntima relación entre el que influye y el que sufre una influencia es una suerte de relación amorosa que fácilmente puede confundirse con algo genuino, sobre todo en el caso de las personas mismas.

Entre ambos extremos se dan la mayoría de las relaciones maestro-alumno. En ellas, al maestro le gusta enseñar, y obtiene seguridad de su éxito, pero no necesita fundamentalmente de ese éxito para su propia salud mental; también el alumno puede disfrutar al recibir lo que el maestro tiene para ofrecer, sin que la ansiedad lo obligue a actuar como el maestro, a retener todo tal como le fue enseñado o a aceptar todo lo que el maestro enseña. El maestro debe poder tolerar que el alumno ponga en duda sus palabras o desconfíe de él, tal como la madre tolera las diversas manías alimenticias de sus chicos, y el alumno debe estar en condiciones de tolerar el hecho de no obtener en forma inmediata o segura lo que considera aceptable.

De todo esto se deduce que algunos de los miembros más ansiosos de la profesión docente podrían verse limitados en su trabajo práctico con sus alumnos precisamente a causa de su intensidad, pues ésta puede tomarlos incapaces de tolerar que los chicos analicen o pongan a prueba lo que se les ofrece, o su reacción inicial de rechazo. En la práctica, estas cosas resultan inevitablemente irritantes y no es posible eliminarlas, excepto por medio de una malsana actitud dictatorial.

Idénticas consideraciones se aplican a la forma en que los padres educan a sus hijos; de hecho, cuanto antes aparece en la vida de un niño, más serio será el efecto del sufrir y ejercer influencia cuando se lo utiliza como sustituto del amor.

Si una mujer aspira a ser madre sin tener que enfrentar jamás la necesidad infantil de defecar en el momento mismo en que el niño experimenta el agudo deseo de hacerlo, si confía en que nunca tendrá que manejar los problemas originados en el conflicto entre su conveniencia y la espontaneidad del niño, cabe pensar que su amor es muy superficial. Puede ahogar los deseos del niño, pero el resultado, aunque fuera exitoso, debería considerarse deslucido, y el éxito de este tipo puede transformarse fácilmente en fracaso, ya que la protesta inconsciente del niño podría aparecer inesperadamente en la forma de una incontinencia intratable. ¿No ocurre lo mismo con la enseñanza?

Una buena enseñanza exige del maestro tolerancia para la frustración de su espontaneidad al dar, o al alimentar, frustración que puede experimentarse muy intensamente. Mientras aprende a comportarse de una manera civilizada, el niño también experimenta intensas frustraciones, y lo que lo ayuda a lograr un comportamiento civilizado no son tanto los preceptos del maestro como la capacidad de aquél para soportar las frustraciones inherentes a la enseñanza.

La frustración del maestro no termina con el reconocimiento de que la enseñanza siempre es imperfecta, de que los errores son inevitables y de que a veces cualquier maestro puede mostrarse mezquino o injusto o incluso hacer cosas que están realmente mal. Mucho más difícil de soportar es el hecho de que a veces lo que se rechaza son las actitudes más pedagógicas del maestro. Los niños llevan a la situación escolar dudas y sospechas que corresponden a sus propios caracteres y experiencias, que son parte esencial de las distorsiones emocionales del desarrollo; asimismo, los niños siempre pueden deformar lo que encuentran en la escuela, porque esperan encontrar allí una repetición de su ambiente hogareño, o bien lo opuesto a éste. El maestro debe soportar estas decepciones y, a su vez, el niño debe tolerar los estados de ánimo, las dificultades caracterológicas y las inhibiciones del maestro. También los maestros se levantan con el pie izquierdo algunas mañanas.

Cuanto más observamos, nos convencemos de que si los maestros y los alumnos conviven armoniosamente es porque aceptan un mutuo sacrificio de la espontaneidad y la independencia, y eso constituye una parte tan importante de la educación como la enseñanza y el aprendizaje de las materias establecidas. De cualquier modo, la educación no vale gran cosa, aun cuando las materias sean bien enseñadas, si falta esa lección, "dar y recibir", o si queda anulada por el predominio de una personalidad sobre otra. ¿Qué conclusión podemos extraer de todo esto?

Nuestras reflexiones nos han llevado, como ocurre a menudo cuando se trata de la educación, a la conclusión de que nada es más equívoco en la evaluación de métodos educativos que el simple hecho del éxito o el fracaso académico. El éxito puede significar simplemente que un niño ha descubierto que la manera más fácil de manejar a un maestro, una materia particular, o la educación en conjunto, consiste en someterse, en estar con la

boca abierta y los ojos cerrados, o en tragárselo todo sin una inspección crítica. Esto es falso, porque significa que hay una negación total de dudas y sospechas muy reales. Tal estado de cosas es insatisfactorio en lo relativo al desarrollo individual, pero muy deseable para un dictador.

En nuestro análisis de la influencia y del lugar que le corresponde en la educación, hemos llegado a comprender que la prostitución de la educación consiste en el uso erróneo de lo que casi podría considerarse el atributo más sagrado del niño: dudas sobre el yo. El dictador lo sabe muy bien, y obtiene poder ofreciendo una vida libre de toda duda. ¡Qué aburrido!.

[_____]

.

Biblioteca D. Winnicott

La dependencia en el cuidado del infante y del niño, en el encuadre psicoanalítico

Trabajo leído ante la Boston Psychoanalytic Society en octubre de 1962, y publicado por primera vez en el Int. J. Psycho-Anal., 44, págs. 339-44.

No hay nada nuevo en la idea de la dependencia, sea durante la vida temprana del individuo o en la transferencia que cobra fuerza a medida que avanza el tratamiento psicoanalítico. Lo que creo que tal vez sea necesario volver a formular de tanto en tanto es la relación entre esos dos ejemplos de dependencia.

No es necesario que cite a Freud. La dependencia del paciente respecto del analista siempre ha sido conocida y plenamente admitida; por ejemplo, esto se ve en la renuencia de un analista a tomar a un nuevo paciente uno o dos meses antes de unas largas vacaciones de verano. El analista teme con toda justicia que la reacción del paciente frente a la separación involucre cambios profundos todavía no susceptibles de análisis. Comenzaré con un desarrollo de este tema.

Una joven paciente tuvo que esperar algunos meses antes de que yo pudiera iniciar el análisis, después de lo cual sólo podía verla una vez por semana; cuando comenzaron las sesiones diarias, yo tuve que viajar al extranjero durante un mes. La reacción frente al análisis era positiva y los desarrollos se producían con rapidez; descubrí que esta joven independiente, en sus sueños estaba volviéndose extremadamente dependiente. En uno de esos sueños tenía una tortuga, pero con un caparazón blando, de modo que el animal estaba desprotegido y sin duda sufriría. Ella mataba a la tortuga para ahorrarle el intolerable dolor que le aguardaba. La tortuga era ella misma y el sueño indicaba una tendencia suicida, para curar la cual, por otra parte, había recurrido al tratamiento.

El problema consistía en que aún no había tenido tiempo en el análisis para tratar las reacciones frente a mi alejamiento, de modo que produjo este sueño suicida y se enfermó físicamente, aunque de un modo oscuro. Antes de partir tuve el tiempo exacto para permitirle sentir el nexo entre la reacción física y mi alejamiento, que reactualizaba un episodio o una serie de episodios traumáticos de su propia infancia.

En otras palabras, era como si yo estuviera sosteniéndola y después me sintiera preocupado por alguna otra cuestión, de modo que ella se sintió aniquilada. Ese fue el término empleado por ella. Matándose lograría controlar el ser aniquilada mientras era dependiente y vulnerable. En su self y su cuerpo sanos, con su fuerte impulso hacia la vida, había llevado durante toda la existencia el recuerdo de haber tenido en algún momento un impulso total a morir; la enfermedad física se produjo como localización en un órgano corporal de ése impulso total a morir. La paciente se sentía desvalida respecto de esto, hasta que pude interpretarle lo que estaba ocurriendo; después experimentó alivio y pudo dejarme partir. Incidentalmente, su enfermedad física se volvió menos amenazante y empezó a curar, en parte, desde luego, porque estaba recibiendo un tratamiento apropiado.

Por si fuera necesario, esto demuestra el peligro de subestimar la dependencia de transferencia. Lo

sorprendente es que una interpretación pueda generar un cambio, y sólo cabe suponer que la comprensión profunda y la interpretación oportuna son una forma de adaptación confiable. En este caso, por ejemplo, la paciente pudo tolerar mi ausencia porque (en un nivel) ella sentía que ahora no estaba siendo aniquilada, sino mantenida en la existencia de un modo positivo por el hecho de tener realidad como objeto de mi preocupación. Un poco más tarde, en una dependencia más completa, la interpretación verbal no bastará, o quizá sea prescindible.

Habrán observado que puedo avanzar en una u otra de dos direcciones posibles, a partir de un fragmento de análisis como el que he presentado. Una dirección nos llevaría al análisis de la reacción ante la pérdida y de tal modo a la parte principal de lo que aprendemos en nuestra formación psicoanalítica. La otra dirección nos conduce a lo que deseo examinar en este trabajo. Esta otra dirección me lleva hacia la comprensión que tenemos en nosotros y que nos hace saber que debemos evitar el alejamiento inmediatamente después de iniciado un análisis. Es una conciencia de la vulnerabilidad del yo del paciente, que es lo opuesto a la fuerza del yo. De numerosas maneras satisfacemos las necesidades de nuestro paciente, porque más o menos sabemos cómo se siente, y podemos encontrar un equivalente del paciente en nosotros mismos. Esto que tenemos en nosotros podemos proyectarlo y encontrarlo en el paciente. Todo se hace en silencio, y por lo común el paciente mismo no se da cuenta de lo que hacemos bien, pero sí advierte la parte que nos toca cuando las cosas van mal. Cuando fallamos en estos aspectos, el paciente reacciona ante lo impredecible y sufre una ruptura en la continuidad de su "seguir-siendo". Volveré más adelante sobre este punto en particular, al examinar la contribución de Zetzel al Congreso de Ginebra (1956).

Mi objetivo general es relacionar la dependencia en la transferencia psicoanalítica con la dependencia en las diversas etapas del desarrollo y cuidado del infante y el niño. Se verá que he emprendido un intento de evaluación del factor externo. Ojalá se me permita hacerlo sin pensar que retrocedemos a lo que el psicoanálisis ha representado durante los últimos cuarenta años en la psiquiatría infantil. El psicoanálisis ha representado el factor personal, los mecanismos involucrados en el crecimiento emocional del individuo, las tensiones y el estrés internos que conducen a la organización defensiva, y la concepción de la enfermedad psiconeurótica como prueba de una tensión intrapsíquica basada en los impulsos del ello que amenazan al ego del individuo. Pero aquí volvemos al tema de la vulnerabilidad del yo y por lo tanto a la dependencia.

Es fácil ver por qué los psicoanalistas han sido renuentes a escribir sobre el factor ambiental, puesto que a menudo quienes deseaban ignorar o negar la importancia de las tensiones intrapsíquicas subrayaban principalmente el factor externo negativo como causa de enfermedad en la psiquiatría infantil. No obstante, el psicoanálisis está ahora bien afianzado, y podemos permitirnos examinar el factor externo bueno y malo.

Si aceptamos la idea de la dependencia, ya hemos comenzado a examinar el factor externo, y sin duda cuando decimos que un analista debe tener formación estamos sosteniendo que un elemento esencial del psicoanálisis ortodoxo es un factor externo, es decir, el analista suficientemente bueno. Todo esto es evidente de por sí, pero hay quienes nunca mencionan este factor externo como verdaderamente importante, o bien hablan continuamente de él, ignorando los factores internos del proceso. Como dijo Zetzel en un seminario reciente, primero Freud pensó que todas las personas neuróticas habían tenido traumas sexuales en la infancia, y después descubrió que habían tenido deseos. A continuación, durante varias décadas, en los escritos analíticos se supuso que el trauma sexual real no existía. Ahora también tenemos que hacerles lugar a estos traumas.

En un examen deliberado del factor externo, hasta aquí me he empeñado en relacionar la personalidad del analista, la capacidad para identificarse con el paciente, su dotación técnica, etcétera, con los diversos detalles del cuidado del niño, y a continuación, de un modo más específico, con el estado especial en el que se encuentra una madre (quizá también el padre, pero con menos oportunidades para demostrarlo) en el breve lapso que abarca las últimas etapas del embarazo y los primeros meses de la vida del infante.

El psicoanálisis, tal como lo aprendemos, no es en absoluto semejante al cuidado del niño. De hecho, los padres que les interpretan el inconsciente a sus hijos se meten en aprietos.

Pero en la parte de nuestro trabajo como analistas a la que estoy refiriéndome, nada de lo que hacemos carece de relaciones con el cuidado del niño o el infante. En esta parte de nuestro trabajo podemos en realidad aprender lo que hay que hacer a partir de nuestra experiencia de padres, del hecho de que hemos sido niños, de la observación de las madres con bebés muy pequeños o que aún no han nacido, y correlacionando las fallas parentales con los siguientes estados clínicos de los niños enfermos. Si bien sabemos que la enfermedad psiconeurótica no es causada por los padres, también sabemos que la salud mental del niño no puede quedar establecida sin un cuidado parental o maternal suficientemente bueno. Sabemos asimismo que una experiencia ambiental correctiva no cura directamente al paciente, más aún, que un ambiente malo causa directamente la estructura de la enfermedad. Volveré a referirme a este punto al final del escrito.

Quiero ahora volver a mi fragmento de material clínico. Muy pronto en el análisis esta paciente apareció representada en su material onírico por criaturas frágiles y a menudo lisiadas; después soñó con la tortuga de caparazón blando (1). Se habrá advertido que esto indica el camino de una regresión a la dependencia que llegará inevitablemente. La paciente había tenido varios años de análisis en los términos convencionales con un analista que no permitía la regresión si ésta amenazaba con pasar al acting-out e involucrar dependencia respecto del analista. La paciente estaba por lo tanto saturada de esta parte del procedimiento analítico total, aunque desde luego necesitaba tanto como cualquiera las interpretaciones habituales que van volviéndose adecuadas de día en día o de minuto en minuto.

Avanzando algo más en el problema interpretativo del análisis de este fragmento, creo poder demostrar de qué modo aparecen entrelazados los mecanismos intrapsíquicos y la dependencia, que por definición envuelve al ambiente y su conducta.

Yo contaba en este caso con abundante material para la interpretación de la reacción de la paciente ante mi alejamiento en los términos de un sadismo oral propio del amor reforzado por la rabia -una rabia a mí y a todas las otras personas de su vida que se habían ido, incluyendo a la madre que la destetó-. Yo podría haber hecho una interpretación totalmente justificada por lo que la paciente me había dicho, pero de ese modo habría sido un mal analista con buenas interpretaciones. Habría sido un mal analista debido al modo como me fue entregado el material. En nuestro trabajo analítico constantemente evaluamos y reevaluamos la fuerza del yo del paciente. El material me había sido entregado de un modo que indicaba que la paciente sabía que podía confiar en que yo no lo utilizaría bruscamente. Ella es hipersensible a todas las drogas, a todas las enfermedades y a las críticas leves, y también debo esperar que lo sea a cualquier error que yo cometa en mi estimación de la fuerza de su yo. Hay algo central en su personalidad que muy fácilmente siente la amenaza de aniquilación; desde luego, en términos clínicos ella se vuelve ruda y extremadamente independiente, bien definida, mientras al mismo tiempo experimenta una sensación de inutilidad y de ser irreal.

De hecho, su yo no es capaz de albergar ninguna emoción fuerte. El odio, la excitación, el miedo, se separan de ella como cuerpos extraños, y con toda facilidad se localizan en un órgano corporal que entra en espasmos y tiende a destruirse en una perversión de su funcionamiento fisiológico.

La razón de que hayan aparecido sueños regresivos y dependientes tiene principalmente que ver con el hecho de que ella descubrió que yo no uso cada fragmento de material para interpretarlo, sino que todo lo acumulo y lo utilizo en el momento oportuno; mientras tanto, me contento con prepararme para enfrentar la dependencia que aparece. Esta fase de dependencia será muy penosa para la paciente, y ella lo sabe; implica un riesgo de suicidio pero, como la misma paciente dice, no hay otro camino. Hay otro camino, pues si el analista no puede satisfacer su dependencia como para que la regresión se convierta en una experiencia terapéutica, ella se derrumbará en una enfermedad psicósomática, que suscita la atención tan necesaria, pero no el insight ni el cuidado mental que realmente hacen la diferencia. El analista tiene que saber por qué el paciente preferiría matarse antes que vivir bajo la amenaza de aniquilamiento.

Considerando de tal modo este fragmento de material, llegamos a un punto en el que examinamos tanto el análisis como la satisfacción de las necesidades de dependencia. Una sucesión de "buenas" interpretaciones relacionadas con el contenido general de la sesión produciría rabia o excitación, pero para esta paciente no es

todavía posible abordar esas experiencias emocionales supremas. En el sentido de esta descripción del procedimiento analítico, sería por lo tanto malo interpretar las mismas cosas que se relacionan con la separación prematura.

En el curso de una conversación en la que hicimos planes para el futuro y examinamos la naturaleza de su enfermedad y los riesgos intrínsecos en la prosecución del tratamiento, yo le dije (2):

"De modo que está enferma y vemos que la enfermedad física oculta una reacción extrema a mi alejamiento, aunque usted no está en condiciones de tener una percatación emocional directa de este hecho. Podría decir que yo he causado su enfermedad, así como otros hicieron que se enfermara cuando era un bebé, y podría enojarse". Ella respondió: "Pero no estoy enojada". (En realidad, ella me sostiene ahora en una posición idealizada y tiende a considerar perseguidores a los médicos del cuerpo.) Entonces agregué: "Aquí está la senda totalmente abierta para su odio y su rabia, pero la rabia se niega a emprender este camino".

La paciente me dijo que lo que principalmente había producido el cambio, el desarrollo involuntario hacia la dependencia, era el hecho de que yo dejaba que las cosas se produjeran, con ganas de ver lo que traía cada sesión. En realidad, la pauta había sido que ella empezaba casi como si la sesión fuera una visita social. Se tendía y desplegaba una muy clara percepción intelectual de sí misma y de lo que la rodeaba. Yo me dejaba llevar, y había mucho silencio. Cerca del fin de cada sesión ella de pronto recordaba un sueño y obtenía mi interpretación. Los sueños presentados de este modo no eran muy oscuros, y la resistencia del sueño solía residir en los cuarenta y cinco minutos de material que lo precedía y que no era bueno para interpretarlo. Lo soñado, recordado y presentado está dentro de la capacidad de la fuerza y la estructura del yo.

De modo que esta paciente dependerá mucho de mí a lo largo de una fase; tengo esperanzas de que por su bien, no menos que por el mío, esta dependencia se mantendrá dentro de los límites de la transferencia, del encuadre y de las sesiones analíticas. Pero, ¿cómo saberlo de antemano? ¿Cómo puede uno hacer este tipo de diagnósticos que tiene que ver con la evaluación de las necesidades?

En los términos del cuidado del niño, me gustaría ejemplificar la regresión al servicio del yo examinando las fases de trato consentidor que los padres descubren que el niño necesita de tiempo en tiempo -hablo de los padres que no consienten a los hijos debido a sus propias ansiedades-. Estas fases de trato consentidor pueden sacar adelante a un niño sin ninguna intervención del médico o de la clínica de orientación infantil. Resulta difícil hacer referencia a un caso que no resulte extraño; con todo, éstas son cuestiones de experiencia común en la vida familiar, cuando los padres cuidan a sus hijos. Durante unas horas, días o semanas, en un contexto especial, se trata al niño como si fuera más pequeño. A veces sucede esto cuando la criatura se golpea la cabeza o se corta un dedo; en un instante deja de tener cuatro años para volver a tener dos, y chilla y se consuela con la cabeza en el regazo de la madre. A continuación, casi enseguida después de haber dormido un poco, de nuevo es un niño crecido, incluso más de lo que permitiría suponer su edad cronológica.

Tenemos un niño de dos años (Winnicott, 1963), que a los veinte meses reaccionó muy mal a la ansiedad de la madre -que ella siempre experimentaba frente a la concepción; formaba parte de su pauta el angustiarse extremadamente al concebir-. El niño dejó de usar el orinal y de emplear palabras; su progreso se detuvo. Cuando nació el bebé, no le fue hostil, pero quería que lo bañaran a él como al recién nacido. Cuando el bebé tomaba el pecho, él empezaba a chuparse el pulgar, algo que antes no hacía. Apelaba con muchos pedidos especiales a la indulgencia de los padres; durante muchos meses durmió en la cama de ellos. Se demoró su adquisición del lenguaje.

Los padres respondieron a todos esos cambios y pedidos de un modo satisfactorio, pero los vecinos decían que estaban malcriando al chico. Finalmente el niño emergió de su regresión o repliegue, y los padres pudieron dejar de consentirlo cuando él tenía ocho años, después de que hubiera pasado por una fase en la que les robaba dinero.

Por lo que sé, éste es un caso común en la psiquiatría infantil, sobre todo en la práctica privada, en la que atendemos a niños por síntomas que en la orientación infantil podrían considerarse insignificantes. Una parte importante de mi orientación en psiquiatría infantil ha sido el reconocimiento de que en tales casos no hay que pensar de inmediato en un psicoanálisis, sino en respaldar a esos padres en el manejo de la puerilidad del niño. Desde luego, uno podría proporcionar ayuda psicoanalítica mientras los padres realizan la atención mental del paciente, pero constituye una tarea formidable tratar a estos niños con psicoanálisis si no existe una provisión parental que satisfaga las necesidades de atención mental: Sin la atención mental proporcionada por los padres, el psicoanalista que hace psicoanálisis encontrará que el paciente no sólo sueña con que él se lo lleve a su casa, sino que lo necesita realmente.

Como corolario podemos decir que cuando el psicoanálisis ortodoxo de un niño tiene éxito, el psicoanalista debe reconocer que el hogar, las relaciones, los auxiliares, amigos, etcétera, de los padres realizaron prácticamente la mitad del tratamiento. No es necesario que ese reconocimiento sea explícito, pero tenemos que ser honestos acerca de estas cuestiones de la dependencia del paciente cuando construimos la teoría.

Ahora llego a la anterior relación infante-madre. Mucho se ha escrito sobre ella. Quiero llamar la atención de ustedes sobre el papel que desempeña la madre en el momento de la muy grande dependencia inicial del bebé. Aunque creo que los lectores conocen perfectamente esta cuestión, deseo volver sobre el argumento para después poder examinarlo.

En este punto me referiré a un escrito de Zetzel (1956). No necesito reunir todas las hebras entretrejidas en la confección de esta muy valiosa reseña de las concepciones actuales de la transferencia. Sólo tomaré de este escrito los párrafos en que la autora se refiere a mi propio trabajo. Ella escribe: "Otros analistas -por ejemplo, el doctor Winnicott- atribuyen la psicosis principalmente a experiencias traumáticas severas, en particular de privación en la infancia temprana. De acuerdo con este punto de vista, la regresión profunda ofrece la oportunidad de satisfacer en la situación de transferencia necesidades primitivas que no se habían satisfecho en el nivel correspondiente del desarrollo. Margolin y otros han hecho propuestas similares...".

Tengo ahora una valiosa oportunidad de recoger esta descripción de mi actitud respecto del tema; este tema tiene gran importancia debido al hecho de que uno de los ámbitos en crecimiento del psicoanálisis es el tratamiento del caso fronterizo, y también por su relación con el intento de formular una teoría de la enfermedad psicótica, especialmente la esquizofrenia.

En primer lugar, ¿atribuyo yo principalmente la psicosis a experiencias traumáticas severas, en parte de privación en la infancia temprana? Comprendo que sea ésta la impresión que he dado, y en el curso de la década pasada he modificado el modo de presentar mi concepción. Pero es necesario realizar algunas correcciones. He dicho definitivamente que en la etiología de la enfermedad psicótica, y particularmente de la esquizofrenia (salvo en cuanto actúan elementos hereditarios), debe observarse una falla en el proceso total del cuidado del infante. En un escrito he llegado a afirmar: "La psicosis es una enfermedad de deficiencia ambiental". Zetzel emplea la expresión "experiencias traumáticas severas"; estas palabras implican que ocurrieron cosas nocivas, cosas que parecen malas desde el punto de vista del observador. Las deficiencias a las que yo me refiero son fallas de la provisión básica -como mi viaje a los Estados Unidos cuando mi paciente no estaba preparada para las reacciones que se produjeron en ella ante mi partida-. En otros escritos he explorado muy detalladamente el tipo de falla que constituye una falla de la provisión básica. La idea principal es que todas estas fallas son impredecibles; el infante no puede explicarlas en términos de proyección, porque aún no ha llegado a la etapa de estructuración yoica que lo hace posible, y su resultado es la aniquilación del individuo cuyo "seguir-siendo" se interrumpe.

Si la propia madre no está enferma, de hecho evita este tipo de falla en el cuidado del infante.

Con la expresión "preocupación materna primaria", me he referido a los inmensos cambios que se producen en la mujer que tiene un bebé, y es mi opinión que este fenómeno, sea cual fuere el nombre que merezca, es esencial para el bienestar del infante. Es esencial porque sin él no hay nadie suficientemente identificado con el

niño que sepa lo que éste necesita, de modo que falta la ración básica de adaptación. Se comprenderá que no estoy refiriéndome a la adaptación sólo en los términos de la satisfacción de los impulsos del ello.

Una ración básica de la provisión ambiental facilita los muy importantes desarrollos madurativos de las primeras semanas y meses, y cualquier falla de la adaptación temprana es un factor traumático que obstaculiza los procesos integradores que conducen al establecimiento de un self que "sigue-siendo", que logra una existencia psicossomática y que desarrolla capacidad para relacionarse con los objetos.

De modo que la presentación de mi punto de vista incluiría los siguientes enunciados:

(i) Es en la enfermedad psiconeurótica donde encontramos los conflictos verdaderamente personales del individuo, relativamente libres de determinantes ambientales. Para llegar a la enfermedad psiconeurótica (y ni qué decir a la salud mental) uno tiene que haber sido suficientemente sano en la edad del deambulador.

(ii) Las bases de la salud mental del individuo se afirman en las etapas anteriores. Ellas suponen:

(a) procesos madurativos, que son tendencias heredadas, y

(b) las condiciones ambientales necesarias para que los procesos madurativos se vuelvan realidad.

Las fallas de la provisión ambiental básica temprana perturban los procesos de la maduración o impiden su canalización en el crecimiento emocional del niño individual; esta falla de los procesos madurativos, de la integración, etcétera, constituye la mala salud que denominamos psicótica. Esta falla de la provisión ambiental (privación) no es habitualmente denominada "deprivación", por lo cual necesitaba corregir las palabras de la referencia de Zetzel a mi obra.

(iii) Una complicación en la formulación de este enunciado es el hecho de que existe una posición intermedia, en la cual la provisión ambiental es buena al principio y después falla. Tiene éxito en cuanto permite una organización yoica considerable, y a continuación falla en una etapa anterior a la que permite al individuo establecer un ambiente interno -esto es, convertirse en independiente-. Esto es lo que habitualmente se denomina una "deprivación", y no conduce a la psicosis sino al desarrollo de una "tendencia antisocial" que a su vez puede llevar al niño a tener un trastorno del carácter y a convertirse en un delincuente que reincide.

Todas estas simplificaciones necesitan una elaboración que les he dado en otro lugar, pero que no podría reunir aquí. No obstante, deseo referirme brevemente a algunos de los efectos en nuestro modo de pensar de esta actitud respecto del trastorno mental.

(i) Una de estas consecuencias es que en las psicosis (pero no en las psiconeurosis) debemos esperar la aparición de casos de autocuración. Algún acontecimiento ambiental, quizás una amistad, proporciona la corrección de una falla de la provisión básica y quizá desate el nudo que impedía la maduración en uno u otro aspecto. En todo caso, en la psiquiatría infantil es a veces el niño muy enfermo el que puede adquirir la capacidad para empezar a crecer gracias a una psicoterapia de cafetería, mientras que en el tratamiento de la psiconeurosis uno siempre quiere proporcionar tratamiento psicoanalítico.

(ii) La segunda consecuencia es que una experiencia correctiva no basta. Sin duda, ningún analista pretende proporcionar una experiencia correctiva en la transferencia, porque ésta es una contradicción de términos; la transferencia y todos sus detalles recorren el proceso psicoanalítico inconsciente del paciente, y para su desarrollo depende de la interpretación que siempre está relacionada con el material presentado al analista.

Desde luego, la práctica de una buena técnica psicoanalítica podría ser en sí misma una experiencia correctiva, y, por ejemplo, es posible que en el análisis un paciente reciba por primera vez la atención total de otra persona, por limitada que esté a la sesión de cincuenta minutos confiablemente establecida; también es posible que sea la primera vez que está en contacto con alguien capaz de ser objetivo. Y así sucesivamente.

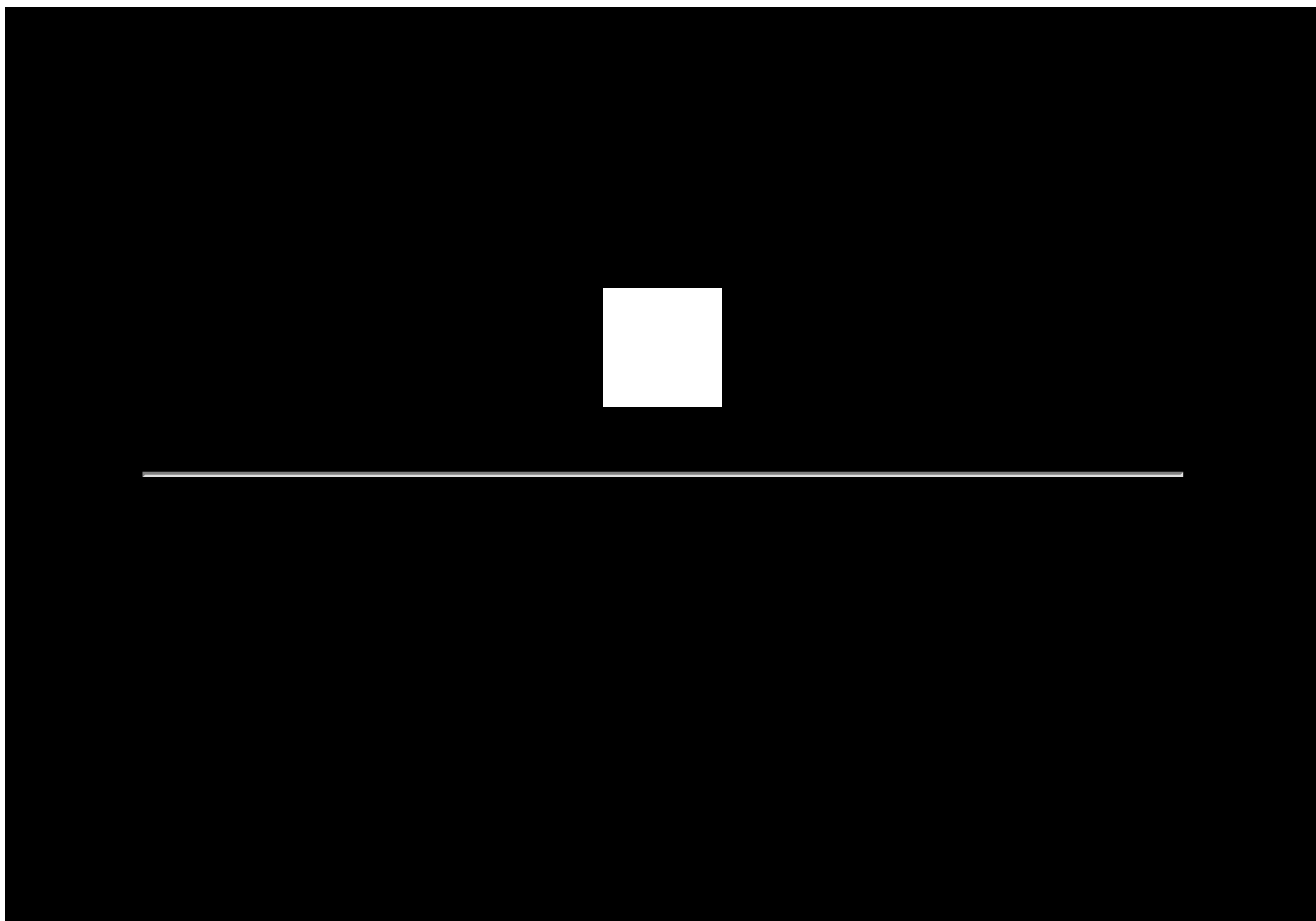
P S I K O L I B R O

Pero incluso en estos términos, la provisión correctiva nunca es suficiente. ¿Qué podría ser suficiente para que algunos de nuestros pacientes se pongan bien? En última instancia, el paciente utiliza las fallas del analista, a menudo muy pequeñas, quizás inducidas por el propio paciente, o bien ese paciente produce elementos transferenciales delirantes (Little, 1958) y nosotros tenemos que soportar que se nos comprenda mal en un contexto limitado. El factor actuante es que el paciente odia al analista por el fracaso que originalmente fue un factor ambiental, al margen del ámbito de control omnipotente del infante, pero que en el presente aparece representado en la transferencia.

De modo que al fallar -fallar al modo del paciente- terminamos teniendo éxito. Esto está muy lejos de la teoría simple de la cura gracias a una experiencia correctiva. De este modo, si el analista la canaliza, la regresión puede estar al servicio del yo y convertirse en una nueva dependencia en la que el paciente lleva el factor externo malo a la zona de su control omnipotente, un área manejada mediante mecanismos de proyección e introyección.

Finalmente, con respecto a la paciente a la que me he referido, no debo fallar en los aspectos del tratamiento relacionados con el cuidado infantil, hasta una etapa ulterior en la que ella me hará fallar de un modo determinado por su historia pasada. Lo que temo es que al permitirme la experiencia de un mes en el extranjero ya haya fallado prematuramente, sumando esta falla a las variables impredecibles de su infancia y su niñez, y en realidad enfermándola como sin duda la enfermaron en su infancia los factores externos impredecibles.

P S I K O L I B R O



Biblioteca D. Winnicott

Inmadurez adolescente

(Trabajo presentado en la 21 " Reunión Anual de la Asociación Británica de Sanidad Estudiantil, realizada en Newcastle-upon-Tyne, 18 de julio de 1968)

Observaciones preliminares

Mi enfoque de este tema tan amplio debe derivar del área en la que tengo una experiencia especial. Las observaciones que pueda hacer deben ser moldeadas por la actitud psicoterapéutica. Como psicoterapeuta pienso, lógicamente, en términos de el desarrollo emocional del individuo; el papel de la madre y el de ambos padres; la familia como un desarrollo natural en relación con las necesidades de la infancia; el papel de las escuelas y otros grupos, vistos como prolongación de la idea de la familia y como alivio respecto de las pautas familiares establecidas; el papel especial de la familia en relación con las necesidades de los adolescentes; la inmadurez del adolescente; el logro gradual de la madurez en la vida del adolescente; el logro por el individuo de una identificación con los grupos sociales y con la sociedad, sin pérdida excesiva de la espontaneidad personal; la estructura de la sociedad -término que empleo como nombre colectivo-, compuesta por unidades individuales, maduras o inmaduras; la abstracción de la política, la economía, la filosofía y la cultura, vistas como culminación de procesos naturales de crecimiento; el mundo como superposición de mil millones de pautas individuales, una sobre otra.

La dinámica es el proceso de crecimiento, que forma parte de la herencia de cada individuo. Doy por supuesta la existencia de un ambiente facilitador suficientemente bueno, condición sine qua non en el comienzo del crecimiento y desarrollo de cada individuo. Hay genes que determinan pautas y una tendencia heredada al crecimiento y al logro de la madurez, pero nada sucede en el crecimiento emocional si no es en relación con la provisión ambiental, que debe ser suficientemente buena. Como podrán observar, en este enunciado no se habla de perfección: ésta es propia de las máquinas, y las imperfecciones que caracterizan la adaptación humana a la necesidad son una cualidad esencial del ambiente facilitador. En la base de todo esto se encuentra la idea de la dependencia individual, que al principio es casi absoluta y que, gradualmente y de un modo ordenado, se va transformando en relativa y se orienta hacia la independencia. Esta no llega a ser absoluta, y el individuo que aparenta ser una unidad autónoma, en realidad nunca es independiente del medio, aunque en la madurez puede sentirse libre e independiente, en la medida en que ello contribuye a su felicidad y le procura la sensación de que tiene una identidad personal. Gracias a las identificaciones cruzadas, la clara línea que separa el yo del no-yo se vuelve borrosa.

Todo lo que he hecho hasta ahora es enumerar varias secciones de una enciclopedia de la sociedad humana en términos de una perpetua ebullición en la superficie del caldero del crecimiento individual visto colectivamente y reconocido como dinámico. La parte a la que puedo referirme aquí es necesariamente limitada, por lo cual considero importante situar lo que voy a decir en relación con el imponente telón de fondo de la humanidad, a la que se puede estudiar de muy distintos modos y contemplar desde uno u otro de los

extremos del telescopio.

¿Enfermedad o salud?

Tan pronto como dejo de lado las generalidades y comienzo a ocuparme de temas concretos, me veo precisado a decidir qué incluiré y qué omitiré. Por ejemplo, está la cuestión de la enfermedad psiquiátrica personal. La sociedad comprende a todos sus miembros. Su estructura la crean y mantienen sus miembros psiquiátricamente sanos. Sin embargo, tiene que contener también a los enfermos; por ejemplo:

los inmaduros (inmaduros en lo que se refiere a la edad); los psicopáticos (que son el producto de la privación; personas que, cuando alientan esperanzas, deben conseguir que la sociedad reconozca el hecho de que fueron privadas, sea de un objeto bueno o amado, sea de una estructura satisfactoria que inspirara confianza en su capacidad de soportar las tensiones resultantes del movimiento espontáneo); los neuróticos (atormentados por la motivación inconsciente y la ambivalencia); los melancólicos (que vacilan entre el suicidio y alguna alternativa, que puede estar entre los logros más elevados en términos de contribución); los esquizoides (que tiene ante sí, preestablecida, una tarea que les insumirá toda la vida: la de establecerse a sí mismos como individuos que poseen sentimientos de identidad y realidad); los esquizofrénicos (que no pueden, por lo menos en las fases mórbidas, sentirse reales, y que en el mejor de los casos logran algo sobre la base de vivir por delegación).

A éstos debemos añadir la categoría más difícil, a la que pertenecen muchas personas que ocupan posiciones de autoridad y responsabilidad, es decir, los paranoides, que están dominados por un sistema de pensamiento. Este sistema debe ser usado constantemente para explicarlo todo; la alternativa es para ellos una aguda confusión de ideas, una sensación de caos y la pérdida de la predecibilidad.

En cualquier descripción de las enfermedades psiquiátricas hay superposición. Las personas no se ajustan con exactitud a las categorías de enfermedad, lo que hace que la psiquiatría sea muy difícil de entender para médicos y cirujanos. "Usted tiene la enfermedad -dicen- y nosotros tenemos (o tendremos en un año o dos) los medios para curarla." Ningún rótulo psiquiátrico corresponde exactamente a un caso dado, y menos aún el de "normal" o "sano".

Podríamos considerar la sociedad desde el punto de vista de la enfermedad y ver cómo sus miembros enfermos de alguna manera obligan a que se les preste atención, y también cómo los grupos psiquiátricos, que comienzan en los individuos, colorean la sociedad; o bien examinar el modo como las familias y las unidades sociales pueden producir individuos que son psiquiátricamente sanos salvo por el hecho de que la unidad social a la que pertenecen los deforma o los vuelve ineficaces.

No es mi propósito considerar la sociedad desde ese punto de vista, sino en relación con su sanidad, es decir, con su natural crecimiento o rejuvenecimiento perpetuo determinado por la salud de sus miembros psiquiátricamente sanos. Digo esto aunque sé que en ocasiones la proporción de miembros psiquiátricamente enfermos de un grupo puede ser demasiado alta, de modo que los elementos sanos no pueden influir en ellos, ni siquiera con la suma de su salud. Entonces la unidad social misma se convierte en una baja psiquiátrica.

Por lo tanto, me propongo considerar la sociedad como si estuviera compuesta por personas psiquiátricamente sanas. Incluso así puede tener bastantes problemas.

Se advertirá que no he empleado el término "normal"; no lo he hecho porque está demasiado ligado al pensamiento fácil. Creo, sin embargo, que existe algo que puede denominarse salud psiquiátrica, y en consecuencia me considero justificado al estudiar la sociedad (según lo han hecho otros) como la formulación en términos colectivos del crecimiento individual orientado hacia la realización personal. El axioma es que, dado que la sociedad sólo existe como una estructura creada, mantenida y constantemente reconstruida por individuos, no puede haber realización personal sin sociedad, ni sociedad al margen de los procesos colectivos de crecimiento de los individuos que la componen. Y debemos aprender a dejar de buscar al ciudadano del

mundo y contentarnos con encontrar alguna que otra persona cuya unidad social se extienda más allá de la versión local de la sociedad, del nacionalismo o de los límites de una secta religiosa. En efecto, tenemos que aceptar el hecho de que las personas psiquiátricamente sanas dependen, en lo que se refiere a su salud y a su realización personal, de la lealtad a un crea limitada de la sociedad, tal vez el club de bolos local. ¿Y por qué no? Sólo si buscamos a Gilbert Murray en todas partes lo pasaremos mal.

La tesis principal

Un enunciado positivo de mi tesis me lleva de inmediato a los enormes cambios acaecidos en los últimos cincuenta años en lo que respecta a la importancia que se atribuye a los cuidados maternos suficientemente buenos. Esto incluye a los padres, pero los padres habrán de permitirme que emplee el término "materna" para describir la actitud total hacia los bebés y su cuidado. El término "paterno" hace su aparición necesariamente algún tiempo después que "materno". El padre como varón se convierte de manera gradual en un factor importante. Luego viene la familia, cuya base es la unión del padre y la madre, quienes comparten la responsabilidad por lo que hicieron juntos, un nuevo ser humano: un bebé.

Me referiré ahora a la provisión materna. Hoy sabemos que no es indiferente la manera como se sostiene y se manipula a un bebé, ni el hecho de que quien lo cuida sea en realidad la madre u otra persona. En nuestra teoría del cuidado del bebé, la continuidad del cuidado se ha convertido en un elemento central del concepto de ambiente facilitador, y observamos que mediante esta continuidad de la provisión ambiental -y sólo gracias a ella- el nuevo bebé en situación de dependencia puede lograr una continuidad en su línea de vida, en lugar de la pauta de reaccionar ante lo impredecible y comenzar de nuevo una y otra vez. (1)

Mencionaré aquí la obra de Bowlby: lo que éste afirma sobre la reacción del niño de dos años ante la pérdida (incluso temporal) de la persona de su madre, cuando ésta se prolonga más allá del lapso durante el cual es capaz de conservar viva su imagen, se acepta en general, si bien no ha sido plenamente explotado (2); pero la idea que hay detrás de esto abarca el tema íntegro de la continuidad de los cuidados y data del comienzo de la vida personal del bebé, es decir, desde antes de que éste perciba objetivamente a la madre total como la persona que es.

Hay asimismo otro rasgo nuevo: como psiquiatras de niños, no nos concierne solamente la salud. Desearía que esto fuese aplicable a la psiquiatría en general. Nos concierne la plenitud de la felicidad que se logra en la salud y que no se logra en la mala salud psiquiátrica, aunque los genes pueden llevar al niño a la realización.

En la actualidad observamos los barrios pobres no sólo con horror, sino también dispuestos a admitir la posibilidad de que para un bebé o un niño pequeño, una familia de esos barrios sea más segura y "buena" como ambiente facilitador que otra que vive en una casa encantadora de la que están excluidas las persecuciones comunes (3). También pensamos que vale la pena estudiar las diferencias esenciales entre las costumbres aceptadas por los diferentes grupos sociales: entre la costumbre de fajar a los niños, por ejemplo, y la de permitirles explorar y patear, que prevalece en forma casi universal en la sociedad, tal como la conocemos hoy en Gran Bretaña. ¿Cuál es la actitud local frente al chupete, la succión del pulgar y los ejercicios autoeróticos en general? ¿Cómo reacciona la gente ante las incontinencias naturales de los comienzos de la vida y su relación con la continencia? Y así sucesivamente. La fase de Truby King aún no ha sido superada por los adultos que reconocen a sus bebés el derecho a descubrir una moral personal; esto se pone de manifiesto en una reacción al adoctrinamiento que llega al extremo de la permisividad total. Quizá las diferencias entre los blancos y los negros de los Estados Unidos no tengan tanto que ver con el color de la piel como con la lactancia natural. La población blanca, criada con biberón, siente una envidia incalculable hacia los negros, que, según creo, son casi siempre alimentados al pecho.

Se advertirá que me intereso por la motivación inconsciente, un concepto no muy popular. Los datos que necesito no se pueden obtener haciendo llenar un cuestionario. No se puede programar una computadora de

P S I K O L I B R O

modo que descubra los motivos inconscientes de las personas utilizadas como cobayos en una investigación. Aquí es donde quienes se han pasado la vida practicando el psicoanálisis deben reclamar cordura frente a la insensata creencia en los fenómenos de superficie que caracteriza a la investigación por computadora de seres humanos.

Más confusión

Otra fuente de confusión es la fácil suposición de que si las madres y los padres crían bien a sus hijos habrá menos problemas. ¡Lejos de ello! Esta afirmación se relaciona con mi tema principal porque deseo sugerir que cuando observamos la adolescencia, en la que se manifiestan los éxitos y fracasos del cuidado del bebé y el niño, comprobamos que algunos de los problemas actuales están vinculados los elementos positivos de la crianza moderna y de las actitudes modernas hacia los derechos del individuo.

Si ustedes hacen todo lo posible para promover el crecimiento personal de sus hijos, tendrán que ser capaces de afrontar resultados alarmantes. Si sus hijos se encuentran a sí mismos, no se conformarán con nada que no sea encontrar la totalidad de sí mismos, lo cual incluye la agresión y los elementos- destructivos que hay en ellos, y también los elementos que pueden llamarse tiernos. Habrá así un prolongado forcejeo al que tendrán que sobrevivir.

En el caso de algunos de sus hijos, serán afortunados si con sus cuidados consiguen capacitarlos rápidamente para usar símbolos, jugar, soñar y ser creativos de modo satisfactorio, y aun así el camino a recorrer será tal vez fragoso. Siempre cometerán errores, esos errores les parecerán desastrosos y sus hijos tratarán de hacer que se sientan responsables por las contrariedades, aunque en verdad no lo sean. Sus hijos dirán, simplemente: "Yo no pedí que me trajeran al mundo".

Las recompensas llegan en la forma de la riqueza que puede aparecer gradualmente en el potencial personal de un hijo o una hija. Y si tienen éxito como padres, deben estar preparados para sentir celos de sus hijos, que cuentan con oportunidades de desarrollo personal mejores que las que ustedes tuvieron. Se sentirán recompensados si un día su hija les deja a sus propios hijos para que los cuiden, dando a entender así que los considera capaces de hacerlo bien, o si su hijo quiere parecerse al padre en algún aspecto o se enamora de una muchacha que también le agradaría al padre si fuese joven. Las recompensas son siempre indirectas. Y, por supuesto, ustedes saben que nadie les dará las gracias.

Muerte y asesinato en el proceso adolescente

Me referiré ahora a la forma como estas cuestiones afectan la tarea de los padres cuando sus hijos han alcanzado la pubertad o se debaten en las angustias de la adolescencia.

Aunque es mucho lo que se publica actualmente sobre los problemas individuales y sociales que han surgido en esta década en todos los lugares donde se concede a los adolescentes libertad para expresarse, tal vez no sea ocioso añadir un comentario personal sobre el contenido de la fantasía adolescente.

En la época del crecimiento adolescente, los jóvenes de ambos sexos emergen de un modo torpe y errático de la niñez, dejan atrás la dependencia y avanzan a tientas hacia la condición de adultos. El crecimiento no resulta sólo de tendencias heredadas, sino también de una interacción compleja con el ambiente facilitador. Si existe aún una familia que puedan usar, los adolescentes la usarán intensamente, y si la familia no está allí para ser usada o dejada de lado (uso negativo), se les deberán proporcionar pequeñas unidades sociales para contener el proceso de crecimiento adolescente. Los problemas que surgen en la pubertad son los mismos que existían en etapas más tempranas, cuando esos niños eran pequeños y relativamente inofensivos. Vale la pena señalar que si ustedes procedieron bien en las etapas tempranas y lo siguen haciendo en la actualidad, no por eso deben creer que todo marchará plácidamente. En realidad, deben esperar que haya problemas. Ciertos problemas son

intrínsecos de estas etapas posteriores.

Es útil comparar las ideas de los adolescentes con las de los niños. Así como en la fantasía del crecimiento temprano está presente la muerte, en la de la adolescencia está presente el asesinato. Incluso cuando el crecimiento en la pubertad progresa sin grandes crisis, es posible que se tengan que afrontar problemas agudos de manejo, porque crecer significa ocupar el lugar de los padres. Y lo significa realmente. En la fantasía inconsciente, crecer es intrínsecamente un acto agresivo. Y el niño tiene ahora otro tamaño.

Es legítimo y útil, creo, reflexionar sobre el juego "Soy el rey del castillo". Es un juego que se relaciona con el elemento masculino de varones y niñas. (El tema también podría enunciarse en términos del elemento femenino en niñas y varones, pero no puedo hacerlo aquí.) Corresponde a los comienzos del período de latencia y en la pubertad se transforma en una situación vital.

"Soy el rey del castillo" es una afirmación del ser personal. Es un logro de crecimiento emocional del individuo, una postura que indica la muerte de todos los rivales o la dominación sobre ellos. El ataque que se espera queda reflejado en estas palabras: "Y tú eres el sucio bribón" (o "¡Abajo, sucio bribón!"). Al nombrar al rival se sabe cuál es la propia posición. Poco después el sucio bribón derriba al rey y se convierte en el nuevo rey. Los Opie (1951) hacen referencia a estos versos. Afirman que el juego es muy antiguo, y que según Horacio (20 a. de C.), las palabras de los niños eran éstas:

Rex erit qui recte faciet;
Qui non faciet, non erit. (4)

Nada induce a pensar que la naturaleza humana haya cambiado. Lo que debemos hacer es buscar lo perdurable en lo efímero. Debemos traducir este juego de la niñez al lenguaje de la motivación inconsciente de la adolescencia y la sociedad. Cuando el niño se transforma en adulto, lo hace sobre el cadáver de un adulto. (Doy por sentado que el lector sabe que me estoy refiriendo a la fantasía inconsciente, el material en que se basan los juegos.) Sé, por supuesto, que los adolescentes pueden arreglárselas para pasar por esta etapa de crecimiento en un marco de permanente armonía con sus padres reales, sin mostrarse rebeldes en el hogar. Pero es sensato recordar que la rebeldía tiene que ver con la libertad que se les da a los hijos al educarlos de un modo que les permita existir por derecho propio. En ciertos casos podría decirse: "Se siembra un bebé y se cosecha una bomba". En realidad siempre es así, pero no siempre lo parece.

En la fantasía inconsciente total que caracteriza el crecimiento en la pubertad y la adolescencia está presente la muerte de alguien. Mucho es lo que puede manejarse mediante el jugar los desplazamientos, y sobre la base de identificaciones cruzadas, pero en la psicoterapia del adolescente individual (y lo digo como psicoterapeuta) afloran la muerte y el triunfo personal como algo intrínseco al proceso de maduración y a la adquisición de la condición de adulto. Esto hace las cosas bastante difíciles para los padres y los guardianes. Sin duda también para los adolescentes, que llegan con timidez al asesinato y al triunfo correspondientes a la maduración en esta etapa crítica. El tema inconsciente se manifiesta a veces como la experiencia de un impulso suicida o como suicidio real. Los padres casi no están en condiciones de ayudar; lo mejor que pueden hacer es sobrevivir, sobrevivir intactos, sin inmutarse ni renunciar a ningún principio importante. Lo cual no significa que no puedan crecer ellos mismos.

Una parte de los adolescentes saldrán malparados o alcanzarán cierta clase de madurez en lo que se refiere al sexo y al matrimonio, y quizá se conviertan en padres semejantes a sus propios padres. Esto puede ser suficiente. Pero en segundo plano se desarrollará una lucha de vida o muerte. La situación carecerá de su plena riqueza si se evita el enfrentamiento demasiado rápida y eficazmente.

Esto me lleva a lo que quiero destacar: la difícil cuestión de la inmadurez del adolescente. Los adultos maduros deben estar informados sobre ella y confiar en su propia madurez como nunca lo hicieron antes ni tendrán que hacerlo en el futuro.

Es difícil decir estas cosas sin ser mal interpretado, pues hablar de inmadurez suena despectivo. Pero no es ésa la intención.

A cualquier edad (a los seis años, por ejemplo), un niño puede verse obligado de pronto a asumir responsabilidades porque sus padres se han separado o porque uno de ellos ha muerto. En tal caso envejecerá prematuramente, se verá obligado a renunciar a sus juegos y perderá la espontaneidad y el despreocupado impulso creador. Más a menudo es un adolescente el que se encuentra en esa situación, debiendo hacer frente a la responsabilidad de votar o de dirigir un colegio. Por supuesto que cuando se dan ciertas circunstancias (enfermedad, muerte, problemas económicos) es inevitable inducir al adolescente a convertirse en un agente responsable aunque no esté maduro para ello. Puede haber niños más pequeños que criar y educar, o la imperiosa necesidad de obtener dinero para subsistir. Muy distinto es cuando los adultos, como consecuencia de una política deliberada, transfieren su responsabilidad: hacerlo equivale a traicionar a los hijos en un momento crítico. En relación con el jugar, o con el juego de la vida, significa que los padres abdican justo cuando los hijos se disponen a matarlos. ¿Es esto bueno para alguien? No para el adolescente, sin duda, que se incorpora así a la casta gobernante. Se pierden la actividad y los esfuerzos imaginativos de la inmadurez. La rebelión ya no tiene sentido, y el adolescente que triunfa demasiado pronto cae en su propia trampa, debe convertirse en dictador y esperar a que lo maten: no la nueva generación, sus propios hijos, sino sus hermanos. Naturalmente, tratará de dominarlos.

He aquí una de las muchas situaciones en que la sociedad pasa por alto con riesgo para sí misma la motivación inconsciente. Sin duda el material que recoge cotidianamente el psicoterapeuta en su labor podría ser utilizado en alguna medida por sociólogos y políticos, y también por los adultos corrientes, es decir, por las personas que son adultas en sus propias y limitadas esferas de influencia, aunque no siempre lo sean en su vida privada.

Lo que estoy afirmando (dogmáticamente para ser breve) es que el adolescente es inmaduro. La inmadurez es un elemento esencial de la salud en la adolescencia.

Hay una sola cura para ella, y es el paso del tiempo y la maduración que éste puede traer. Ambos llevan finalmente al surgimiento de una persona adulta. Es un proceso que no puede ser acelerado ni retardado, aunque sí interferido y destruido, y también debilitado desde adentro en la enfermedad psiquiátrica. Pienso en una joven que me permitió mantenerme en contacto con ella durante toda su adolescencia. No estaba en tratamiento. A los 14 años pensaba en el suicidio. En sus poesías quedaron registradas las etapas por las que estaba atravesando. Citaré una, muy breve, de las época en que comenzaba a emerger:

Si una vez te hieren, retira tu mano, jura no decir esas palabras y mantente alerta. No sea que, amando sin saberlo, descubras otra vez tu mano tendida.

O sea que estaba pasando de la fase suicida a otra en la que por momentos asomaba la esperanza. Hoy, a los 23 años, esta joven ha formado un hogar, ha comenzado a situarse en la sociedad y es capaz de depender de su pareja. No sólo disfruta de su hogar y de su hijo, sino que también ha sido capaz de afrontar los infortunios que le tocaron en suerte, de ver a sus padres desde otra perspectiva y de mantener una buena relación con ellos sin perder su identidad personal. El paso del tiempo ha logrado todo esto.

Pienso en un joven que, aunque concurría a una escuela bastante buena, no podía soportar las restricciones que ésta le imponía. Huyó para alistarse como marinero, sin lo cual hubieran terminado por expulsarlo. Durante algunos años le hizo la vida difícil a su madre, pero ésta no renegó de su responsabilidad hacia él. Después de un tiempo regresó y se inscribió en una universidad, donde tuvo un buen desempeño porque dominaba idiomas que los demás ni siquiera sabían que existieran. Más tarde tuvo varios empleos, hasta que finalmente se decidió por una carrera. Creo que se casó, pero no quiero dar la impresión de que el matrimonio es la solución definitiva, aunque no puede negarse que a menudo marca el comienzo de la socialización. Estas historias son corrientes y extraordinarias a la vez.

La inmadurez es una parte preciosa de la escena adolescente. Contiene los rasgos más estimulantes:

pensamiento creativo, sentimientos nuevos y frescos, ideas para un nuevo modo de vivir. La sociedad necesita ser sacudida por las aspiraciones de quienes no tienen responsabilidades. Si los adultos abdican, el adolescente se convierte en adulto en forma prematura, a través de un proceso falso. Un consejo a la sociedad podría ser éste: por consideración a los adolescentes y a su inmadurez, no les permitan apresurarse y alcanzar una falsa madurez transfiriéndoles una responsabilidad que aún no les corresponde, aunque luchen por ella.

Con la condición de que los adultos no abduquen, podemos considerar los esfuerzos de los adolescentes por encontrarse a sí mismos y determinar su destino como lo más estimulante que nos ofrece la vida. La concepción adolescente de una sociedad ideal es incitante y estimulante, pero lo esencial de la adolescencia es su inmadurez y el hecho de estar libre de responsabilidades. Esto último, su elemento más sagrado, dura tan sólo unos pocos años, y es una posesión que todo individuo debe perder al alcanzar la madurez.

Siempre me estoy recordando a mí mismo que aquello con lo que la sociedad debe convivir en forma permanente es el estado de adolescencia y no el adolescente individual, quien, ¡ay!, en pocos años se convierte en adulto y se identifica demasiado pronto con algún marco en el que otros bebés, otros niños y otros adolescentes pueden gozar de la libertad de tener visiones, sueños y nuevos planes para el mundo.

El triunfo lo constituye el logro de la madurez a través del proceso de crecimiento, no la falsa madurez basada en la fácil personificación de un adulto. Esta afirmación encierra hechos terribles.

Naturaleza de la inmadurez

Debemos examinar brevemente la naturaleza de la inmadurez. No hay que esperar que el adolescente tenga conciencia de ella o conozca sus características. Tampoco nosotros necesitamos comprender. Lo importante es que el desafío de los adolescentes encuentre oposición. ¿De quién?

Admito que siento que estoy maltratando el tema por el hecho de hablar de él. Cuanto más fácil nos resulta verbalizar, menos eficaces somos. Imaginen a una persona dirigiéndose a los adolescentes para decirles: "Lo que ustedes tienen de estimulante es su inmadurez". Sería un ejemplo grosero del fracaso en enfrentar el desafío adolescente. Tal vez la frase "enfrentar el desafío" represente n retorno a la cordura, puesto que ya no se habla de comprender sino de oponerse. Empleo aquí la palabra "oponerse" para significar que el adulto se mantiene firme y reclama el derecho de tener un punto de vista personal que pueda ser endosado por otros adultos.

El potencial de la adolescencia

Veamos ahora cuáles son las cosas que los adolescentes no han alcanzado.

Los cambios de la pubertad ocurren a distintas edades, incluso en los niños sanos. Varones y niñas no pueden hacer otra cosa que esperar a que se produzcan; la espera los somete a una gran tensión, sobre todo a los de desarrollo tardío. Estos, por lo tanto, suelen imitar a los que se han desarrollado tempranamente; la consecuencia es una falsa madurez que se basa en la identificación y no en el proceso innato de crecimiento. Por lo demás, los cambios no se producen únicamente en la esfera sexual. Hay crecimiento y aumento de la fuerza física, con lo que sobreviene un peligro real que confiere un nuevo significado a la violencia. Junto con la fuerza llegan la astucia y la destreza.

Sólo con el paso del tiempo y la experiencia de la vida puede un joven aceptar gradualmente la responsabilidad por todo lo que sucede en el mundo de la fantasía personal. Mientras tanto hay un gran riesgo de que la agresión se manifieste bajo la forma de suicidio; también puede presentarse como una búsqueda de la persecución, a través de la cual el adolescente intenta librarse de un sistema delirante persecutorio. Cuando hay una expectativa delirante de ser perseguido, existe el riesgo de que se provoque la persecución para librarse de

la locura y el delirio. Un joven psiquiátricamente enfermo con un sistema delirante bien formado puede precipitar un sistema de pensamiento de grupo y dar origen a episodios basados en una persecución provocada. La lógica carece de influencia cuando se ha logrado la encantadora simplificación de una posición persecutoria.

Pero lo más difícil es la tensión que suscitan en el individuo la fantasía sexual inconsciente y la rivalidad vinculada a la elección de objeto sexual.

El adolescente, todavía en proceso de crecimiento, no puede asumir aún la responsabilidad por la crueldad y el sufrimiento, la muerte infligida y sufrida que ofrece el escenario del mundo. Es lo que lo salva, en esta etapa, de la reacción extrema contra la agresión personal latente: el suicidio (aceptación patológica de la responsabilidad por todo el mal que existe o que se puede concebir). El sentimiento de culpa latente del adolescente es al parecer terrorífico, y se necesitan años para que se desarrolle en un individuo la capacidad de descubrir en su self el equilibrio entre el bien y el mal, así como el odio y la destrucción que, en su self, acompañan al amor. En este sentido, la madurez corresponde a un período posterior, y no se puede esperar que el adolescente vea más allá de la etapa siguiente, aquella en que tiene poco más de veinte años.

A veces se da por sentado que los jóvenes que tienen relaciones sexuales (y tal vez uno o dos embarazos en su haber) han alcanzado la madurez sexual. Pero ellos mismos saben que no es verdad y empiezan a despreciar el sexo como tal. Lo encuentran demasiado fácil. La madurez sexual tiene que incluir la fantasía sexual inconsciente en su totalidad, y en última instancia el individuo debe ser capaz de aceptar todo lo que acude a su mente junto con la elección del objeto, la constancia del objeto, la satisfacción sexual y el entrelazamiento sexual. Y está también el sentimiento de culpa que resulta apropiado en función de la fantasía inconsciente total.

Construcción, reparación, restitución

El adolescente ignora cuán satisfactorio es participar en un proyecto que se caracterice por la confiabilidad. o puede saber hasta qué punto el trabajo, a causa de su contribución a la sociedad, alivia el sentimiento personal de culpa (que es suscitado por los impulsos agresivos inconscientes, vinculados estrechamente a la relación de objeto y al amor) y contribuye de este modo a disminuir el miedo interior y la intensidad del impulso suicida o de la propensión a sufrir accidentes.

Idealismo

Puede decirse que una de las cosas más estimulantes de los adolescentes es su idealismo. Aún no se han instalado en la desilusión, y la consecuencia es que se sienten en libertad de formular planes ideales. Los estudiantes de arte, por ejemplo, se dan cuenta de que el arte podría enseñarse bien, y por lo tanto reclaman que así se haga. ¿Por qué no? Lo que no toman en cuenta es que muy pocas personas son capaces de hacerlo bien. O advierten que las instalaciones están atestadas y que podrían mejorarse, y protestan. Encontrar el dinero es tarea de otros. "Bien", dicen, "simplemente renuncien al programa de defensa y utilicen el dinero para construir nuevos edificios universitarios". Considerar las cosas a largo plazo no es propio de los adolescentes; es más natural que lo hagan las personas que han vivido muchas décadas y han comenzado a envejecer.

Todo lo expuesto hasta aquí está absurdamente resumido. No he mencionado la importancia primordial de la amistad. No me he referido a la posición de quienes permanecen solteros o postergan el matrimonio. Y he pasado por alto el problema vital de la bisexualidad, que se resuelve, aunque nunca enteramente, en función de la elección de objeto heterosexual y de la constancia de objeto. También he dado por sentadas muchas cosas relativas a la teoría del juego creativo. Está además la cuestión de la herencia cultural; no se puede esperar que, en la adolescencia, el joven corriente tenga sino una vaga noción de la herencia cultural de la humanidad, ya

que es preciso esforzarse mucho para conocerla. Cuando tengan 60 años, los que hoy son adolescentes estarán esforzándose por recuperar el tiempo perdido y conquistar las riquezas de la civilización y sus subproductos acumulados.

Lo principal es que la adolescencia es algo más que la pubertad, aunque en gran medida se basa en ella. Implica crecimiento, y éste requiere tiempo. Y mientras tiene lugar el crecimiento, la responsabilidad debe ser asumida por las figuras paternas. Si éstas abdican, los adolescentes tienen que revestirse de una falsa madurez y pierden su principal ventaja: la libertad de concebir ideas y actuar siguiendo sus impulsos.

Resumen

En síntesis, es estimulante que la adolescencia esté activa y haga oír su voz, pero los esfuerzos adolescentes que hoy se hacen sentir en todo el mundo deben ser enfrentados, deben cobrar realidad gracias a un acto de oposición. La oposición debe ser personal. Los adultos son necesarios para que los adolescentes tengan vida y vivacidad. Oponerse es contener sin represalia, sin espíritu de venganza, pero con fuerza. Es saludable recordar que la inquietud estudiantil de nuestros días y su expresión manifiesta pueden deberse en parte a la actitud que nos sentimos orgullosos de haber adoptado en lo que respecta al cuidado de los bebés y los niños. Que los jóvenes modifiquen la sociedad y enseñen a los adultos a ver el mundo de una manera nueva; pero que, allí donde esté presente el desafío de un joven en crecimiento, haya un adulto dispuesto a enfrentarlo. Lo cual no resultará necesariamente agradable.

En la fantasía inconsciente, éstas son cuestiones de vida o muerte.

·
·

P S I K O L I B R O



Biblioteca D. Winnicott

La integración del yo en el desarrollo del niño

(1962) El término yo puede utilizarse para describir la parte de la personalidad humana en crecimiento que en condiciones adecuadas tiende a integrarse en una unidad.

En el cuerpo de un infante anencefálico pueden producirse hechos funcionales e incluso localizaciones instintivas; esos hechos podrían denominarse experiencias de la función del ello si hubiera un cerebro. Podría decirse que, de haber habido un cerebro normal, se habría producido una organización de esas funciones, y a esa organización podría habersele asignado el rótulo de "yo". Pero sin ningún aparato electrónico no puede haber ninguna experiencia, y por lo tanto ningún yo.

Ahora bien, normalmente el funcionamiento del ello no se pierde; todos sus aspectos se reúnen y se convierten en experiencia del yo. De modo que no tiene sentido utilizar la palabra "ello" para designar fenómenos que no son abarcados, catalogados, experimentados y finalmente interpretados por el funcionamiento del yo.

De modo que en las etapas muy tempranas del desarrollo del niño, el funcionamiento del yo debe considerarse un concepto inseparable del de la existencia del infante como persona. La vida instintiva que exista al margen del funcionamiento del yo puede ignorarse, porque el infante no es todavía una entidad que tenga experiencias. No hay ningún ello antes del yo. Sólo a partir de esta premisa se justifica el estudio del yo.

Se verá que el yo se ofrece para su estudio mucho antes de que la palabra "self" tenga alguna pertinencia. La palabra self llega después de que el niño ha comenzado a utilizar el intelecto para mirar lo que los otros ven, sienten u oyen, y lo que conciben ante su propio cuerpo infantil (en este capítulo no estudiaremos el concepto de self).

La primera pregunta sobre el denominado yo es la siguiente: ¿existe un yo desde el principio? La respuesta es que el principio está en el momento en que empieza el yo (1).

Surge entonces la segunda pregunta: ¿es el yo fuerte o débil? La respuesta depende de la madre real y de su capacidad para satisfacer la dependencia absoluta del infante real al principio, antes de que separe el self de la madre.

En mi terminología, la madre suficientemente buena es capaz de satisfacer las necesidades del infante al principio y de hacerlo tan bien que el infante, cuando emerge de la matriz de la relación infante-madre, puede tener una breve experiencia de omnipotencia. (Esta experiencia debe distinguirse de la omnipotencia, que es el nombre de una cierta calidad de sentimiento.)

La madre puede hacer esto gracias a haberse entregado temporariamente a una tarea única, la de cuidar a su bebé. Lo que hace posible esta tarea es el hecho de que el bebé posee la capacidad de relacionarse con objetos subjetivos cuando la función de ego auxiliar de la madre opera como corresponde. En este sentido, el niño puede satisfacer el principio de realidad aquí y allí, en un momento y otro, pero no en todas partes a la vez; es

decir que conserva áreas de objetos subjetivos, junto con otras áreas en las cuales hay una relación con objetos percibidos objetivamente, u objetos "no-yo".

Es tanta la diferencia que existe entre el principio de un bebé cuya madre puede cumplir adecuadamente esta función y el principio de otro bebé cuya madre no está en condiciones de hacerlo, que resulta totalmente inútil describir bebés en sus etapas más tempranas si no es en relación con el funcionamiento de la madre. Cuando no hay un quehacer materno suficientemente bueno, el infante es incapaz de iniciar la maduración del yo, o bien el desarrollo del yo queda necesariamente distorsionado en ciertos aspectos vitalmente importantes.

Debe comprenderse que cuando hacemos referencia a la capacidad adaptativa de la madre, esto tiene poco que ver con su capacidad para satisfacer los impulsos orales del infante, por ejemplo proporcionándole un alimento satisfactorio. Lo que aquí examinamos corre paralelo con una consideración como ésta. Es sin duda posible gratificar un impulso oral y al hacerlo violar la función yoica del infante, o lo que más tarde se custodiará celosamente como el self, el núcleo de la personalidad. Una satisfacción alimentaria puede ser una seducción y tener un efecto traumático si le llega a un bebé sin la protección del funcionamiento del yo.

En la etapa que analizamos es necesario no considerar al bebé como una persona que tiene hambre y cuyos impulsos instintivos pueden ser satisfechos o frustrados, sino pensarlo como un ser inmaduro que está constantemente al borde de una angustia inconcebible. Lo que mantiene a raya esa angustia inconcebible es la función de la madre vitalmente importante es esta etapa: su capacidad para ponerse en el lugar del bebé y darse cuenta de lo que éste necesita en el manejo general del cuerpo y, por lo tanto, de la persona. El amor en esta etapa sólo puede -demostrarse a través del cuidado del cuerpo, como en la última etapa de un embarazo a término.

La angustia inconcebible tiene sólo unas pocas variedades, cada una de las cuales es la clave de un aspecto del crecimiento normal.

- (1) Fragmentarse.
- (2) Caer interminablemente.
- (3) No tener ninguna relación con el cuerpo.
- (4) No tener ninguna orientación.

Se reconocerá que estas variedades son la materia prima específica de las angustias psicóticas, y que en términos clínicos corresponden a la esquizofrenia o a la emergencia de un elemento esquizoide oculto en una personalidad en otros sentidos no psicótica.

En este punto es necesario interrumpir la secuencia de ideas para examinar el destino del bebé al que le falta un cuidado suficientemente bueno en la etapa temprana anterior a la separación del "no-yo" y el "yo". Se trata de un tema complejo debido a todos los grados y variedades de la falla materna. Resulta útil referirse en primer lugar a:

- (1) las distorsiones de la organización del yo que establecen las bases de las características esquizoides, y
- (2) la defensa específica del autosostén, o desarrollo de un self protector y organización de un aspecto de la personalidad que es falso (en cuanto lo que se muestra no deriva del individuo sino del aspecto del quehacer materno en la pareja infante-madre); esta es una defensa cuyo éxito puede generar una nueva amenaza al núcleo del self, aunque esté destinada a ocultarlo y protegerlo.

Las consecuencias de un yo auxiliar materno deficiente pueden ser severamente mutiladoras. Entre ellas se encuentran las siguientes.

A. Esquizofrenia infantil o autismo

Este es un grupo clínico bien conocido que incluye los trastornos secundarios a las lesiones cerebrales o la deficiencia física, y también algún grado de todos los tipos de fracaso de los detalles más tempranos de la maduración. En una cierta proporción de los casos no existe ninguna prueba de defecto o enfermedad neurológicos.

Es común en el campo de la psiquiatría infantil que el clínico no pueda decidir entre un diagnóstico de deficiencia primaria, una enfermedad de Little leve, una falla puramente psicológica de la maduración temprana en un niño con el cerebro intacto, o una mezcla de dos o tres de estos cuadros. En algunos casos hay pruebas de la existencia de una reacción a la falla del yo auxiliar, del tipo que describo en este capítulo.

B. Esquizofrenia latente

Hay muchas variedades clínicas de esquizofrenia latente en niños que pasan por normales, o que incluso presentan un intelecto especialmente brillante o un desempeño precoz. La enfermedad se pone de manifiesto en la fragilidad del "éxito". Pueden desencadenarla los esfuerzos y el estrés en etapas posteriores del desarrollo.

C. Autodefensa falsa

El empleo de defensas, en especial de una defensa falsa exitosa, les permite a muchos niños parecer promisorios, pero finalmente un colapso revela que en el escenario está ausente el self verdadero.

D. Personalidad esquizoide

En estos casos es común el desarrollo de un trastorno de la personalidad debido a un elemento esquizoide oculto en una personalidad en otros sentidos sana. Ciertos elementos esquizoides graves quedan socializados en la medida en que puedan ocultarse en una pauta de trastorno esquizoide aceptado en la cultura local de la persona.

Estos grados y tipos de defectos de la personalidad pueden relacionarse, en la investigación de casos individuales, con diversos tipos y grados de fracaso del sostén, la manipulación y la presentación de los objetos en la etapa más temprana. Esto no significa negar la existencia de factores hereditarios, sino más bien complementarlos en aspectos importantes.

El desarrollo del yo se caracteriza por varias tendencias:

La principal tendencia del proceso de maduración puede resumirse en los diversos significados de la palabra "integración". La integración en el tiempo se suma a lo que podríamos denominar integración en el espacio.

El yo se basa en un yo corporal, pero sólo cuando todo marcha bien la persona del bebé empieza a estar vinculada con el cuerpo y las funciones corporales, con la piel como membrana limitadora. Para denominar este proceso he empleado la palabra "personalización", porque "despersonalización" parece significar fundamentalmente una pérdida de la unión firme del yo con el cuerpo, incluso con los impulsos y satisfacciones del ello. (El término despersonalización tiene un significado más complejo en los escritos psiquiátricos.)

El yo inicia las relaciones objetales. Con un quehacer materno suficientemente bueno al principio, el bebé no está sometido a las gratificaciones instintivas, salvo en la medida en que haya participación del yo. En este sentido, no se trata tanto de proporcionarle satisfacciones como de permitirle que encuentre y concuerde con el objeto (el pecho, el biberón, la leche, etcétera).

Cuando tratamos de evaluar lo que hizo Sechehaye (1951) al darle a su paciente una manzana en el momento oportuno (realización simbólica), tiene poca importancia que la paciente comiera la fruta, sólo la mirara o la guardara después de tomarla. Lo importante era que esa paciente pudo crear un objeto, y Sechehaye no hizo más que permitir que el objeto tomara forma de manzana, de modo que la niña creó una parte del mundo real, una manzana.

Parece posible poner lado a lado esos tres fenómenos del crecimiento del yo con tres aspectos del cuidado del infante y el niño:

La integración forma pareja con el sostén.

La personalización forma pareja con la manipulación.

Las relaciones objetales forman pareja con la presentación objetal

Esto conduce a considerar dos problemas asociados con la idea de integración:

(1) Integración, ¿a partir de qué?

Resulta útil pensar el material del que surge la integración en términos de elementos motores y sensoriales, la materia prima del narcisismo primario. Esta adquiriría una tendencia a sentir la existencia. Puede utilizarse otro lenguaje en la descripción de esta parte oscura del proceso madurativo, pero para afirmar que ha empezado a existir un nuevo ser humano y a recoger experiencia que pueda llamarse personal es preciso postular los rudimentos de una elaboración imaginativa del funcionamiento puramente corporal.

(2) Integración, ¿con qué?

Todo esto tiende al establecimiento de un self unitario, pero nunca se subrayará demasiado que lo que sucede en esta etapa muy temprana depende de la protección del yo proporcionada por la madre de la conjunción infante-madre.

Puede decirse que la protección del yo suficientemente buena proporcionada por la madre (respecto de las angustias inconcebibles) le permite a la nueva persona humana erigir una personalidad sobre la base de la pauta de una continuidad del "seguir siendo". Todas las fallas (que podrían producir angustia inconcebible) generan una reacción del infante, y esta reacción corta el "seguir siendo". Si el reaccionar que quiebra el "seguir siendo" se reitera persistentemente, inicia una pauta de fragmentación del ser. El infante con una pauta de fragmentación de la línea de continuidad del ser tiene una tarea de desarrollo que casi desde el principio se inclina hacia la psicopatología. De modo que en la etiología de la inquietud, la hiperquinesia, la falta de atención (más tarde denominada incapacidad para concentrarse) podría haber un factor muy temprano, que data de los primeros días u horas de vida.

Corresponde observar aquí que, sean cuales fueren los factores externos, lo que importa es la visión (fantasía) que el individuo tiene de ellos. Pero además es necesario recordar que existe una etapa anterior al repudio del no-yo por el individuo. En esa muy temprana etapa no hay factores externos; la madre forma parte del niño, y la pauta de éste incluye la experiencia que él tiene de la madre, tal como ella es en su realidad personal.

Parecería que lo opuesto de la integración es la desintegración. Esto es cierto sólo en parte. Para designar lo opuesto necesitamos al principio una palabra como no integración. En el infante, la relajación significa no sentir la necesidad de integrarse, mientras da por sentada la función del yo auxiliar de la madre. Para comprender los estados de no excitación en los términos de esta teoría necesitamos una consideración adicional. El término "desintegración" se utiliza para describir una defensa compleja, que consiste en una producción activa de caos como defensa contra la no integración en ausencia del yo auxiliar materno, es decir, contra la angustia inconcebible o arcaica que resulta del fracaso del sostén en la etapa de la dependencia absoluta. El caos de la desintegración puede ser tan "malo" como la confiabilidad del ambiente, pero tiene la ventaja de que lo produce el propio bebé y por lo tanto es no ambiental. Está dentro del ámbito de la omnipotencia del bebé. En términos psicoanalíticos, es analizable, mientras que las angustias inconcebibles no lo son.

La integración está estrechamente vinculada con la función ambiental del sostén. La integración logra la unidad. Primero aparece el "yo", que incluye "todo lo otro no es yo". Después viene "yo soy, yo existo, yo recojo experiencias, me enriquezco y tengo una interacción introyectiva y proyectiva con el no-yo, como mundo real de la realidad compartida". Se suma lo siguiente: "Alguien me ve o comprende que yo existo". Y después: "Me es devuelta (como un rostro visto en un espejo) la prueba que necesito de que he sido reconocido como un ser".

En circunstancias favorables, la piel se convierte en el límite entre el yo y no-yo. En otras palabras, la psique ha empezado a vivir en el soma y se ha iniciado una vida psicósomática individual.

El establecimiento de un estado de yo soy, junto con el logro de una residencia o cohesión psicósomática, es un estado de cosas acompañado por un afecto específico de angustia que tiene una expectativa de persecución. Esta reacción persecutoria es inherente a la idea del repudio del "no-yo", que es paralela a la limitación del self unitario en el cuerpo, con la piel como membrana limitadora.

En la sintomatología de un tipo de enfermedad psicósomática hay insistencia en la interacción de psique y soma; esta interacción se mantiene como defensa contra la amenaza de una pérdida de la unión psicósomática, o contra una forma de despersonalización.

Por manipulación se entiende la provisión ambiental que se corresponde estrechamente con el establecimiento de una asociación psicósomática. Sin una manipulación activa y adaptativa suficientemente buena, realizar la tarea desde dentro bien puede resultar muy arduo, y quizá demuestre que es realmente imposible que ese desarrollo de la interrelación psicósomática quede adecuadamente establecido.

La iniciación de la relación objetal es compleja. Sólo puede producirla la provisión ambiental de la presentación del objeto, realizada de un modo tal que el bebé cree el objeto. La pauta es la siguiente: el bebé desarrolla una vaga expectativa que tiene su origen en una necesidad no formulada. La madre adaptativa presenta un objeto o una manipulación que satisface las necesidades del bebé, de modo que éste empieza a necesitar exactamente lo que la madre le presenta. De esta manera llega a tener confianza en ser capaz de crear objetos y de crear el mundo real. La madre le proporciona al bebé un período breve en el cual la omnipotencia es algo que se experimenta. Debo subrayar que al referirme a la iniciación de la relación objetal no estoy hablando de las satisfacciones y las frustraciones del ello, sino de las precondiciones, tanto internas como externas del niño, que establecen una experiencia del yo a partir de un amamantamiento satisfactorio (o de una reacción a la frustración).

Resumen

Mi objetivo consiste en realizar una exposición esquemática de mi concepción de los inicios del yo. Empleo el concepto de integración del yo y de su lugar en la iniciación del desarrollo emocional del niño, en el niño que está continuamente pasando de una dependencia absoluta a la dependencia relativa y a la independencia.

También rastreo los principios de la relación objetal dentro del marco de la experiencia y el crecimiento del bebé.

Más adelante trato de evaluar la importancia del ambiente real en las etapas más tempranas, es decir, antes de que el bebé haya separado al "no-yo" del yo. Hago contrastar la fuerza del yo del bebé que obtiene un yo auxiliar de la conducta adaptativa real de la madre, o amor, y la debilidad del yo del bebé para el que la provisión ambiental es deficiente en esta etapa muy temprana.

NOTAS:

- (1) Conviene recordar que el principio es una suma de principios.

Biblioteca D. Winnicott

La asistencia en internados como terapia

(Conferencia David Wills, pronunciada ante la Asociación de Profesionales para la Atención de Menores Inadaptados

el 23 de octubre de 1970. El doctor Winnicott murió en enero de 1971)

Gran parte del crecimiento es un crecimiento hacia abajo. Si vivo lo suficiente, espero consumirme y empequeñecerme hasta poder pasar por ese agujerito que llamamos morir. No necesito ir muy lejos para encontrar un psicoterapeuta vanidoso: ése soy yo. En la década de 1930, durante mi formación como psicoanalista, tenía la sensación de que con un poco más de preparación, habilidad y suerte podría mover montañas haciendo las interpretaciones correctas en el momento oportuno. Eso sería practicar la terapia, una terapia por la que valdría la pena afrontar las cinco sesiones semanales, su costo y el efecto disruptivo que el tratamiento de un miembro de una familia puede causar en el resto de ella.

Al ir adquiriendo mayor perspicacia, descubrí que también yo -como mis colegas- podía trabajar en forma significativa el material de los pacientes a medida que lo presentaban durante las sesiones; podía infundirles mayor esperanza y, por ende, inducirlos a comprometerse más y a acrecentar constantemente su valiosa cooperación inconsciente. En verdad, todo aquello era muy bueno y yo pensaba pasar el resto de mi vida profesional practicando la psicoterapia. En un determinado momento expresé mi opinión de que no había otra terapia que la practicada sobre la base de cinco sesiones semanales de 50 minutos y por el tiempo necesario (que podría abarcar varios años), por un psicoanalista formado en su especialidad.

Lo dicho parecerá una tontería, pero ésa no ha sido mi intención; sólo quiero decir que es una especie de comienzo. Tarde o temprano se inicia el proceso de empequeñecimiento; al principio es doloroso, hasta que uno se acostumbra. En mi caso, creo que empecé a empequeñecerme cuando vi por primera vez a David Wills. David no se permitiría enorgullecerse de su trabajo en un viejo asilo de pobres de Bicester. El suyo fue un trabajo notable y estoy orgulloso de él.

El lugar tenía dos características principales: baños grandes, construidos para que los viajeros pudieran bañarse con comodidad (originariamente, el conjunto de edificios había sido destinado a hotel estatal en la ruta de Oxford a Pershore), y por el ruibarbo de color champaña que crecía silvestre, el que era más apreciado por el personal del establecimiento (en el que me incluía como psiquiatra visitante) que por los muchachos.

Era apasionante participar en la vida de ese albergue para menores evacuados con problemas de conducta, creado a raíz de la guerra. Por supuesto, a él iban a parar los muchachos más indóciles de la región y era muy común oír la siguiente secuencia de ruidos: se acercaba un auto a cierta velocidad; alguien tiraba de la campanilla, desencadenando un estruendo de campanillazos, y abría la puerta de entrada; luego se oía un portazo y el rugido de un auto que había quedado con el motor en marcha y ahora arrancaba como si lo persiguiera el demonio. Íbamos hasta la entrada y descubríamos que habían introducido rápidamente a un niño o adolescente, a menudo sin previo aviso telefónico. Acababan de encajarle un nuevo problema a David Wills... Tal vez el muchacho sólo había prendido fuego a una parva de heno u obstruido las vías del ferrocarril, pero estas travesuras eran mal vistas en la época de Dunquerque, cuando vivíamos sobre el filo de la navaja

con respecto al cariz que tomaría la guerra. Fuera cuales fueren las circunstancias, detrás de aquella puerta violentamente cerrada siempre había un nuevo huésped.

¿Qué papel desempeñé allí? Bueno, aquí es donde trataré de describir el crecimiento hacia abajo. Al principio, en mis visitas semanales veía a uno o dos menores, en entrevistas individuales donde ocurrían las cosas más sorprendentes y reveladoras. A veces conseguía que David y algunos miembros del personal especializado escucharan mi relato de la entrevista y mis estupendas interpretaciones, basadas en un insight profundo, del material presentado atropelladamente por chicos ansiosos de recibir ayuda personal. Empero, me daba cuenta de que mis pequeñas semillas caían en suelo pedregoso.

Aprendí bastante pronto que en aquel albergue ya se hacía terapia. La practicaban sus muros y techos; los vidrios del invernadero, que servían de blanco a los ladrillazos; los baños absurdamente grandes, en los que debía quemarse una cantidad enorme de carbón -tan escaso y costoso en tiempos de guerra- para que los chicos pudieran chapotear y nadar en las bañeras con agua caliente hasta el ombligo.

La practicaban el cocinero; la regularidad con que llegaba la comida a las mesas; los cobertores suficientemente abrigados y quizá de colores cálidos; los esfuerzos de David por mantener el orden pese a la escasez de personal y a un sentimiento constante de futilidad absoluta, porque la palabra "éxito" era ajena a la labor que cumplía aquel asilo de pobres de Bicester. Por supuesto, los muchachos se escapaban, robaban en las casas de la vecindad y se empeñaban en romper vidrios, hasta que la comisión directiva del albergue empezó a preocuparse en serio. El ruido de vidrios rotos adquirió proporciones de verdadera epidemia. Por suerte el ruibarbo de color champaña crecía muy lejos de los pabellones, hacia el oeste, en un lugar tranquilo donde los agotados miembros del personal podían quedarse a contemplar la puesta del sol.

Cuando empecé a investigar más a fondo lo que sucedía en el albergue, descubrí que David estaba haciendo cosas importantes, basándose en determinados principios que todavía hoy estamos tratando de establecer y relacionar con una estructura teórica. Tal vez sea una forma de amar, sobre la que me explayaré más adelante. Por ahora tenemos que examinar las prácticas naturales en un medio hogareño, para poder imitarlas deliberadamente y adaptarlas, de manera económica, a las necesidades individuales de los niños o a la atención de las situaciones particulares que se presenten.

Sigo hablando de David Wills no sólo porque esta conferencia lleva su nombre, sino también porque verlo trabajar fue para mí uno de los primeros aldabonazos educativos que me hicieron comprender la existencia de un aspecto de la psicoterapia que no se puede describir en términos de hacer la interpretación correcta en el momento adecuado.

Naturalmente, necesité aquella década de estudios en la que exploré a fondo el uso de la técnica que deriva realmente de Freud y que él ideó para investigar lo inconsciente reprimido; por supuesto, este objeto de investigación no admitía un enfoque directo. Sin embargo, empecé a percatarme de que en la psicoterapia es preciso que, al cabo de la entrevista individual, el niño o adolescente pueda regresar a un tipo de cuidado personal, y que hasta en el psicoanálisis propiamente dicho y por tal entiendo el tratamiento basado en un régimen de cinco sesiones semanales, que estimula el pleno desarrollo de la transferencia- se necesita un aporte especial del paciente, que podría describirse como cierto grado de confianza en las personas y en el cuidado y ayuda disponibles.

Por ejemplo, David había organizado una especie de sesión semanal en la que participaban todos los muchachos y podían hablar con entera libertad. Como se supondrá, su conducta era desordenada y a menudo exasperante: daban vueltas por el salón; se quejaban de esto y de aquello; cuando se les pedía que juzgaran a un infractor, sus veredictos solían ser muy duros y hasta crueles. No obstante, en la atmósfera de extremada tolerancia que David lograba crear, algunos menores expresaban cosas muy importantes. Uno percibía de qué modo cada muchacho trataba de afirmar una identidad sin lograrlo en realidad, salvo, quizá, por medio de la violencia. Podría decirse que cada niño clamaba por una ayuda personal (lo mismo harían las niñas en igual situación), pero ese tipo de ayuda no está disponible para todos y en aquel albergue se trabajaba a partir del

manejo grupal.

Sé que muchos han hecho este trabajo antes que Wills y después de él; David diría que él mismo lo hizo mucho mejor en otros lugares. Aun así, desde mi punto de vista, en Bicester se llevó a cabo una labor excelente, imposible de medir con la vara de los éxitos y los fracasos superficiales. También es cierto que aquel grupo de varones era excepcionalmente difícil de tratar, por cuanto estaban a medio camino entre la esperanza y la desesperanza. En general no habían abandonado las esperanzas, pero tampoco podían ver hacia dónde debían orientar su búsqueda de ayuda para obtenerla. El modo más fácil de conseguir ayuda es recurriendo a la provocación y la violencia, pero los niños del albergue tenían esta otra alternativa, tan diferente, que les permitía guardar sus quejas para sus adentros y expresarlas en las reuniones de los martes a las cinco de la tarde.

A esta altura de mi disertación, es preciso examinar con detenimiento la terapia que suministran las instituciones asistenciales de internados. Empero, desearía advertir ante todo que dichas instituciones no son una mera necesidad planteada por la insuficiencia de personal con formación adecuada para brindar tratamiento individual. La terapia de internado se creó para suplir la falta de dos condiciones esenciales para la terapia individual, o bien de una de ellas. La primera es disponer de un medio que posibilite el tratamiento adecuado a los pacientes como individuos; en el caso de estos niños, el único medio apto para ese tratamiento es el internado. La segunda es que el niño posea un ambiente interno, como lo denominó Willi Hoffer (1), o sea una experiencia de suministro ambiental suficientemente bueno que haya sido incorporada y adaptada a un sistema de confianza en aquello que lo rodea; los niños inadaptados traen consigo una baja cuota de ambiente interior. Cada caso requiere un doble diagnóstico, personal y social.

Los internados pueden suministrar ciertas condiciones ambientales que, de hecho, necesitamos comprender para practicar el psicoanálisis, aun en su forma más clásica. Empero, psicoanalizar a un paciente no significa tan sólo verbalizar el material que él aporte, listo para ser verbalizado, en una forma de cooperación inconsciente -aunque sabemos que cada vez que esto se logra, disminuye proporcionalmente el esfuerzo del paciente por mantener reprimido algo, el cual entraña siempre un desperdicio de energía y genera síntomas-. Aun en un caso adecuado para el psicoanálisis clásico, lo principal es suministrar condiciones que permitan este tipo especial de trabajo y permitan obtener la cooperación inconsciente del paciente para producir el material que se verbalizará. En otras palabras, el requisito previo para que una interpretación clásica y correcta resulte eficaz es que el paciente adquiera confianza (o como quiera llamársela).

Cuando trabajamos en internados podemos prescindir de la verbalización y del material listo para su interpretación porque allí se hace hincapié en la provisión total, que es el medio, pero salta a la vista que hay ciertos elementos imprescindibles. Sólo enumeraré algunos:

1) Si el internado es bueno, hay en él una actitud general que lleva implícita una confiabilidad inherente. Ustedes querrán que me apresure a advertir que esta confiabilidad es humana y no mecánica. Podría ser mecánica, en el sentido de que el servicio puntual de las comidas ayuda a crear esa confiabilidad, pero, sean cuales fueren las reglas establecidas, ella será relativa porque los seres humanos no son confiables. Un psicoanalista puede serlo durante las cinco sesiones semanales de 50 minutos, aunque en su vida privada sea tan poco confiable como cualquier otra persona; esto es importantísimo, y se aplica igualmente a una enfermera, un asistente social o quienquiera trate a otros seres humanos. El punto esencial de la asistencia en internados, cuando se la encara como terapia, es que los niños comparten la vida privada de los asistentes sociales y, por ende, "se contagian" esa falta de confiabilidad tan humana. No obstante, hasta en un servicio de 24 horas hay cierta orientación profesional y, en todo caso, se debe alentar al personal especializado a que se tome un tiempo de descanso, además de darle la oportunidad de desarrollar una vida privada.

Si examinamos los fundamentos del papel terapéutico de la confiabilidad, vemos que un alto porcentaje de los

menores que son candidatos a ingresar en un internado se han criado en un ambiente caótico, ya sea de modo general o en una fase específica de su vida (pueden darse ambas cosas). Para un niño un ambiente caótico es sinónimo de imprevisibilidad, en el sentido de que él siempre debe estar preparado para un trauma y esconder el sagrado núcleo de su personalidad donde nada pueda tocarlo, para bien o para mal. Un ambiente atormentador confunde la mente y el niño puede desarrollarse en un estado de constante confusión, sin organizarse nunca en cuanto a su orientación. En el lenguaje clínico decimos que estos niños son inquietos, carentes de todo poder de concentración e incapaces de perseverar en algo. No pueden pensar en lo que serán cuando lleguen a la edad adulta. En realidad, se pasarán la vida ocultando lo que podríamos denominar su verdadero self. Quizá lleven algún tipo de vida en la periferia del falso self, pero su sentido de estar existiendo estará vinculado con un self verdadero central e inaccesible [un-get-at-able]. Si acaso se les da la oportunidad de quejarse, se lamentarán de que nada les parece real, esencialmente importante o una verdadera manifestación del self. Quizás encuentren una solución en el sometimiento, con una violencia siempre latente y a veces manifiesta. Detrás de su aguda confusión mental está el recuerdo de la angustia impensable que experimentaron cuando, por una vez al menos, encontraron el núcleo de su self y lo lastimaron. Esta angustia es física e intolerable para el individuo que la padece. La describimos como una caída perpetua, desintegración, falta de orientación, etc., y debemos saber que los niños que llevan encima el recuerdo de semejante experiencia difieren de los niños que, habiendo recibido un cuidado suficientemente bueno en los inicios de su infancia, no tienen que habérselas siempre con esta amenaza oculta.

Con el tiempo, la confiabilidad humana suministrada en un internado puede poner fin a un grave sentimiento de imprevisibilidad, por lo que podemos describir en estos términos gran parte de la acción terapéutica ejercida por la asistencia brindada en el internado.

2) Podemos ampliar esta idea en términos de sostén [holding]. Al principio es de carácter físico (el óvulo y luego el feto son "sostenidos" dentro de la matriz); después se le añaden elementos psicológicos (el bebé es sostenido en los brazos de alguien); más adelante, si todo va bien, aparece la familia, y así sucesivamente. Si un internado se ve en la necesidad de suministrar un sostén al niño en una fase muy temprana de su infancia afrontará una tarea difícil o imposible; empero, muy a menudo la terapia que produce el internado radica en que el niño redescubre en ese ambiente una situación de sostén suficientemente buena, perdida o desbaratada en una etapa determinada de su vida. James y Joyce Robertson nos han aclarado con creces todo esto en sus escritos y películas; por su parte, John Bowlby ha hecho más que nadie por atraer la atención del mundo hacia la sacralidad de la situación de sostén temprana y las dificultades extremas con que se topan quienes intentan remediarla. Debemos recordar en todo momento que cuando un niño está desesperanzado su sintomatología no es muy molesta; en cambio, cuando abriga esperanzas, sus síntomas empiezan a incluir el robo, la violencia y reclamos fundamentales que sería irrazonable satisfacer, salvo cuando se refieran a la recuperación de lo perdido... o sea, el reclamo que hace a sus padres el niño de muy corta edad.

3) Querrán que mencione el hecho de que la terapia practicada en un internado nada tiene que ver con una actitud moralista. El profesional puede tener sus ideas con respecto al bien y el mal. Sin duda, el niño tendrá su propio sentido moral, ya sea en forma latente -en espera de una oportunidad de convertirse en un rasgo de su personalidad- o bien como un elemento presente y ferozmente punitivo.

Sin embargo, el profesional que trabaja en un internado no hará terapia relacionando la sintomatología con el pecado. El uso de una categoría moralista, en vez de un código de diagnóstico, no reporta beneficio alguno, porque el segundo se basa realmente en la etiología, o sea, en la persona y el carácter de cada niño.

Tal vez sea preciso castigar a los niños "difíciles", pero tal necesidad deriva de las molestias y la irritación que provoca su sintomatología en quienes tratan de que el internado cause buena impresión entre los miembros de la comisión directiva que los visiten, pues éstos representan a la sociedad, que brinda el necesario apoyo económico. En todo caso es posible que los niños prefieran recibir un castigo limitado, porque es mucho menos abrumador que el castigo vengativo que prevén. El espíritu vengativo no tiene cabida alguna en el cuidado del niño y la asistencia en internados, pero todos somos humanos y es posible que durante el año casi todos hayamos tenido un momentáneo arranque vengativo. Sería una simple falla humana, ajena a la técnica

terapéutica.

4) Aún quedarían por mencionar muchos otros grandes principios. Uno de ellos tiene que ver con la gratitud. Yo diría que ustedes no esperan recibirla, en la medida en que su lema sea practicar la terapia. Todo cuanto hacen en tal sentido son actitudes profesionales deliberadas, fundadas en cuestiones propias del hogar natural, y si un progenitor da por sentado el agradecimiento del bebé está abrigando falsas esperanzas. Como es sabido, los padres esperan largo tiempo antes de hacer que un niño diga "gracias" y, cuando lo hacen, no pretenden que ese "gracias" signifique "gracias" (los Beatles ridiculizaron muy bien esta idea en su canción "Muchas gracias"). Los niños descubren que decir "gracias" forma parte del sometimiento y pone de buen humor a las personas. La gratitud es algo muy refinado, que puede aparecer o no según el rumbo que tome el desarrollo de la personalidad del niño. Podríamos decir con frecuencia que siempre recelamos de la gratitud, en especial si es exagerada, pues sabemos cuán fácilmente puede ser una manifestación de aplacamiento. Por supuesto, no le estoy pidiendo a nadie que rechace un regalo; tan sólo estoy diciendo que ustedes no hacen su trabajo con miras a recibir el agradecimiento de los niños. En una reciente asamblea de asistentes sociales, el director del colegio de Derby citó la siguiente exhortación de San Vicente de Paúl a sus discípulos: "Rogad a Dios que los pobres los perdonen por ayudarlos". Creo que esta frase contiene la idea que estoy formulando; cabría esperar que nosotros diéramos gracias a los niños por estar necesitados de asistencia, aunque al usar la terapia que les suministramos puedan fastidiarnos y agotarnos.

5) Cuando les va bien, los niños se descubren a sí mismos y se vuelven molestos; ésta es una parte importante del aspecto terapéutico de nuestra labor. Esos niños atraviesan por fases en que la violencia y el robo son las únicas formas posibles de manifestar su esperanza. Todo niño que recibe tratamiento terapéutico en un internado pasa inevitablemente por una fase en la que se convierte en candidato a chivo emisario. ("Si tan sólo pudiéramos librarnos de ese chico, estaríamos muy bien"). Este es el período crítico. Creo que coincidirán conmigo en que en tales períodos la tarea de ustedes no es curar los síntomas, predicar la moral u ofrecer sobornos, sino sobrevivir. En este medio, "sobrevivir" significa no sólo salir del trance vivos e indemnes, sino también no verse provocados a adoptar una actitud vengativa. Si sobreviven, y sólo entonces, tal vez se sientan utilizados (de manera muy natural) por ese niño que se está transformando en persona y que recién ha adquirido la capacidad de manifestar un gesto de cariño bastante simplificado.

Hasta es posible que de vez en cuando le oigan decir "gracias", pero por cierto las habrán merecido, porque han tratado de hacer algo que debería haber sido hecho cuando el niño se hallaba en una etapa temprana de su desarrollo y que se perdió a causa de las rupturas de la continuidad de la vida del niño en su hogar natural. Ustedes deben tener por fuerza cierto porcentaje de fracasos, y también deberán sobrevivir a esto para poder disfrutar de los éxitos ocasionales.

Espero haber puesto en claro que, desde mi punto de vista, la asistencia en internados puede ser un acto de terapia muy deliberado, hecho por profesionales en un medio profesional. Puede ser una manera de manifestar cariño, pero a menudo debe parecer una forma de odio, y la palabra clave no es "tratamiento" o "cura", sino más bien "supervivencia". Si ustedes sobreviven, el niño tiene una probabilidad de crecer y transformarse en algo parecido a la persona que habría sido, si el derrumbe de su ambiente no hubiese acarreado el desastre.

Biblioteca D. Winnicott

Ernest Jones - nota necrológica (1958)

Publicado en International Journal of Psycho-Analysis (1958).

La muerte de Ernest Jones tiene primordial significación para todo el mundo psicoanalítico. Naturalmente, esta significación es mayor aún en el caso de la Sociedad Psicoanalítica Británica, ya que Jones fue el fundador de la Sociedad y durante muchos años imperaron en ella su personalidad y su devoción. Para algunos de sus miembros, en especial aquellos cuyas raíces psicoanalíticas se remontan a la década posterior a la Primera Guerra Mundial, la muerte de Jones constituye una gran pérdida personal.

Jones nació en Gales del Sur. Fue educado en la escuela pública de Swansea y en el Colegio Universitario de Cardiff, y recibió su formación médica en el Hospital del Colegio Universitario de Londres. Desde sus primeros años de vida profesional mostró señales inconfundibles de su excepcional capacidad. Estaba dotado de uno de los más finos intelectos y, al mismo tiempo, de un tenaz empuje para el trabajo arduo y para concentrarse en lo que tenía entre manos. En esta temprana etapa de su vida, sus intereses abarcaron la medicina clínica, la cirugía, la neurología, la patología y también la psiquiatría clínica -si bien esta última, tal como hoy la conocemos, era entonces casi inexistente-. Sin lugar a dudas, en esta etapa la amistad de Wilfred Trotter fue importante para él. Trotter y Jones "descubrieron" juntos a Freud. Este colega suyo, cuyo destino estaría en las primeras filas de la cirugía, contribuyó positivamente en años posteriores a la teoría de la conducta y de la cohesión grupales. Por cierto, esta amistad fue valiosa para Jones en la época en la cual, según él mismo lo narra en su autobiografía (1), comenzaba a aprender penosamente que los médicos, cirujanos y psiquiatras no querían ver invadidos sus respectivos terrenos por la disciplina de una nueva ciencia.

En 1910 Trotter contrajo matrimonio con la hermana de Jones. La evolución de esta amistad está bien descrita en la autobiografía.

Jones se diplomó en 1900 con medalla de oro tanto en medicina como en obstetricia. En 1903 volvió a recibir la medalla de oro en el examen de doctorado de Londres. Se incorporó como miembro del Colegio Real de Médicos en 1904 y al año siguiente se le concedió el diploma de Salud Pública (Cambridge). Una vez recibido, ocupó varios puestos hospitalarios en el Hospital del Colegio Universitario de Londres; en el Hospital Nacional de Queen Square, Londres; en el Hospital para Enfermedades Infantiles de Great Ormond Street, Londres; y en el Hospital Real de Oftalmología, Londres. Fue patólogo del Hospital de Enfermedades Nerviosas del West End y catedrático de práctica de la neurología en la Escuela de Clínica Médica de Londres. Muy pronto comenzó a intervenir activamente en reuniones científicas de estudiantes y colegas, y como se había recibido de médico muy joven, preparó a muchos otros para obtener el título a través del Colegio Universitario por Correspondencia de Red Lion Square, Londres, dirigido por un tal E. S. Weymouth. Continuó con esta ímproba labor durante alrededor de veinte años, incluso cuando se estableció en Canadá. A la postre, su esposa Katherine lo persuadió de utilizar sus energías en esta dirección.

Jones comenzó a publicar a una temprana edad, y su producción fue cuantitativamente considerable, como lo evidencia la lista de sus obras publicadas (véase la bibliografía de Grinstein) (2).

Tal vez sea interesante repasar sus escritos de esta temprana época, en la que ya aparecen manifestaciones de su enorme capacidad de trabajo y sus vastas lecturas, asociadas ambas con toda su obra escrita. En un artículo de 1907 sobre "La cirrosis hepática alcohólica en niños" (3), ¡Jones da 185 referencias bibliográficas! Otro ejemplo de la cantidad de trabajo que estaba dispuesto a hacer en la preparación de un artículo es "La cuestión del lado afectado por hemiplejia en las lesiones de las arterias cerebrales" (4).

El propósito de este artículo era exponer una falacia de las enseñanzas de la época, según la cual la lesión hemipléjica aparecía con más frecuencia de un lado que del otro. ¡Jones cita 5281 casos publicados, y al final del artículo hay siete páginas de referencias bibliográficas con letra apretada, casi un millar en total!

Esta misma actitud acerca de las obras publicadas está presente en una fecha posterior, en su libro On the Nightmare [Sobre la pesadilla] (5), en el artículo "La significación simbólica de la sal" (6), así como en muchos otros artículos y libros.

Cabe preguntarse qué habría sucedido si Jones no se hubiera topado con la obra de Freud. ¿Quizás habría explotado sus dotes intelectuales perdiendo contacto con las cuestiones corrientes de los sentimientos? Resulta interesante, si se quiere especular en este sentido, echar un vistazo a su artículo "La significación de la sensación frictopática" (7), en cuyo final leemos:

Conclusiones: Las sensaciones caracterizadas por los seis rasgos que aquí hemos agrupado bajo la designación de "frictopáticos" obedecen a una división entre las sensibilidades estésicas y las sensaciones mnémicas autosomatognósticas de una parte del cuerpo, resultante de la desagregación histérica que implica al grupo de procesos mentales mencionado en último término; el grado en que se destacan tales rasgos es una medida precisa del grado de dicha división.

En sus escritos siguientes, Jones parece haber evitado precisamente la clase de inteligencia especializada que aquí se ejemplifica.

Fue por esta época que asimiló la contribución de Freud. Había llegado a dominar la lengua alemana, y como estudiante de posgrado en Munich se familiarizó con la neurología y la psiquiatría alemanas. Al año siguiente, en 1909, envió como colaboración al Journal of Abnormal Psychology una nota sobre el psicoanálisis. Es evidente que el psicoanálisis y el nuevo interés por la vida emocional del individuo produjeron en él un profundo cambio.

Digamos de paso que la palabra "frictopático" parece haber sido invención suya. Debe destacarse que Jones no fue proclive a instituir nuevos términos y criticó a quienes lo hacían con excesiva facilidad. Sin embargo, la palabra "racionalización", que fue creación suya, hoy forma parte de la lengua inglesa, y aún no se ha examinado debidamente el valor de otro término creado por él, "afánisis".

Sobrevinieron luego una serie de duros golpes, que quebraron la continuidad de su carrera en Londres, y es una suerte que tengamos una precisa descripción de ellos en su autobiografía, ya que generaron una visión deformada de Jones que persistió hasta que murieron los actores principales de este drama. En el período 1908-1912, en un intento de rehabilitarse, Jones trabajó en Canadá con el apoyo de Osler. Fue allí profesor asociado de psiquiatría de la Universidad de Toronto. Al mismo tiempo, se mantuvo en contacto con Freud y el grupo que se había vinculado a él y a su obra en Viena. El relato que hizo 'el propio Jones sobre su relación con Freud en esa época puede encontrarse en las páginas de su biografía de Freud; allí alude, asimismo, a que su amor por Europa lo resolvió finalmente a retornar a la práctica médica en Londres.

Mientras estuvo residiendo en Canadá, tomó contacto con neurólogos y psiquiatras de los Estados Unidos. Fue ayudante de redacción en *Journal of Abnormal Psychology*, una publicación recientemente fundada por Morton Prince, que (a instancias de este último) "aceptó trabajos psicoanalíticos cuando otras publicaciones periódicas los rechazaban con desdén" (autobiografía).

Jones se encontró con Freud y lo acompañó en la visita que éste hizo a Estados Unidos para dictar sus conferencias en la Clark University.

En Estados Unidos, Jones fue en parte responsable de la creación de la Asociación Psicopatológica Norteamericana (1910), y mientras Brill fundaba la Asociación Psicoanalítica de Nueva York, Jones creó la Asociación Psicoanalítica Norteamericana, destinada a todos los psicoanalistas dispersos en los diversos Estados del país (autobiografía).

La Primera Guerra Mundial separó a Jones de los demás analistas. Por esta época hizo una importante contribución al tema de la neurosis de guerra. Al restablecerse los contactos, Freud pudo informarle acerca de hallazgos similares a los suyos, publicados en lengua alemana por Ferenczi y otros (8). Fue gracias a Jones, en gran medida, que al cesar las hostilidades se reinició, con la mayor celeridad posible, el intercambio científico entre analistas de países enemigos.

Durante la guerra, Jones ejerció en forma privada en Londres y participó del proceso de integración del Grupo Británico. Había establecido la Sociedad de Psicoanalistas de Londres en 1913, pero luego la disolvió a raíz de que algunos de sus miembros importantes tomaron partido por Jung. La nueva sociedad reconstituida fue llamada Sociedad Psicoanalítica Británica, y vio la luz en 1919 con Jones como presidente, el Dr. Douglas Bryan como secretario y el Dr. W.H.B. Stoddart como tesorero. Los restantes miembros fundadores fueron el Dr. H. Devine, el Sr. Eric Hiller, el Dr. David Forsyth, el Sr. J.C. Flugel, la Srta. Barbara Low, la Sra. Joan Riviere y el mayor Stanford Read. En los años posteriores a la guerra, otras personas se interesaron por la organización y participaron en ella, entre los cuales estuvieron el Dr. R.M. Riggall, el Dr. James Glover, el Dr. John Rickman, la Srta. Ella Sharpe, el Sr. James y la Sra. Alix Strachey, el Dr. Edward Glover y la Dra. Sylvia Payne. Juntamente con el Dr. Rickman, Jones fundó la Prensa Psicoanalítica Internacional en colaboración con Hogarth Press, así como la Revista Internacional de Psicoanálisis [*International Journal of Psycho-Analysis*] que dirigió entre 1920 y 1933, al principio con la colaboración de Joan Riviere como responsable de las traducciones del alemán.

Más o menos por esta época, la Sociedad Psicológica Británica estaba experimentando una amplia transformación. En las palabras del propio Jones:

Flugel era el secretario y yo el presidente del Consejo que la estaba llevando a cabo. Uno de los resultados fue la creación de una División Médica especial, que demostró ser un foro inestimable para el debate de nuestras ideas con otros psicólogos médicos. A fin de aumentar su prestigio, solicitamos el distinguido antropólogo W.H.R. Rivers que fuese su primer presidente, pero en los siete años siguientes los presidentes fueron todos psicoanalistas, y muchos otros lo fueron desde entonces (9).

En ese período Jones fue desarrollando su práctica privada y marcando la pauta para los psicoanalistas, quienes de allí en más combinaron su práctica analítica con consultas de un tipo bastante especial. Jones desempeñó el papel principal en el establecimiento de un esquema para la formación de los psicoanalistas en este país. Por entonces, había cundido necesaria mente bastante malestar a raíz de que ciertos especialistas en psiquiatría, importantes y obviamente bien calificados, que quisieron ingresar en la Sociedad no pudieron ser aceptados porque previamente debían someterse a un análisis didáctico, el cual no difiere en ningún aspecto significativo de un análisis terapéutico. Algunos de los efectos de esto se disciernen todavía hoy. Ahora comprendemos cuán necesario era dejar bien establecido que el principal requisito de la formación es el análisis personal. Este es apenas un ejemplo de la manera en que Jones aplicó todas sus capacidades al apoyo de Freud y del psicoanálisis en una época en la que éste se hallaba todavía en proceso de afianzarse, y en modo alguno tenía certidumbre sobre los principios fundamentales en los que debían sustentarse los programas de formación de

los futuros analistas.

Puede decirse que Jones admiraba a Freud y le fue posible creer en la obra de éste como el propio Freud creía. Al parecer, Jones siempre la valoró positivamente, con el resultado de que pudo efectuar un aporte importante en esa temprana etapa; sin Jones, no podemos estar seguros de que se hubiera alcanzado coincidencia sobre la política de formación.

Los candidatos dispuestos a someterse al análisis y realizar su formación como aprendices encontraron en Jones a un maestro aplicado, dispuesto a comprender sus angustias y a brindarles asesoramiento y consejos prácticos.

En las dos décadas intermedias entre las guerras mundiales, mientras la Sociedad se establecía y desarrollaba lo que podría denominarse una personalidad propia, y mientras se organizaba el Instituto, Jones se mantuvo siempre atento a su posición de control. Rara vez estuvo ausente en una reunión científica o en una reunión de comisión.

En 1940, debido a la guerra, Jones resolvió mudarse cerca de Midhurst, aunque siguió en contacto con la Sociedad y los analistas que trabajaban en la Clínica. Renunció a la presidencia en 1944, pues había decidido no regresar a Londres sino más bien concentrarse en los trabajos escritos, al par que continuaba atendiendo a cierto número de pacientes privados que podían vivir en la campaña. De este modo sacó partido plenamente de sus dotes literarias. Las tareas de orden ejecutivo podían quedar en manos de otros. Debe de haberle sido difícil, por cierto, abandonar su puesto central, ya que sólo él conocía la historia del desarrollo de la Sociedad, que era parte de su propia historia. ¿Cómo estar seguro de que la Sociedad continuaría luchando por lo mismo que él había creado y por los principios fundamentales que él había sentado?

Jones pasó a ocupar el puesto del estadista veterano, dejando la responsabilidad por los asuntos de la Sociedad a cargo de quienes estaban dispuestos a asumirla. La democratización que entonces se produjo en la Sociedad Británica resultó a la postre provechosa para su salud.

Esas dos décadas entre las guerras estuvieron colmadas hasta el borde de acontecimientos en la vida científica y privada de Jones. Su primera esposa, Morfydd Owen, una talentosa música galesa, murió en 1918; no hubo hijos de este matrimonio (10). En 1919, Jones se casó con Katherine Jokl, y de este segundo matrimonio nacieron cuatro hijos: Gwenith (11), Mervyn, Nesta y Lewis.

Es difícil entender cómo pudo Jones hacer todo lo que hizo en estos veinte años: la vida hogareña con sus hijos, el control de la Sociedad Británica, que se estaba expandiendo rápidamente, el contacto permanente con Freud y los grupos del continente europeo, a la vez que se mantenía estrechamente vinculado a los rápidos avances que tenían lugar en Estados Unidos.

Uno de sus importantes logros prácticos fue que el término "psicoanálisis" llegara a ser aceptado en este país para designar la obra de Freud y su método. Con tal fin, Jones y Edward Glover debieron asistir a numerosas reuniones realizadas con los auspicios de la Asociación Médica Británica, resultado de lo cual fue que la profesión médica británica admitiese el vínculo esencial entre el término "psicoanálisis" y el nombre de Freud. Cuando en 1928 la Sociedad Psicoanalítica Británica le solicitó que eligiese un regalo para conmemorar ese logro, pidió que le diesen un sillón que pudiera usar el presidente de las reuniones científicas. Al recibir ese presente en una pequeña ceremonia, señaló que no habría podido alcanzar su fin sin ayuda de dos personas: Edward Glover y su esposa Katherine. Fue en esta oportunidad cuando cometió un desliz verbal que resultó sumamente divertido: dijo que estaba seguro de que ese regalo sería muy apreciado, no sólo por él, sino... ¡por sus predecesores en el cargo!

A esta ceremonia aludió la Dra. Sylvia Payne al pronunciar un discurso en ocasión de entregar a Jones, en julio de 1946, el retrato de éste que hiciera Rodrigo Moynihan y que ahora se encuentra en el edificio de la Sociedad Psicoanalítica Británica. Por su parte, cuando recibió dicho retrato, Jones pronunció un discurso de despedida

de la Sociedad. Aunque era una ocasión para sentir tristeza, los presentes no la sintieron; se recordará este acto como una ceremonia que en esencia no fue emotiva. Jones concluyó su alocución reafirmando su creencia en el poder supremo de la verdad, que le había permitido "defender, con cierta confianza, una actitud más tolerante hacia la diversidad, y aun hacia la discrepancia, de la que suele verse a veces" (12).

Los trabajos científicos de Jones son bien conocidos, y en todo sentido resultan tan novedosos y valiosos para los estudiantes hoy como lo fueron en el momento en que él los presentó públicamente o los escribió. Puede tenerse una idea de la influencia que Jones debe de haber ejercido en este período examinando la lista de las numerosas sociedades y organizaciones "externas" en las que habló, si bien la mayoría de sus artículos fueron escritos para el Journal o para ser presentados en diversas sociedades psicoanalíticas de Inglaterra o Estados Unidos, o en la Sociedad Psicoanalítica Británica y en su División Médica. Esta clase de presentaciones ante distintos grupos implica el sacrificio de muchas horas de descanso, y uno se pregunta cómo hacía Jones para sacar tiempo de sus múltiples actividades, incluidos el patinaje artístico, que disfrutaba junto con su esposa Katherine, el ajedrez, y especialmente la lectura. Fue siempre un gran lector, con una memoria fiel de lo que leía. No importa qué hubiera hecho durante la jornada, siempre leía durante media hora antes de irse a la cama, principalmente sobre temas de historia y otros conexos. Rara vez leía obras de ficción. No utilizaba la lectura como sedante, pues dormía bien.

Como es sabido, a fines de la década del treinta Jones se preocupó por salvar de la persecución nazi a Freud y su familia, así como a muchos otros analistas (alrededor de cincuenta en total), trayéndolos a nuestro país. Esta actividad ilustra un comentario de Joan Riviere, quien escribió que uno de los rasgos de la personalidad de Jones, que fue el principal instrumento de su éxito, fue su notable capacidad de acción: "Sin amilanarse ante los obstáculos, aplicaba todas sus energías y todos los medios a su alcance para promover la finalidad superior buscada (...). Debía hacer lo que era necesario hacer, y lo hacía" (13).

En su retiro de El Solar de Elsted (su hermosísima casa de Sussex frente al panorama de los South Downs) gozó de una riqueza envidiable, y muchos analistas lo visitaron allí. Pudo en ese retiro no sólo llevar una vida familiar más íntima y cultivar rosas, sino además leer en abundancia, escribir o corregir sus trabajos para publicarlos, al par que continuaba con el ejercicio privado del psicoanálisis. Siguió siendo director de la Biblioteca Psicoanalítica Internacional hasta la publicación del quincuagésimo volumen, inclusive.

Más o menos por 1947 se lo invitó a que escribiera la biografía de Freud. No fue una decisión fácil, y debió conversar largamente con su esposa Katherine antes de aceptar. Implicaba, entre otras cosas, postergar la redacción de su propia autobiografía, que él anhelaba completar y nunca pudo hacerlo. Queda para la historia el hecho de que su esposa dactilografió 1500 cartas personales de Freud, ¡todas ellas escritas en caracteres góticos! Esto se debió a que Jones, quien tenía una excelente memoria visual, declaró que no podía hacer un buen uso de esas cartas si debía detenerse en cada una para entender la escritura. Preparó la biografía de Freud - su último acto de devoción hacia éste y el psicoanálisis, así como hacia los psicoanalistas del futuro- pese a que su salud había empezado a declinar. En 1947 sufrió una grave trombosis coronaria, aunque en ese momento pudo recobrase bien; tuvo una segunda en 1957. Desde el momento de este segundo episodio nunca estuvo bien (a veces mejor, a veces peor). Solía decir que él había sido afortunado en materia de salud física, pero difícilmente haya conocido la buena salud, tal como algunos la conocen. Padecía una enfermedad hereditaria de la sangre, la enfermedad de Gaucher, si bien ella no le causó grandes inconvenientes; en cambio, nunca se libró de los dolores provocados por su reumatismo crónico. Finalmente tuvo un cáncer de vejiga (aproximadamente en enero de 1956), del que gracias a un tratamiento local se recuperó lo suficiente como para hacer su viaje a Estados Unidos (abril de 1956), donde pronunció tres conferencias en el centenario de Freud. Estas se titularon: "La naturaleza del genio" (Nueva York), "Nuestra actitud hacia la grandeza" (Chicago) y "La psiquiatría antes y después de Freud" (Chicago). Pero el tumor canceroso le causaba grandes padecimientos, y a la postre lo llevó a la muerte. El grado de dolor que llegó a sufrir es evidente para cualquiera que lea su breve comentario sobre el dolor en el número de International Journal de mayo-agosto de 1957 (14).

Al regresar de Estados Unidos se puso al frente de las celebraciones del centenario de Freud en Londres; descubrió la placa conmemorativa en la casa de Freud de 20 Maresfield Gardens, repitió sus dos conferencias sobre "La naturaleza del genio" y "Nuestra actitud hacia la grandeza", y también pronunció una alocución radial (por la British Broadcasting Corporation) sobre "Sigmund Freud: el hombre y sus logros". De esta última existe un registro en gramófono que ilustra admirablemente la capacidad de Jones para estar a la altura de una ocasión semejante.

A quienes no conocieron personalmente a Ernest Jones les interesará saber cómo era. Físicamente era de baja estatura, como muchos de la raza galesa; su cabeza era bastante grande, tenía la piel pálida y penetrantes ojos pardos. Vibraba de percatamiento sensible ante el ambiente que lo rodeaba y la cuestión que le interesara en ese momento. Si se observaban sus ojos y su boca mientras leía un trabajo escrito podían adivinarse sus sentimientos, en especial su pronta detección de toda idea nueva. No era alguien con quien uno pudiera quedarse callado sin intercambiar ideas, como es posible hacerlo con un pescador en el muelle. Su conversación casi nunca era trivial. En su hogar descansaba y era capaz de hacer reposo mental; pero en el contacto ordinario con él lo que aparecía era su vivo interés por todo aquello a lo que se aplicase, y su rápida captación de lo que era bueno y de lo que era malo o falso. Le gustaba conectarse con todo lo que pudiera resultar valioso, y este rasgo le daba un agudo olfato para la originalidad y un afán de apoyar las ideas nuevas. Su interés por lo nuevo se reflejó en uno de sus notables aportes a este país, cual fue su invitación a Melanie Klein para que viniese a trabajar a Londres y el aliento con que la recibió, particularmente durante la primera década después de su arribo en 1926.

Las ideas eran tal vez lo más importante para Jones, y tenían que pasar la prueba. Joan Riviere ha escrito que una de las notas más importantes de su carácter consistía en "...una aguda facultad de percepción, de insight, una propensión a reconocer muestras de valor y mérito intrínsecos en cualquier momento o lugar en que surgiesen, y a responder a ese reconocimiento con un seguro instinto de reafirmación. La fuerza y persistencia de este rasgo suyo fue el eje de su labor; preponderaba en él, y contrarrestó esas inhibiciones que a la mayoría de nosotros nos llevan a pasar por alto o perder de vista las diversas cosas buenas que están a nuestro alcance. Esta capacidad de reconocer lo valioso no se limitó en modo alguno a la apreciación de la obra de Freud; desempeñó un importante papel en su función de conductor, permitiéndole utilizar elementos de diferentes personas, de muy distinta índole e incluso antagónicos entre sí, para ponerlos al servicio del objetivo principal que se buscaba. También fue, a todas luces, el origen de otra característica suya: la amplia gama de sus intereses." (15)

Es preciso mencionar que quienes tomaban contacto por primera vez con Ernest Jones quedaban a menudo chasqueados por una singularidad suya; no es fácil saber con exactitud qué experienciaban las personas ante él, pero sea lo que fuere, debe aceptárselo. Su madre solía decirle que tenía "la lengua filosa", una manera hiriente de hablar. Incluso su rapidez céltica no siempre se veía correspondida por una rapidez similar en la 'otra persona, lo cual fácilmente ;fiaba lugar a momentos de embarazo en los que parecía que algo en el diálogo había salido mal, cuando en realidad todo había salido bien. Jones se lanzaba ,vehementemente en pos de cualquier tema que le interesase, y se diría que esperaba un apresto semejante de parte de sus interlocutores; si los demás no abordaban un tema de un modo comparable al suyo, podían llegar a experimentar un sentimiento de inferioridad intelectual, que a menudo estaba, en verdad, fundamentado.

Podríamos preguntarnos hasta qué punto ese rasgo de carácter incisivo había calado hondo en la estructura de su personalidad. Para comprenderlo a Jones, lo mejor es leer su autobiografía, que muestra su sorprendente evolución desde el Gower (16) nacional hasta el psicoanálisis mundial. Sin embargo, aparte de dicho estudio, parecería que pudiera obtenerse alguna respuesta a partir de un examen general de sus escritos, ya que decididamente en los ensayos y conferencias de Jones hay muy pocos signos de encono amargo o de una búsqueda sagaz del modo de apuntarse tantos en su favor, y seguramente ese examen indicaría que su actitud acerba era un fenómeno relativamente superficial. Quizás sólo en su trabajo "El complejo de Dios" (17) pueda percibirse algo de este rasgo que sin duda afectó los contactos sociales extrahogareños de Jones, y que según cabe suponer, estaba relacionado con las características personales que, según él mismo admitió francamente,

desplegó en sus primeros años de vida profesional. A medida que fue avanzando en edad, pareció más capaz de desprenderse de esas características.

No debe olvidarse que Jones no sólo debió soportar al principio la resistencia del público a la teoría de la sexualidad infantil, sino que además fue él mismo quien debió poner de manifiesto dicha resistencia, al menos tal como se había vuelto realidad en Inglaterra. Fue tomado de sorpresa y debió hacer frente al ostracismo profesional. Pocos se habrían recobrado de experiencias como las que él vivió. Este aislamiento tiene que haber determinado en parte esa manera suya de establecer contacto con la gente, que a algunos de los que lo conocieron les parecía un ataque defensivo, cuando probablemente era un ataque tendiente a estimular una respuesta significativa.

En este sentido, es instructivo volver a leer el párrafo que Jones escribió para Freud recomendándole su inclusión en Moisés y la religión monoteísta, cuando esta obra se iba a publicar en Inglaterra. Dicho párrafo no contiene alusión alguna a la reacción de los ingleses frente a la idea de la sexualidad infantil, y en cambio sólo se refiere a la tolerancia religiosa que caracteriza a este país:

En ningún otro país europeo se ha manifestado tanta tolerancia hacia las descubrimientos del psicoanálisis como en Inglaterra. Esto concuerda con la profunda fe que tiene este país en la importancia de la libertad de pensamiento. Y ya hace varios siglos que ha sido tradición inglesa incluir dentro de esa libertad el debate franco y sincero de los problemas teológicos y religiosos; más aún, históricamente, ése fue su origen.”

Puede decirse que ésta es una declaración generosa, si se piensa que su autor debió sufrir el ostracismo profesional.

Nunca se subrayará lo suficiente la generosidad y benevolencia que había detrás de esa actitud a menudo incisiva de Jones. La cariñosa atención que prestaba a los manuscritos que le enviaban colegas de todo el mundo era sorprendente, y no se ahorra alabanzas cuando las consideraba sinceramente merecidas. Su entusiasmo en favor del establecimiento del psicoanálisis como ciencia fue permanente, así como su disgusto frente a lo mediocre, en especial si aparecía en un trabajo científico.

Para la época en que llegaron a conocerlo la mayoría de los analistas que hoy están vivos, Jones ya había podido abandonar su actitud defensiva con respecto al psicoanálisis, así como la necesidad de forjarse una posición personal en el mundo. A quienquiera tuviese intenciones serias, le era fácil en ese momento acceder prontamente a su cálido aprecio y a su empeño por apoyar y ayudar. Por supuesto, siguió siendo intolerante respecto de los analistas que procuraban eludir las implicaciones de lo inconsciente, y no dejó de manifestarlo, como también de criticar a quienes, a través de sus actividades propagandísticas, dejaban traslucir sus propias dudas inconscientes.

Al contemplar a este hombre y valorar su continuado aporte a lo largo de medio siglo, es lógico pensar en el medio en que trabajó. Su esposa Katherine cumplió un importante papel en su vida, tanto por la paz y la felicidad que le brindó, como por su participación activa en los asuntos que interesaron a Jones.

Notas:

(1) Free Association: Memories of a Psycho-Analyst, Londres, Hogarth Press, 1959.

(2) Alexander Grinstein, The Index of Psychoanalytic writings, prefacio de Ernest Jones, vol. 2 Nueva York, International Universities Press, 1957.

(3) British Journal of Children's Diseases (1907)

(4) Quarterly Journal of Medicine, vol. 3, N°- 11 (1910).

(5) Londres, Hogarth Press, 1931

(6) Essays in Applied Psycho-Analysis, vol. 2, Londres, Hogarth Press, 1951, pág. 22.

(7) Journal of Nervous and Mental Diseases, vol. 35, N° 7, 1908.

(8) Freud, Ferenczi, Abraham, Simmel y Jones, Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. Diskussion am 5. Internationalent Psychoanalytischen Kongress, Budapest, 1910, Viena, Deuticke.

(9) Sigmund Freud: Life and Work, vol. 3, Londres, Hogarth Press, 1952, pág. 12. [Trad. cast.: Vida y obra de Sigmund Freud, Buenos Aires, Hormé, 1981.

(10) Véanse las notas biográficas incluidas en Morfydd Owen Memorial Edition of Musical Works [Edición de obras musicales en memoria de Morfydd Owen].

(11) Su hija Gwenith murió a los siete años y medio, y el hondo pesar que esta muerte le causó a Jones no fue menor al que le produjo la muerte de su primera esposa (autobiografía). -D.W.W.

(12) "A Valedictory Address" International of Psycho-Analysis, vol. 27 (1946).

(13) "Obituary", British Medical Journal, 22 de febrero de 1958.

(14) International Journal of Psycho-Analysis, vol. 38 (1957).

(15) «Obituary», ob. cit.

(16) John Gower, poeta inglés del siglo XIV. [T.]

(17) Essays in Applied Psycho-Analysis, ob. cit., vol. 2, pág. 244. *Ibíd.*, prefacio.

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

El juego en la situación analítica, 1954

Fechado el 5 de noviembre de 1954.

Deseo examinar algunos aspectos del juego en el análisis de adultos. Si en el análisis de niños el juego es algo casi siempre notorio, en el de adultos uno supone más bien que podrá dejarlo de lado 'y confiar en los sueños y alucinaciones y en el fantaseo.

De vez en cuando se oye hablar de pacientes adultos atendidos en un período difícil de su vida; a quienes se les entregan los juguetes propios del análisis de niños para que los manipulen durante un lapso; lo cual le permite al analista interpretar en los períodos en que guardan silencio. Lo que aquí me ocupa no es la incorporación de material lúdico a la sesión sino el reconocimiento de la importancia del juego -que es diferente de la fantasía y del sueño-

en el análisis de adultos.

Me fue dado un ejemplo por un candidato al que supervisaba. Su paciente le dijo: "Acabo de encontrar un atajo para llegar más rápido al análisis», y al describir ese "atajo" dijo que había pasado por un lugar en que jugaban los chicos. El candidato interpretó correctamente que su paciente podía valorar el juego. Como había tenido episodios violentos, era muy importante que en el análisis no se descuidasen ciertas cosas; como el sentido del humor, ya que la única esperanza de que ese individuo transitara por su análisis sin que fuera necesario apelar al manejo hospitalario durante ciertos períodos (como de hecho había sucedido en una oportunidad, antes del inicio del análisis) la ofrecía el hecho de que fuese capaz de jugar.

Tras la interpretación que le formuló el candidato, su paciente se inclinó y cambió de lugar la alfombrilla que estaba a los pies del diván, haciendo algunas asociaciones referidas a este fragmento de juego. En estas circunstancias, es comprensible que el candidato prefiriera no continuar con el tema del juego y en cambio se sumiera en el material de la asociación libre, que de hecho era importante en sí mismo.

En cierta ocasión una de mis pacientes, que siempre tomaba un café antes de entrar a la sesión, no pudo hacerlo y cayó presa del nerviosismo que le provocaba la idea de querer ese café y de que por este motivo desperdiciaría toda la sesión. Estoy seguro de que habría dos o más caminos diferentes para manejar esta situación. En esta oportunidad yo le hice un café, y luego vimos la enorme diferencia existente entre la relación suya con el café, la taza y el platillo, la bandeja y el azúcar, y su relación con la idea de querer café, respecto del sueño (dream), que podría haber surgido allí mismo, de que yo le sirviera un café. Pasó a ser un juego, y un ejemplo de introducción de material lúdico en el análisis de adultos:

Más o menos por la misma época, un paciente varón me dijo: "He pensado en comentarle que me gusta entrar y salir de aquí, porque es un juego. Está todo ese asunto de la rutina, y de evitar encontrarse con otros pacientes, todo eso». Fue ésta una declaración sorprendente; viniendo de un sujeto incapaz de jugar, que acudía al análisis por sus dificultades, para mantener amistades, ya que hablaba siempre en tono solemne y monótono y sin juego a la vista. Había un motivo para que hiciera tal confesión, y es que en la sesión previa habíamos estado tratando el tema del juego; y ya estábamos en un momento del análisis en que yo podía hacerle notar que, en vez de jugar, lo que él hacía era masturbarse regularmente, y que su fantaseo quedaba limitado a su masturbación. Esta interpretación, dicha en el momento oportuno, hizo que empezara a liberarse y jugar, y lo tornó muy consciente de la soledad en que había pasado toda su infancia, excepto cuando se organizaban juegos con reglas fijas. No había podido jugar porque compartir su fantasía significaba una pérdida muy grande para él.

Uno o dos días más tarde descubrimos un juego sobre el cual él nada sabía. Comprobamos que había tenido durante toda su infancia una hermana imaginaria de la que estaba violentamente celoso, aun cuando jamás había sentido celos de sus dos hermanas reales, una mayor y otra menor que él. Pudo ver que esta niña imaginaria, una criatura prácticamente perfecta que mantuvo estrecha relación con su padre -lo cual él, por ser varón, jamás había logrado- representaba su self femenino. Desesperado, intentó muchas veces en su niñez, vestirse como nena, pero esto nunca terminó de satisfacerlo a raíz de que siempre llevaba consigo esa niña idealizada a la que odiaba y, por supuesto, también amaba de manera narcisista.

Por cierto siempre he tenido como costumbre introducir en el análisis de adultos el recuerdo del juego, a menudo aportando

elementos para dibujar, y siempre hubo facetas lúdicas, intercambios humorísticos, etc.; pero sólo en los últimos tiempos he ,podido reconocer las muy importantes diferencias que existen entre estos episodios lúdicos, por un lado, y los sueños y fantasías, por el otro. Algo importante y evidente es que si bien en el juego uno debe renunciar a muchas cosas que no pueden compartirse con otras personas, hay muchas otras que puede ganar gracias a la superposición de la fantasía ajena con la propia. Así pues, habrá una experiencia compartida, aunque ella se limite únicamente a un área del fantaseo total.

Biblioteca D. Winnicott

¿Por qué juegan los niños? (1942)

¿POR QUÉ JUEGAN los niños? He aquí algunas de las razones, quizás evidentes, pero que vale la pena revisar.

Placer

La mayoría de la gente diría que los niños juegan porque les gusta hacerlo, y ello es innegable. Los niños gozan con todas las experiencias físicas y emocionales del juego. Podemos aumentar el rango de ambas clases de experiencias proporcionando materiales e ideas, pero parece más conveniente ofrecer de menos y no de más en este sentido, ya que los niños son capaces de encontrar objetos e inventar juegos con mucha facilidad, y disfrutan al hacerlo.

Para expresar agresión

Suele decirse que los niños "liberan odio y agresión" en el juego, como si la agresión fuera algo malo de que es necesario librarse. En parte es cierto, porque el resentimiento acumulado y los resultados de la experiencia de la rabia pueden parecerle a un niño algo malo dentro de él. Pero resulta más importante decir lo mismo expresando que el niño valora la comprobación de que los impulsos de odio o de agresión pueden expresarse en un ambiente conocido, sin que ese ambiente le devuelva odio y violencia. El niño siente que un buen ambiente debe ser capaz de tolerar los sentimientos agresivos, siempre y cuando se los exprese en forma más o menos aceptable. Debe aceptar que la agresión está allí, en la configuración del niño, y éste se siente deshonesto si lo que existe se oculta y se niega.

La agresión puede ser placentera, pero inevitablemente lleva consigo un daño real o imaginario contra alguien, de modo que el niño no puede dejar de enfrentar esta complicación. En cierta medida la enfrenta desde el origen, cuando acepta la disciplina de expresar el sentimiento agresivo bajo la forma del juego y no sencillamente cuando está enojado. La agresión también puede utilizarse en la actividad que tiene una meta final constructiva. Pero estas cosas sólo se logran gradualmente. A nosotros nos toca asegurarnos de que no pasamos -por alto la contribución social que hace el niño al expresar sus sentimientos agresivos en el juego, en lugar de hacerlo en el momento en que siente rabia. Quizás no nos guste sentirnos odiados o heridos, pero no debemos pasar por alto lo que subyace a la autodisciplina con respecto a los impulsos de rabia.

Para controlar ansiedad

Si bien resulta fácil comprender que los niños juegan por placer, es mucho más difícil que la gente acepte que los niños juegan para controlar ansiedad, o para controlar ideas e impulsos que llevan a la ansiedad si no se los controla.

La ansiedad siempre constituye un factor en el juego de un niño, y a menudo el principal. La amenaza de un exceso de ansiedad conduce al juego compulsivo o al juego repetitivo o a una búsqueda exagerada de placeres relacionados con el juego; y si la ansiedad es excesiva, el juego se transforma en una búsqueda de gratificación sexual.

No es éste el momento adecuado para demostrar la tesis de que la ansiedad subyace al juego de los niños. Con todo, el resultado práctico es importante, pues en tanto los niños jueguen sólo por placer es posible pedirles que renuncian a él, mientras que, si el juego sirve para controlar la ansiedad, no podemos impedirles que lo hagan sin provocar angustia, verdadera ansiedad o nuevas defensas contra ella (como la masturbación o los ensueños diurnos).

Para adquirir experiencia

El juego es una porción muy grande de la vida para el niño. Las experiencias externas e internas pueden ser ricas para el adulto, pero para el niño las riquezas se encuentran principalmente en la fantasía y en el juego. Así como la personalidad de los adultos se desarrolla a través de su experiencia en el vivir, del mismo modo la de los niños se desarrolla a través de su propio juego, y de las invenciones relativas al juego de otros niños y de los adultos. Al enriquecerse, los niños aumentan gradualmente su capacidad para percibir la riqueza del mundo externamente real. El juego es la prueba continua de la capacidad creadora, que significa estar vivo.

(Hoy agregaría aquí una nota sobre la experiencia de vivir en un área de transición de la experiencia, es decir, transición cosí respecto a la realidad interna y la externa. Véase "Transitional Objects and Transitional Phenomena", Int. J. Psycho-Anal., vol. 34, parte 2, 1953, y en Conozca a su niño.)

Los adultos contribuyen aquí al reconocer la enorme importancia del juego, y al enseñar juegos tradicionales, pero sin ahogar o corromper la inventiva de los niños.

Para establecer contactos sociales

Al principio los niños juegan solos o con la madre. No hay una necesidad inmediata de contar con compañeros de juego. Es en gran parte a través del juego, en el que los otros niños vienen a desempeñar papeles preconcebidos, que una criatura comienza a permitir que sus pares tengan existencia independiente. Así como algunos adultos tienen facilidad para hacerse de amigos y enemigos en el trabajo, mientras que otros pueden vivir en una casa de pensión durante años y preguntarse por qué nadie parece interesarse por ellos, del mismo modo los niños se hacen de amigos y de enemigos durante el juego, mientras que eso no les ocurre fácilmente fuera del juego. El juego proporciona una organización para iniciar relaciones emocionales y permite así que se desarrollen contactos sociales.

Integración de la personalidad

El juego, el uso de las formas artísticas, y la práctica religiosa, tienden de maneras diversas, pero relacionadas, a la unificación y la integración general de la personalidad. Por ejemplo, es fácil ver .que el juego establece

una vinculación entre la relación del individuo con la realidad personal interna y su relación con la realidad externa o compartida.

Examinando este complejo problema desde otro punto de vista, diríamos que es en el juego donde el niño relaciona las ideas con la función corporal. En este sentido, sería provechoso examinar la masturbación u otras búsquedas de satisfacción sexual junto con la fantasía consciente e inconsciente que la acompaña, y comparar esto con el juego verdadero, en el que predominan las ideas conscientes e inconscientes, y donde las actividades corporales relacionadas se mantienen latentes o bien están sometidas al contenido del juego.

Cuando nos encontramos con un niño cuya masturbación compulsiva está aparentemente libre de fantasías, o cuando un niño cuyas fantasías diurnas compulsivas están aparentemente libres de una excitación corporal general o localizada, reconocemos con máxima claridad la tendencia saludable que existe en el juego que relaciona los dos aspectos de la vida, el funcionamiento corporal y la viveza de las ideas. El juego es la alternativa a la sensualidad en el esfuerzo del niño por no disociarse. Es bien sabido que cuando la ansiedad es relativamente grande, la sensualidad se torna compulsiva y el juego resulta imposible.

De modo similar, cuando encontramos un niño en quien la relación con la realidad interna y la relación con la realidad externa no están articuladas -en otras palabras, un niño cuya personalidad está seriamente dividida en este sentido-, vemos con suma claridad que el juego normal (como el recordar y el relato de sueños) es una de las cosas que tienden a la integración de la personalidad. El niño con esa seria división de la personalidad no puede jugar, o no puede jugar en formas reconocibles para otros como relacionadas con el mundo.

Comunicación con la gente

Un niño que juega puede estar tratando de exhibir, por lo menos, parte del mundo interior, así como del exterior, a personas elegidas del ambiente. El juego puede ser "algo muy revelador sobre uno mismo", tal como la manera de vestirse puede serlo para un adulto. Esto es susceptible de transformarse a una edad temprana en lo opuesto, pues cabe decir que el juego, como el lenguaje, nos sirve para ocultar nuestros pensamientos, si nos referimos a los pensamientos más profundos. Es posible mantener oculto el inconsciente reprimido, pero el resto del inconsciente es algo que cada individuo desea llegar a conocer, y el juego, como los sueños, cumple la función de autorrevelación y comunicación en un nivel profundo.

En el psicoanálisis de niños pequeños, ese deseo de comunicarse a través del juego se utiliza en lugar del lenguaje del adulto. El niño de tres años tiene a menudo una tan profunda confianza en nuestra capacidad para comprender, que el psicoanalista se ve en grandes dificultades para estar a la altura de lo que el niño espera. La desilusión en este sentido provoca a veces mucha amargura, y no puede haber mayor estímulo para el analista que busca una comprensión más profunda que la aflicción del niño ante nuestro fracaso para comprender lo que (casi en secreto al principio) nos comunica a través del juego.

Los niños de más edad ya están comparativamente desilusionados en este sentido, y para ellos no es un choque que no se los comprenda, o incluso descubrir que pueden engañar, y que la educación consiste en gran medida en adquirir eficacia para engañar y transar. Sin embargo, todos los niños (e incluso algunos adultos) siguen siendo en mayor o menor grado capaces de recuperar la confianza en la capacidad ajena de comprensión, y en su juego siempre podemos encontrar el camino hacia el inconsciente, y hacia la honestidad originaria que tan curiosamente comienza en plena floración en el bebé para volver luego al capullo.

[_____]

Biblioteca D. Winnicott

Un modo personal de ver el aporte kleiniano

*Conferencia pronunciada ante los candidatos a la Sociedad Psicoanalítica de Los Ángeles,
el 3 de octubre de 1962.*

En sus exploraciones más allá de los escritos del propio Freud, ya se habrán encontrado ustedes con otros nombres importantes, y habrán tomado contacto con analistas que realizaron aportaciones originales, en general consideradas aceptables. Por ejemplo, habrán conocido a Anna Freud, que ocupó una posición única en la vida de su padre durante las últimas dos décadas, y lo cuidó con fortaleza mientras estuvo enfermo; sin duda estarán por lo menos familiarizados con su clásico resumen de la teoría psicoanalítica, *Ego and the Mechanisms of Defence* (1936). En todo caso, Anna Freud ejerció una influencia inmensa sobre el modo como el psicoanálisis se ha desarrollado en los Estados Unidos y a su estimulante interés por el trabajo de los colegas se le deben muchas investigaciones publicadas con las firmas de otros.

Ahora bien, Anna Freud no ha sido tan importante en Inglaterra como en los Estados Unidos, sencillamente porque en Londres ya se habían realizado desarrollos muy importantes en los veinte años siguientes a la Primera Guerra Mundial, antes de la llegada de la señorita Freud con su padre, como refugiados de la persecución nazi. Mi propio crecimiento psicoanalítico echó raíces y brotó durante ese período: por lo tanto, es posible que les resulte interesante escuchar de mí algunas palabras sobre el suelo en el que fui sembrado.

Vean ustedes: allí se desplegó una polémica entre Melanie Klein y Anna Freud que todavía no ha quedado resuelta. Ahora bien, en mis años de formación esto no tenía importancia, y sólo la ha adquirido ahora en la medida en que obstaculiza pensar con libertad. De hecho, Melanie Klein y Anna Freud ya habían estado relacionadas en los días de Viena, pero esto no significaba nada para mí.

Desde mi punto de vista, el psicoanálisis en Inglaterra era un edificio en cuyos cimientos estaba Ernest Jones. Si alguien se ha ganado mi gratitud ha sido Ernest Jones, y fue a Jones a quien recurrí en busca de ayuda en 1923. El me puso en contacto con James Strachey, con quien me analicé durante diez años, pero sabiendo siempre que era gracias a Jones que yo podía contar con un Strachey y con una British Psycho-Analytical Society.

De modo que llegué al psicoanálisis ignorando los choques personales entre los diversos analistas, muy contento de obtener una ayuda efectiva ante las dificultades que enfrentaba.

En esa época yo iniciaba mi carrera como pediatra consultor; pueden ustedes imaginar el entusiasmo que suscitaba en mí el hecho de que, al confeccionar innumerables historias clínicas con la información proporcionada por padres de pacientes hospitalarios, encontraba todas las confirmaciones deseables de las teorías psicoanalíticas que comenzaban a adquirir sentido para mí a través de mi propio análisis. En esa época ningún otro analista era también pediatra, por lo cual durante dos o tres décadas yo constituí un fenómeno aislado.

Menciono estos hechos porque, como pediatra que sabía hacer hablar a las madres sobre sus hijos y sobre las

historias tempranas de los trastornos de esas criaturas, pronto pude sorprenderme por el insight que el psicoanálisis había proporcionado sobre la vida de los niños, y también por una cierta deficiencia de la teoría psicoanalítica a la que me referiré a continuación. En ese tiempo, la década de 1920, en el núcleo de todo estaba el complejo de Edipo. El análisis de la psiconeurosis conducía una y otra vez al analista a las angustias de la vida instintiva del período de los cuatro a cinco años de edad, en la relación del niño con los dos progenitores. Si en el análisis salían a luz dificultades más tempranas, eran tratadas como regresiones a puntos de fijación pregenitales, pero se consideraba que la dinámica provenía del conflicto en el momento de pleno desarrollo del complejo de Edipo genital, en la edad del deambulador o más tarde, es decir, antes de la superación del complejo de Edipo y del inicio del período de latencia. Ahora bien, en innumerables historias clínicas yo encontraba que los niños con trastornos -fueran psiconeuróticos, psicóticos, psicósomáticos o antisociales- presentaban dificultades en su desarrollo emocional en la infancia, incluso de bebés. Los niños paranoides hipersensibles podían incluso haber empezado a serlo las primeras semanas o días de vida. En algún lugar había algo erróneo. Cuando empecé el tratamiento psicoanalítico de niños, pude confirmar que el origen de la psiconeurosis estaba en el complejo de Edipo, pero sabía que los trastornos habían comenzado antes.

Desde mediados de la década de 1920 señalé esos hechos en escritos tentativos y temerosos dirigidos a los colegas; finalmente mi punto de vista hizo eclosión en un artículo de 1936 que titulé "Appetite and Emotional Disorder". En ese escrito presenté historias clínicas que había que conciliar de algún modo con la teoría del complejo de Edipo como punto de origen de los conflictos individuales. Los bebés podían padecer enfermedades emocionales.

Fue importante en mi vida el momento en que Strachey interrumpió el análisis y me habló de Melanie Klein. El había tenido noticias de mi cuidadosa anamnesis y del hecho de que yo trataba de aplicar a los niños que atendía por todo tipo de trastornos pediátricos lo que descubría en mi propio análisis. Yo investigaba especialmente los casos de niños que sufrían pesadillas. Strachey me dijo: "Si usted está aplicando la teoría psicoanalítica a los niños, tiene que conocer a Melanie Klein. Jones la tentó a venir a Inglaterra para analizar a alguien en quien él estaba especialmente interesado; Melanie Klein está diciendo algunas cosas que pueden ser ciertas o no, y usted tendrá que descubrirlo por sí mismo, pues en su análisis conmigo usted no va a enterarse de lo que ella enseña".

De modo que fui a escucharla y después la visité; encontré a una analista que tenía mucho que decir sobre las angustias de la infancia, y me puse a trabajar con la ventaja de contar con su ayuda. Le llevé una historia redactada muy detalladamente, y ella tuvo la bondad de leerla de extremo a extremo; sobre la base de ese análisis prekleiniano que yo realicé a partir de mi propio análisis con Strachey, pasé a tratar de aprender algo de esa inmensa cantidad de conocimientos que descubrí que Klein ya tenía.

Me resultó difícil, porque de la noche a la mañana dejaba de ser un pionero yo mismo, para convertirme en discípulo de una maestra pionera. Melanie Klein era una maestra generosa, y yo me consideraba afortunado. Recuerdo que en una oportunidad fui a pedirle una supervisión, y no pude recordar absolutamente nada del trabajo de toda la semana. Su respuesta consistió sencillamente en narrarme uno de sus propios casos.

De modo que estaba aprendiendo psicoanálisis con Melanie Klein y los otros maestros me parecían relativamente rígidos. Entre otras cosas, ella tenía una memoria extraordinaria. El sábado a la noche, si se lo proponía, podía recorrer todos y cada uno de los detalles del trabajo de la semana con cada paciente, sin necesidad de consultar notas. Recordaba mis casos y mi material analítico mejor que yo mismo. Más adelante me confió el análisis de alguien allegado y querido por ella, pero debe quedar claro que yo nunca me analicé con ella ni con ninguno de sus analizandos, por lo que no puedo contarme como miembro de su grupo de kleinianos selectos.

Ahora debo tratar de puntualizar lo que obtuve de Melanie Klein. Es difícil, porque en esa época yo simplemente trabajaba con el material de mis casos, y de los casos sobre los que ella me hablaba, sin la menor idea de que se me estaba enseñando algo sumamente original. El hecho es que tenía sentido, y sumaba la teoría

psicoanalítica a los detalles de mi historia clínica.

Para Melanie Klein, el análisis de niños era exactamente como el análisis de adultos. Desde mi punto de vista esto nunca fue un problema, pues yo me inicié con la misma idea, y aún la sostengo. La idea del período preparatorio depende del tipo de caso, y no es una técnica fija propia del análisis de niños.

En ese entonces Melanie Klein empleaba conjuntos de juguetes muy pequeños. Yo descubrí que eran muy valiosos, pues resultaban fáciles de manipular y se sumaban de un modo especial a la imaginación del niño. Constituían un progreso en relación con el hablar y también con el dibujar, que yo había empleado siempre debido a la ventaja de poder contar con los dibujos para recordar una pesadilla o un ejemplo del jugar.

Melanie Klein tenía un método para hacer muy real la realidad psíquica interna. Para ella el jugar era una proyección de la realidad psíquica del niño, que éste localizaba dentro del self y del cuerpo.

De este modo fui acostumbrándome a ver la manipulación por el niño de los pequeños juguetes, y otros juegos especiales y circunscriptos, como vislumbres del mundo interior del niño; uno percibía que la realidad psíquica puede considerarse "interior" porque pertenece al concepto que el niño tiene de sí mismo como poseedor de un lado de adentro que forma parte del self y un lado de afuera que es "no-yo" y se repudia.

En estos términos había una estrecha conexión entre los mecanismos mentales de la introyección y la función de comer. La proyección también estaba relacionada con las funciones corporales excretorias: con la saliva, el sudor, las heces, la orina, el gritar, el patear, etcétera.

Entonces, el material de un análisis tenía que ver con la relación objetal del niño o con los mecanismos de introyección y proyección. Asimismo, la expresión "relación objetal" podía significar relación con objetos internos o externos. El niño crecía en un mundo, pero tanto el niño como el mundo eran constantemente enriquecidos por la proyección y la introyección. No obstante, el material para la proyección y la introyección tenía una prehistoria, pues, en la base, lo que está en el niño y le pertenece fue primero incorporado en relación con la función corporal del comer. De este modo, aunque uno podía analizar interminablemente en términos de proyección e introyección, los cambios se producían en relación con el comer, es decir, con el erotismo y el sadismo orales.

Según esto, el mordisco rabioso en la transferencia, relacionado con un fin de semana o unas vacaciones, acrecentaba la fuerza de los objetos internos de calidad persecutoria. Como consecuencia, el niño experimentaba un dolor, se sentía amenazado interiormente o estaba enfermo, o bien la amenaza era percibida desde el exterior en virtud de los mecanismos de la proyección; podían desarrollarse fobias o fantasías amenazantes, en estado de vigilia o de sueño, o aparecer desconfianza, y así sucesivamente.

Así se abrió para mí un mundo analítico muy rico; el material de mis casos confirmaba las teorías, y lo hacía repetidamente. Por fin lo di todo por sentado. Por otra parte, Freud bosqueja esas ideas en "Mourning and Melancholia" (1917) y Abraham (1916) -maestro de Klein en Berlín- había abierto el nuevo territorio que Melanie Klein disfrutaba tanto jalonando.

Para mí lo importante era que, sin reducir en nada el impacto del complejo de Edipo, se estaba trabajando sobre la base de angustias relacionadas con los impulsos pregenitales. Uno podía ver que en los casos psiconeuróticos más o menos puros el material pregenital era regresivo y la dinámica pertenecía al período de los cuatro años, pero, por otra parte, en muchos casos había enfermedad y una organización de las defensas propias de etapas anteriores de la vida del infante; en realidad, muchos infantes nunca llegaban a algo tan sano como un complejo de Edipo en la edad del deambulador.

En mi segundo caso de formación con niños, a principios de la década de 1930, tuve la suerte de encontrar a una paciente de tres años cuya enfermedad (anorexia) se había iniciado con el primer cumpleaños. El material del análisis era edípico con reacciones a la escena primaria; la niña no era de ningún modo psicótica. Además evolucionó muy bien, y ahora está felizmente casada y criando a su propia prole. Pero su conflicto edípico se

había iniciado en el primer cumpleaños, cuando por primera vez se sentó a la mesa con los dos progenitores. La niña, que antes no había presentado ningún síntoma, tendió la mano hacia la comida, miró solemnemente a los dos padres, y retiró la mano. Así se inició una anorexia severa, exactamente al año. En el material del análisis, la escena primaria aparecía como una comida; a veces los padres comían a la niña, mientras que otras la niña volcaba la mesa (la cama) y destruía toda la estructura. Su análisis terminó a tiempo para que tuviera un complejo de Edipo genital antes del inicio del período de latencia.

Pero éste era un caso anticuado. El enfoque de Melanie Klein me permitía trabajar con los conflictos y angustias infantiles y con las defensas primitivas, fuera el paciente niño o adulto; ese modo de ver fue arrojando luz gradualmente sobre la teoría de la depresión reactiva (iniciada por Freud) y sobre la teoría de algunos estados caracterizados por la expectativa persecutoria; también daba sentido a cosas tales como las alternancias clínicas de ida y vuelta entre la hipocondría y las ideas delirantes de persecución, y entre la depresión y la defensa obsesiva.

Mientras trabajé con Klein, nunca encontré que hubiera la menor alteración de la aplicación estricta de los principios técnicos freudianos. Se evitaba con cuidado salir del rol de analista y las principales interpretaciones se referían a la transferencia. Esto me resultaba natural, porque mi propia analista era estrictamente ortodoxa. (Había iniciado mi segundo análisis con la señora Joan Riviere.)

Lo que sí encontré fue una comprensión muy enriquecida del material presentado y en particular encontré que resultaba valioso localizar el ítem de la realidad psíquica, dentro o fuera, y librarse del uso de la frase "fantasía más débil", incluso cuando por "fantasía" entendemos la facultad de imaginar.

Siguiendo en el trabajo los lineamientos de Klein, uno llegaba a comprender la compleja etapa del desarrollo que Klein denominó "posición depresiva". Creo que ésta es una mala denominación, pero por cierto en la clínica, en los tratamientos psicoanalíticos, la llegada a esa posición hace que el paciente se deprima. En este caso estar deprimido es un logro, implica un alto grado de integración personal y la aceptación de la responsabilidad por toda la destructividad vinculada con el hecho de vivir, con la vida instintiva y con la rabia por la frustración.

Partiendo del material que presentaban mis pacientes, Klein me hizo ver con claridad de qué modo la capacidad para preocuparse por el otro y sentir culpa es un logro; más que la depresión, es ese logro lo que caracteriza la llegada a la posición depresiva en el caso del bebé y el niño en crecimiento.

La llegada a esa etapa está asociada con ideas de restitución y reparación; por cierto, el individuo humano no puede aceptar las ideas destructivas y agresivas de su propia naturaleza sin una experiencia de reparación, y por ello en esta etapa es necesaria la presencia continuada del objeto del amor, pues sólo así hay oportunidades para la reparación.

En mi opinión, éste es el más importante aporte de Klein, y creo que está a la altura del concepto freudiano del complejo de Edipo. Este último se refiere a una relación tripersonal, y la posición depresiva de Klein tiene que ver con una relación bipersonal -la que existe entre el infante y la madre-. El principal ingrediente es un cierto grado de organización y fuerza del yo en el bebé o niño pequeño, razón por la cual resulta difícil ubicar el inicio de la posición depresiva antes de los ocho o nueve meses, o del año. Pero, ¿qué importa?

Todo esto pertenece al período de entre guerras, cuando hubo un crecimiento rápido de la British Society y Klein era el agente fertilizador. La respaldaban Paula Heimann y Susan Isaacs, y también Joan Riviere, mi segundo analista.

Desde aquellos días es mucho lo que ha ocurrido, y no pretendo ser capaz de transmitir la concepción de Klein de un modo que ella misma hubiera aprobado. Creo que mi modo de ver empezó a separarse del suyo, y en todo caso encontré que ella no me había incluido en el grupo de los kleinianos. Esto no me importó, porque nunca he sido capaz de seguir a otro, ni siquiera a Freud. Pero Freud era fácil de criticar, pues siempre estaba

criticándose a sí mismo. Por ejemplo, puedo decir sencillamente que no encuentro ningún valor en su idea de un instinto de muerte.

Bien, Klein ha hecho mucho más de lo que podemos permitirnos ignorar. Penetró cada vez más profundamente en los mecanismos mentales de sus pacientes, y después aplicó sus conceptos al bebé en crecimiento. Creo que es en ese proceso donde cometió errores, porque en psicología "más profundo" no siempre significa "más temprano".

Una parte importante de la teoría kleiniana es el postulado de una posición esquizo-paranoide que data del inicio mismo de la vida. Esta expresión, "esquizo-paranoide", es sin duda poco feliz, pero no podemos ignorar el hecho de que en un sentido vitalmente importante encontramos los dos mecanismos:

(1) miedo al tali3n,

(2) escisi3n del objeto en "bueno" y "malo".

En 3ltima instancia, Klein parec3a pensar que los infantes empiezan de este modo, pero se dir3a que as3 ignora el hecho de que, con un quehacer materno suficientemente bueno, esos dos mecanismos pueden resultar relativamente carentes de importancia, hasta que la organizaci3n del yo le permite al beb3 utilizar los mecanismos de proyecci3n e introyecci3n para controlar los objetos. Si no hay un quehacer materno suficientemente bueno, el resultado es m3s bien el caos, y no el miedo al tali3n y una escisi3n del objeto en "bueno" y "malo".

Con respecto a las palabras "bueno" y "malo", creo que es dudoso que puedan emplearse antes de que el infante sea capaz de diferenciar los objetos internos benignos y persecutorios.

Quiz3 mucho de lo que Klein escribi3 en las 3ltimas dos d3cadas de su fruct3fera vida ha sido malogrado por su tendencia a hacer retroceder cada vez m3s la edad en que aparecen los mecanismos mentales, de modo que incluso encontraba la posici3n depresiva en las primeras semanas de vida; es cierto que tambi3n reconoc3a, de labios afuera, la provisi3n ambiental, pero nunca acept3 plenamente que junto con la dependencia de la infancia temprana hay verdaderamente un per3odo en el que no es posible describir al infante sin describir a la madre que el infante a3n no ha podido separar de su self. Klein pretend3a haber prestado plena atenci3n al factor ambiental; en mi opini3n, era incapaz de hacerlo, por temperamento. Quiz3s esto represent3 una ventaja, pues sin duda se sent3a poderosamente impulsada a retroceder cada vez hacia los mecanismos mentales personales e individuales que constituyen al nuevo ser humano en el primer pelda3o de la escala del desarrollo emocional.

Lo principal es que, sea cual fuere la cr3tica que deseemos hacerle al punto de vista de Mein en las 3ltimas dos d3cadas de su vida, no podemos ignorar la enorme influencia que su trabajo tuvo en Inglaterra, y que tendr3 en todas partes, sobre el psicoan3lisis ortodoxo.

En cuanto a la pol3mica entre Klein y Anna Freud, y entre los seguidores de una y otra, para m3 carece de importancia, y tampoco la tendr3 para ustedes, porque es una cuesti3n local, y bastar3 una brisa fuerte para disiparla. Lo 3nico importante es que el psicoan3lisis, firmemente basado en Freud, no pase por alto el aporte kleiniano, que ahora intentar3 resumir en los t3rminos siguientes:

Estricta t3cnica ortodoxa en el psicoan3lisis de ni3os.

T3cnica facilitada por el empleo de peque3os juguetes en las etapas iniciales.

T3cnica para el an3lisis de ni3os de dos a3os y medio de edad en adelante.

Reconocimiento de la fantas3a tal como la localiza el ni3o (o el adulto), es decir, dentro o fuera del self.

P S I K O L I B R O

Comprensión de las fuerzas u "objetos" internos benignos y persecutorios y de su origen en las experiencias instintivas satisfactorias o insatisfactorias (originalmente orales y sádico-orales).

Importancia de la proyección y la introyección como mecanismos mentales desarrollados en relación con la experiencia que tiene el niño de las funciones corporales de incorporación y excreción.

Énfasis en la importancia de los elementos destructivos de las relaciones objetales, es decir, aparte de la rabia en la frustración.

Desarrollo de una teoría del logro por el individuo de capacidad para la preocupación por el otro (posición depresiva).

Relación del juego constructivo, el trabajo, la potencia y el parto, con la posición depresiva.

Comprensión de la negación de la depresión (defensa maníaca).

Comprensión del caos amenazante en la realidad psíquica interior y de las defensas relacionadas con ese caos (neurosis obsesiva o estado de ánimo depresivo).

Postulación de impulsos infantiles, miedo al tali3n y escisi3n del objeto antes de la obtenci3n de la ambivalencia.

Intento constante de describir la psicología del infante sin ninguna referencia a la calidad de la provisi3n ambiental.

A continuaci3n tenemos ciertas aportaciones m3s dudosas:

La subsistencia del empleo de la teor3a de los instintos de vida y de muerte. Un intento de describir la destructividad infantil en t3rminos de:

- (a) la herencia, y
- (b) la envidia.



Biblioteca D. Winnicott

La lactancia natural

- Revisado en 1954 -

EN UNA CONVERSACIÓN reciente entre pediatras se señaló que, en realidad, no sabemos en qué consiste el valor particular de la lactancia natural. Tampoco sabemos qué principio debemos seguir para elegir el momento del destete. Evidentemente, tanto la fisiología como la psicología tienen importancia en la respuesta a estas preguntas. Debemos, dejar a los pediatras el complejo estudio de los procesos corporales, mientras intentamos hacer un comentario desde el punto de vista psicológico.

Aunque la psicología de la lactancia constituye un asunto sumamente complejo, ya es probablemente bastante conocido como para escribir algo claro y útil. Pero existe una complicación. Lo que se escribe no es necesariamente aceptable, aun cuando sea cierto. Es necesario que analicemos en primer lugar esta paradoja.

Un adulto, o incluso un niño, no puede saber cómo se siente exactamente un bebé. Los sentimientos de ese período, aunque sin duda permanecen en nosotros, no son fáciles de evocar. Su intensidad reaparece en la intensidad del sufrimiento vinculado con los síntomas psicóticos. Las preocupaciones del bebé por los sentimientos de cierto tipo, en determinado momento, reaparecen en la preocupación de la persona enferma por el temor o la culpa. Cuando observamos directamente un bebé, nos resulta difícil traducir lo que vemos y oímos en términos de sentimientos; o bien utilizamos la imaginación, y muchas veces erróneamente, porque introducimos en la situación ideas que corresponden al desarrollo posterior. Las madres que cuidan de sus propios bebés están más cerca de una exacta captación de sus sentimientos, debido a su capacidad especial, que pierden al cabo de unos pocos meses, para identificarse con el bebé que está bajo su cuidado. Pero las madres rara vez desean comunicar lo que saben, hasta que han olvidado los aspectos vitales de la historia.

Los médicos y las enfermeras, que están adiestrados para su tarea, por cierto que no se encuentran en mejores condiciones que el resto de la gente para saber cómo son los bebés en tanto seres humanos recientemente lanzados a la tremenda tarea de convertirse en ellos mismos. Se dice que no hay nada más poderoso en las relaciones humanas que el vínculo existente entre un bebé y su madre (o el pecho) durante la excitación de una primera experiencia alimentaria. No espero que esto se acepte fácilmente; no obstante, es necesario aceptar por lo menos la posibilidad de que eso sea cierto cuando se consideran problemas como el valor de la lactancia natural en comparación con la alimentación por medio de una mamadera. En la psicología dinámica en general, pero sobre todo en la psicología de la primera infancia, es válido afirmar que resulta imposible sentir plena e inmediatamente las grandes verdades. En otras ciencias, si se descubre que algo es cierto, por lo común es posible aceptarlo sin mayor esfuerzo emocional. Pero en psicología siempre hay un problema de tensión, de modo que a veces se acepta con mayor facilidad lo falso que la verdad misma.

Después de estas aclaraciones preliminares, me atrevería a hacer una afirmación audaz; la relación del bebé con la madre durante la orgía de la mamada es particularmente intensa. Asimismo, se trata de una relación compleja, pues incluye la excitación de la anticipación, la experiencia de actividad durante la mamada, así como el sentimiento de gratificación, con el alivio de la tensión instintiva que trae aparejado la satisfacción. En una etapa posterior, el grupo sexual de sentimientos rivalizará con los correspondientes al período de la lactancia, y el individuo recordará estos últimos cuando experimente los primeros, y por cierto que la pauta de la experiencia sexual ofrece características y peculiaridades derivadas de la temprana vida instintiva infantil.

Con todo, los momentos instintivos no lo son todo. Está también la relación del bebé con la madre en los períodos entre una y otra orgía, y las experiencias excretoras que también involucran excitación y culminación. El bebé tiene entre manos una tarea tremenda en el temprano desarrollo emocional, en lo relativo a reunir los dos tipos de relación que tiene con la madre; en uno de ellos el instinto despierta, y en el otro la madre es el medio y la proveedora de las seguridades físicas corrientes relativas a la seguridad, el calor, y la protección contra lo imprevisible.

No hay nada que establezca en forma tan clara y satisfactoria la concepción que el bebé tiene de la madre como ser humano total como las buenas experiencias durante la excitación, con gratificación y satisfacción. A medida que el bebé va conociendo a la madre como un ser humano total, comienza a contar con una técnica para darle algo a cambio de lo que recibe. El bebé se convierte así en un ser humano total también, con capacidad para soportar el momento de preocupación, durante el cual algo se le debe pero aún no se le ha pagado. Aquí se origina el sentimiento de culpa, así como la capacidad del bebé para experimentar tristeza si la madre amada está lejos. Si una madre alcanza este doble logro en su relación con el bebé, al establecer una lactancia satisfactoria al tiempo que sigue siendo la única persona en la vida del bebé durante cierto tiempo, hasta que tanto ella como el niño pueden sentirse como seres humanos totales, entonces el desarrollo emocional del bebé ha avanzado un largo trecho hacia el desarrollo sano, que constituye la base para una eventual existencia independiente en un mundo de seres humanos. Muchas madres sienten que establecen contacto con el bebé en el curso de los primeros días, y cabe esperar que un bebé manifieste reconocimiento al cabo de unas pocas semanas por medio de una sonrisa. Todos éstos constituyen logros basados en buenas experiencias en el cuidado materno, y en la provisión de gratificación instintiva; al comienzo, estos logros pueden perderse, sea por azares de la lactancia o dificultades en la relación con otras experiencias instintivas, o bien debido a cierta variabilidad ambiental que está más allá de la capacidad de comprensión del niño. El temprano establecimiento de relaciones humanas totales, y su mantenimiento, es de enorme valor para el desarrollo del niño.

No cabe duda de que una madre que por un motivo u otro no puede dar el pecho a su bebé es capaz de llevar a cabo la mayor parte de este temprano establecimiento de una relación humana, al utilizar la mamadera para proporcionar gratificación instintiva en los momentos de excitación alimentaria. No obstante, en líneas generales parecería que las madres que pueden dar el pecho al bebé encuentran una experiencia mucho más rica para sí mismas en la lactancia natural, y ello parece contribuir al temprano establecimiento de una relación entre dos seres humanos. Si la gratificación instintiva fuera la única clave, la lactancia natural no tendría ninguna ventaja sobre la artificial. Pero lo que asume importancia esencial es la actitud total de la madre.

Además, existe una complicación de suma importancia en el estudio del valor particular de la lactancia natural: el bebé humano tiene ideas. Toda función es elaborada en la psiquis, e incluso al comienzo hay una fantasía correspondiente a la excitación y a la experiencia de alimentarse. La fantasía, tiene que ver con un ataque implacable contra el pecho, y eventualmente contra la madre cuando el niño empieza a percibir que el pecho que ataca es el de la madre. Hay un elemento agresivo muy poderoso en el impulso primitivo de amor que es el impulso a comer. En términos de la fantasía correspondiente, a una etapa levemente posterior, la madre es objeto de un ataque feroz, y aunque pueda observarse muy poca

agresión, no es posible ignorar el elemento destructivo en la finalidad del bebé. La alimentación satisfactoria pone fin a la orgía desde el punto de vista físico, y también completa la experiencia fantaseada; no obstante, surge un considerable grado de preocupación a causa de las ideas agresivas en cuanto el niño comienza a sumar dos más dos, y a descubrir que el pecho atacado y vaciado es una parte de la madre.

El bebé que ha mamado mil veces está evidentemente en condiciones muy distintas del que se ha alimentado igual número de veces con la mamadera; la supervivencia de la madre es más un milagro en el primer caso que en el segundo; no quiero sugerir que la madre que alimenta a su bebé con una mamadera no puede hacer nada para manejar la situación. Indudablemente el niño juega con ella y ella recibe más de un mordisco juguetón, y es posible comprobar que cuando las cosas van bien el niño siente prácticamente lo mismo que si la madre le diera el pecho. No obstante, hay una diferencia. En psicoanálisis, durante el cual hay tiempo para reunir todas las raíces primitivas de la experiencia sexual completa de los adultos, el analista obtiene convincentes pruebas de que en una experiencia satisfactoria con el pecho, el hecho concreto de tomar algo del cuerpo de la madre proporciona una suerte de "copia heliográfica" para todos los tipos de experiencia en que está involucrado el instinto.

Es común que un bebé no pueda mamar, no a causa de alguna incapacidad inherente, que sin duda es muy rara, sino a causa de algo que interfiere la capacidad de la madre para adaptarse a las necesidades del bebé'. El consejo erróneo de insistir con la lactancia natural resulta notoriamente desastroso. Su reemplazo por la mamadera produce alivio, y a menudo ocurre que un bebé que tiene dificultades deja de experimentarlas cuando sustituye el pecho de la madre por un método más impersonal, es decir, la mamadera. Esto corresponde al beneficio que algunos bebés pueden obtener del hecho de estar acostados en la cuna, porque la riqueza de la experiencia que significa estar en los brazos de la madre se vería dañada por las ansiedades de aquélla, o por su depresión, que inevitablemente distorsiona ese proceso. A partir del reconocimiento de que el bebé experimenta alivio cuando se lo desteta de una madre ansiosa o deprimida, los estudiosos del tema podrían llegar a una comprensión teórica de la enorme importancia que tiene la capacidad positiva de la madre para cumplir con su función en este sentido. El éxito es importante para la madre, a veces más importante para ella que para el bebé, pero indudablemente resulta esencial para el niño también.

Conviene agregar que el éxito en la lactancia natural no significa que todos los problemas hayan quedado resueltos; el éxito significa que es posible embarcarse en una experiencia de relaciones más rica y más intensa, que está acompañada por una mayor posibilidad de que el niño exhiba síntomas a través de los cuales revela que las dificultades realmente importantes de la vida y las relaciones humanas, están siendo enfrentadas. Cuando es necesario recurrir a la mamadera, por lo común, hay un alivio en todos estos sentidos y, en términos de un buen manejo, el médico puede pensar que al facilitar las cosas en general está haciendo algo útil. Pero esto significa contemplar la vida en términos de enfermedad y salud. Quienes cuidan de un bebé deben poder pensar en términos de pobreza y riqueza de la personalidad, lo cual es algo muy distinto.

En el caso del bebé que toma el pecho, pronto se desarrolla una capacidad para utilizar ciertos objetos como símbolos del pecho y, por ende, de la madre. La relación con la madre (tanto excitada como tranquila) está representada en la relación del bebé con el puño, con un pulgar o los dedos, con un trozo de tela o un juguete blando. Hay un proceso muy gradual en el desplazamiento de la meta de los sentimientos del niño, y un objeto sólo llega a representar el pecho cuando la idea del pecho ha sido incorporada en el niño a través de experiencias reales. A primera vista, parecería que la mamadera podría ser un sustituto del pecho, pero esto sólo tiene sentido si la mamadera se le presenta como un juguete en un momento adecuado, cuando el bebé ha tenido experiencias con el pecho. La mamadera que se da en lugar del pecho, o que se introduce en las primeras semanas, debe ser un objeto por su propia cuenta, y en cierta medida representa una barrera entre el bebé y la madre, y no un vínculo. En líneas generales, las mamaderas no son buenos sustitutos del pecho.

Resulta interesante examinar el problema del destete tal como resulta afectado por las alternativas de la lactancia natural y artificial. Fundamentalmente, el proceso del destete debe ser idéntico en ambos casos. Se llega a una etapa, en el crecimiento de un bebé, en la que éste juega a dejar caer cosas, y la madre sabe entonces que está alcanzando un estado del desarrollo en que el destete puede resultarle significativo. En este sentido hay una disposición al destete, sea que se utilice el pecho o la mamadera. En cierta medida, sin embargo, ningún bebé está del todo listo para que se lo destete, a pesar de que en la práctica una cantidad de bebés se destetan por su cuenta.

Siempre hay rabia relacionada con el destete, y aquí es donde el pecho y la mamadera siguen procesos distintos. En el caso del niño alimentado con leche materna, el bebé y la madre deben pasar por un período en el que hay rabia contra el pecho, y en el que hay ideas de un ataque que no está motivado por el deseo sino por la cólera. Evidentemente, cuando el bebé y la madre pasan exitosamente por esta etapa, logran una experiencia mucho más rica que cuando superan la técnica alimentaria más mecánica, con la mamadera como sustituto del pecho. En la experiencia del destete, es importante que la madre sobreviva a todos los sentimientos correspondientes al destete, y ella sobrevive, en parte, porque el niño la protege y, en parte, porque puede protegerse a sí misma.

Hay un problema práctico que asume gran importancia en los casos en que se piensa adoptar un niño. ¿Es mejor que el bebé tome el pecho durante algún tiempo? Creo que no contamos con una respuesta. En el estado actual de nuestro conocimiento, no sabemos con certeza si es mejor aconsejar a la madre de un niño ilegítimo que le dé el pecho o que comience con la mamadera, cuando sabe que el bebé será adoptado. Muchos afirman que una madre se siente mucho mejor ante la idea de entregar su bebé a otras personas si lea tenido la oportunidad de amamantarlo, aunque sea durante algún tiempo; pero, por el otro lado, puede sentirse tremendamente angustiada ante la separación después de ese período. Se trata de un problema muy complejo, porque para una madre puede resultar más conveniente experimentar esa angustia en lugar de descubrir más tarde que se la privó de una experiencia que hubiera querido tener, porque era real. Es necesario tratar cada caso según sus propias características, teniendo en cuenta los sentimientos de la madre. Con respecto al bebé, parece evidente que una lactancia natural y un destete satisfactorios proporcionan una buena base para la adopción, pero es comparativamente raro que un niño que se inicia tan bien sea adoptado. Con mayor frecuencia, el comienzo de la vida de ese niño está "embrollado", de modo que quienes lo adoptan se encuentran con un bebé que ya está perturbado por una compleja historia pasada. De una cosa estamos seguros: estos factores ejercen enorme influencia, y no es posible, al adoptar un bebé, pasar por alto la historia de su lactancia y del manejo general en los primeros días y semanas de vida. Los procesos que se inician fácilmente en esos momentos en que todo anda bien, pueden resultar muy difíciles de establecer en unas pocas semanas o meses más tarde, cuando ya se han complicado las cosas.

Se puede afirmar que si un niño necesita eventualmente una prolongada psicoterapia, es mejor que haya habido algún contacto con el pecho al comienzo, ya que proporciona una base de riqueza en las relaciones, que posiblemente pueda recuperarse con el tratamiento. No obstante, la mayoría de los niños no reciben psicoterapia, y pocas veces es posible proporcionar una psicoterapia prolongada; por lo tanto, cuando se hacen los arreglos tendientes a una adopción, es mejor contentarse con el comienzo más pobre de una buena técnica de alimentación con mamadera que, por el hecho mismo de que no acerca tan íntimamente a la madre, hace más fácil que el niño sienta que hay un manejo congruente, a pesar de que varias personas intervengan en su alimentación. Parece probable que el bebé que se alimenta con mamadera desde el comienzo, aunque resulte más pobre por esa experiencia, o quizás debido a que es más pobre por esa experiencia, pueda ser alimentado por una serie de personas sin confundirse demasiado, simplemente porque por lo menos la mamadera y el alimento permanecen constantes. El niño necesita algo en qué confiar al comienzo, pues' de otro modo no hay esperanzas de que inicie bien su camino hacia la salud mental.

Es necesario realizar una gran tarea en este campo de investigación, y debemos reconocer que la fuente más fructífera de una mayor comprensión radica en el psicoanálisis prolongado de todos los tipos de

casos, normales, neuróticos y psicóticos, de niños de todas las edades, así como de adultos.

En síntesis, puede decirse que no es posible tratar con ligereza el problema de encontrar un sustituto para la lactancia natural. En algunos países y en algunas culturas, la mamadera se utiliza en todos los casos, y ello debe afectar la pauta cultural de la comunidad. La lactancia natural proporciona la experiencia más rica y es el método más satisfactorio desde el punto de vista de la madre, si todo anda bien. Desde el punto de vista del niño, la supervivencia de la madre y del pecho después de la lactancia es mucho más importante que la supervivencia de una mamadera, y de una madre que le da una mamadera. En la madre y en el niño pueden surgir dificultades como consecuencia de la riqueza de la experiencia correspondiente a la lactancia natural, pero ello no puede tomarse como un argumento en su contra, ya que la meta en el cuidado infantil no consiste simplemente en evitar síntomas. La finalidad del cuidado infantil no se limita a establecer la salud, sino que incluye el proporcionar condiciones para la experiencia más rica posible, con resultados a largo plazo, evidenciados en una mayor profundidad y un mayor valor en el carácter y la personalidad del individuo.



Biblioteca D. Winnicott

La contratransferencia

Trabajo presentado en la segunda parte de un simposio sobre la Contratransferencia, organizado por la Sección Médica de la British Psychological Society, Londres, 25 de noviembre de 1959, y publicado originalmente en el British Journal of Medical Psychology, 33, págs. 17-21.

Lo que deseo decir puede enunciarse brevemente.

Creo que a la palabra "contratransferencia" ahora debería restituirse su uso original. Podemos utilizar las palabras como gustemos, sobre todo tratándose de palabras artificiales como lo es ésta. Naturalmente, una palabra como "self" sabe más que nosotros; nos usa y puede gobernarnos. Pero "contratransferencia" es un término que nosotros podemos esclavizar, y la lectura de los textos técnicos me lleva a pensar que está en peligro de perder su identidad.

Hay ahora toda una literatura en torno de este vocablo, y yo he tratado de estudiarla. En mi artículo "Hate in the Counter-transference" (1947) (que trata principalmente sobre el odio), dije que, según cierto uso, "contratransferencia" designaría "la anormalidad en los sentimientos contratransferenciales, y relaciones e identificaciones fijas reprimidas en el analista. Esto lleva a comentar que el analista necesita más análisis...".

A los fines de ese escrito, recogí a continuación otros dos significados posibles.

Será fútil cualquier discusión que se base en las fallas del análisis del propio analista. En cierto sentido, esto pone fin al debate.

Pero el significado de la palabra contratransferencia puede ampliarse, y creo que todos estamos de acuerdo en extenderlo un poco para tener la oportunidad de ver nuestro trabajo de una manera nueva. Pero volveré a la idea que he expresado. Antes de proseguir, tengo que retomar una observación realizada por Michael Fordham al principio de su intervención, en la cual cita a Jung como cuestionando la idea de que la transferencia es el producto de la técnica psicoanalítica, y subrayando que es un fenómeno general transpersonal o social. Aparte del hecho de que no sé qué significa "transpersonal", pienso que una distorsión del uso del término tal como Freud lo introdujo puede generar confusiones. La característica de la técnica psicoanalítica es este empleo de la .transferencia y de la neurosis de transferencia. La transferencia no es sólo una cuestión de buena comunicación o relación. Tiene que ver con el modo como un fenómeno altamente subjetivo surge repetidamente en el análisis. El psicoanálisis consiste en gran medida en la preparación de las condiciones para el desarrollo de esos fenómenos, y en su interpretación en el momento oportuno. La interpretación relaciona el fenómeno (transferencia) específico con una porción de la realidad psíquica del paciente, y esto en algunos casos significa relacionarla al mismo tiempo con una porción de su vida pasada.

En un ejemplo típico, el paciente va eligiendo desconfianza y odio en la relación con el analista, lo que puede verse como correlacionado con el peligro de encontrarse con otro paciente, o con las interrupciones debidas a los fines de semana y las vacaciones. Con el transcurso del tiempo, una interpretación le da sentido a todo esto, no en los términos del presente, sino de la estructura dinámica de la personalidad del paciente. A continuación

de ese trabajo, el paciente pierde esa neurosis de transferencia específica y comienza la eclosión de otra. (A menudo el trabajo no se realiza de un modo tan claro, pero como ilustración esto describe perfectamente el principio básico.)

Michael Fordham (1960) nos ha proporcionado un buen ejemplo con la paciente que lo interrogaba reiteradamente. por fin la mujer dijo: "Usted es como mi padre, nunca contesta las preguntas". A menudo un paciente da claves que el analista puede interpretar de modo fructífero, pero en este caso una porción importante aunque pequeña de la interpretación fue aportada por la propia paciente, y sin duda el analista pudo entonces intervenir con una interpretación más completa.

Es necesario que dedique tiempo a estas aclaraciones, porque si no nos ponemos de acuerdo sobre el término transferencia no debemos empezar a discutir la contratransferencia.

Incidentalmente, podría recordarle al doctor Fordham que alguno de los términos que él emplea carecen de valor para mí, pues pertenecen a la jerga junguiana. El, a su turno, podría decirme cuáles de mis palabras le resultan inútiles. Por mi parte, me refiero a "transpersonal", "inconsciente transpersonal", "ideal analítico transpersonal", "arquetípico", "componentes contrasexuales de la psique", "ánimus y ánima", "conjunción ánimus-ánima".

Este lenguaje no puede llegar a establecer una comunicación conmigo. Para algunas de las personas que se encuentran en este salón, éstas son palabras cotidianas, y para el resto no tienen ningún significado preciso.

También debemos tener cuidado con el empleo de términos que reciben diferentes usos entre grupos diversos de investigadores: yo, inconsciente, ilusorio, sintónico (reaccionar sintónicamente), análisis, etcétera.

Ahora puedo volver al tema del fenómeno de la transferencia-contratransferencia y examinar lo que sucede en términos generales en el trabajo profesional. El trabajo profesional es totalmente distinto de la vida corriente, ¿no es así?

Todo esto comenzó con Hipócrates, quizás el fundador de la actitud profesional. En el juramento médico encontramos el cuadro de un hombre o una mujer que constituye una versión idealizada del hombre o la mujer comunes de la calle. Pero es así como somos cuando actuamos profesionalmente. Ese juramento incluye la promesa de no cometer adulterio con una paciente. Este punto supone el pleno reconocimiento de un aspecto de la transferencia, la necesidad que experimenta el paciente de idealizar al médico, y de enamorarse de él, de soñar.

Freud admitió el desarrollo de toda una gama de fenómenos subjetivos en la relación profesional; en efecto, el análisis del propio analista implicaba el reconocimiento de que éste se encuentra bajo tensión al mantener una actitud profesional. Empleo deliberadamente este modo de hablar. No estoy diciendo que el análisis del analista pretenda liberarlo de la neurosis; se trata de aumentar la estabilidad del carácter y la madurez de la personalidad del profesional, que constituyen la base de su trabajo y de nuestra capacidad para mantener una relación profesional.

Desde luego, la actitud profesional podría erigirse sobre una base de defensas, inhibiciones y regularidad obsesiva; lo que digo es que precisamente en esos casos el terapeuta se encuentra bajo tensión, porque cualquier estructuración de las defensas de su yo reduce su capacidad para enfrentar las situaciones nuevas. El psicoterapeuta (analista o psicólogo analítico) debe seguir siendo vulnerable y, sin embargo, no abandonar su rol profesional en sus sesiones de trabajo reales. Supongo que el analista profesional de conducta correcta es más fácil de encontrar que el analista que, sin dejar de comportarse bien, conserva la vulnerabilidad propia de una organización defensiva flexible. (Fordham se refiere a esta misma idea en su propio lenguaje.)

En el psicoanálisis hay un uso mucho más pleno de los fenómenos de la transferencia que, por ejemplo, en la asistencia social. Esto le proporciona al analista una ventaja terapéutica sobre el asistente social, pero hay que recordar las ventajas que conserva la asistencia individualizada más general que brinda el primero, quien,

trabajando con las funciones yoicas del paciente, está en mejores condiciones para relacionarse con las necesidades de provisión social que tiene el yo del individuo. Como analistas solemos encontrar obstáculos en esta función, que no es la nuestra.

En el análisis, lo característico es que la neurosis de transferencia derive del ello. En la asistencia social un hombre puede decirle a una visitadora "usted me recuerda a mi madre", y no es necesario hacer nada respecto de esto, salvo que la asistente lo crea. En el análisis, el analista habrá recibido claves que le permiten interpretar no sólo la transferencia de sentimientos de la madre a él, sino también los elementos instintivos inconscientes que están debajo, y los conflictos suscitados y las defensas que se organizan. De este modo, el inconsciente empieza a tener un equivalente consciente y a convertirse en un proceso vivo que envuelve a las personas, y a ser un fenómeno aceptable para el paciente.

Seguramente lo que el paciente encuentra es la actitud profesional del analista, y no los hombres y mujeres inconfiables que somos en la vida privada.

Quiero empezar con esta observación clara, aunque tenga que modificar algo más adelante lo que ahora estoy diciendo.

Deseo dejar establecido que el trabajo del analista es un estado especial, es decir, que su actitud es profesional. El trabajo se realiza con un encuadre profesional. En este encuadre damos por sentado que el analista no está sometido a trastornos de la personalidad y el carácter de un tipo o grado tal que impidan mantener la relación profesional, o que para mantenerla obliguen a pagar el alto costo que suponen las defensas excesivas.

La actitud profesional se parece al simbolismo, en cuanto supone una distancia entre el analista y el paciente. El símbolo está en una brecha entre el objeto subjetivo y el objeto percibido objetivamente.

Se verá que en este sentido estoy en desacuerdo con una afirmación de Fordham, aunque algo más adelante concordaré con él. La afirmación a la que me refiero es la siguiente: "El (Jung) compara la relación analítica con una interacción química, y continúa diciendo que el tratamiento no puede, mediante ningún dispositivo... ser otra cosa que el producto de la influencia recíproca en la cual desempeñan su parte tanto el ser total del médico como el paciente". Más adelante subraya que es fútil que el analista erija defensas de tipo profesional contra la influencia del paciente, y continúa: "Al hacerlo, no hace más que negarse el empleo de un órgano de información sumamente importante".

Yo preferiría ser recordado como alguien que sostiene que entre el paciente y el analista está la actitud profesional del analista, su técnica, el trabajo que realiza con su mente.

Ahora bien, les digo esto sin temor porque no soy un intelectual, y de hecho hago personalmente mi trabajo en gran medida partiendo del yo corporal, por así decirlo. Pero en mi trabajo analítico me pienso funcionando gracias a un esfuerzo mental consciente aunque fácil. Las ideas y los sentimientos acuden a la mente, pero antes de formular una interpretación los examino y escudriño. Esto no significa que los sentimientos no participen. Por un lado, puedo sentir dolor de estómago, pero habitualmente ello no afecta mis interpretaciones; por otra parte, tal vez una idea del paciente me ha estimulado erótica o agresivamente, pero tampoco este hecho afecta por lo común mi trabajo interpretativo, lo que diga, el modo o el momento en que lo diga.

Durante la sesión el analista es objetivo y congruente, y no es un salvador, un maestro, un aliado ni un moralista. El efecto importante del propio análisis del analista en relación con esto consiste en que ha fortalecido su yo de modo tal que puede seguir profesionalmente involucrado y hacerlo sin demasiada tensión.

En la medida en que esto sea cierto, la palabra contratransferencia puede designar los rasgos neuróticos que malogran la actitud profesional y perturban el curso del proceso analítico tal como lo determina el paciente.

A mi juicio esto es así, salvo con cierto tipo de diagnóstico, que ahora deseo describir, que modifica la

totalidad del problema y me lleva a desear concordar con la afirmación de la que acabo de disentir. El tema en discusión es ahora el rol del analista: este rol debe variar según el diagnóstico del paciente. Ninguno de los oradores tuvo tiempo para referirse más que brevemente a la cuestión del diagnóstico (aunque Fordham citó a Jung: "Está claro, sin embargo, que él está segura de que el naciente puede tener efectos muy drásticos sobre el analista y que ellos pueden inducir en él manifestaciones patológicas. Sostiene que éste es particularmente el caso cuando se trata de esquizofrenias fronterizas, y Jung desarrolla este tema de un modo interesante").

Por lo tanto, ahora hablo desde una posición diferente, y el cambio se origina en el hecho de que me refiero al manejo y tratamiento de casos fronterizos para los cuales la palabra psicótico es más apropiada que la palabra neurótico. Pero la gran mayoría de las personas que acuden a nosotros en busca de psicoanálisis no son psicóticos, y a los estudiantes hay que enseñarles en primer lugar el análisis de los casos no-psicóticos.

Quizá se espere que yo emplee palabras tales como psiconeurosis, psicosis, o histeria, trastorno afectivo y esquizofrenia, pero no lo haré para clasificar los casos en función de lo que nos proponemos aquí. Creo que dos tipos de casos modifican completamente la actitud profesional del terapeuta. Uno es el paciente con tendencia antisocial y el otro es el paciente que necesita una regresión. El primero, el paciente con una tendencia más o menos antisocial, está reaccionando permanentemente a una privación. Su enfermedad, o el aspecto esperanzado que hay en ella, obliga al terapeuta a corregir y a continuar corrigiendo las fallas del yo auxiliar que alteró el curso de la vida del paciente. Lo único que el terapeuta puede hacer, aparte de quedar atrapado, es aprovechar lo que sucede para llegar a un enunciado preciso de la privación o las privaciones originales, tal como las percibió y sintió el paciente en su niñez. Esto supone trabajar o no con el inconsciente del paciente. Un terapeuta completamente comprometido en el trabajo con pacientes que presentan una tendencia antisocial no estaría en una buena posición para comprender la técnica psicoanalítica, la operación de la transferencia o la interpretación de la neurosis de transferencia. Nosotros tratamos de no derivar los casos antisociales a nuestros estudiantes de psicoanálisis precisamente porque con esos casos no podemos enseñar psicoanálisis. Se los trata mejor de otro modo, aunque el psicoanálisis puede a veces añadirse con utilidad. No dedicaré más consideraciones a la tendencia antisocial.

En el otro tipo de paciente al que estoy refiriéndome, puede ser necesaria una regresión. Para generar un cambio significativo, el paciente tendrá que atravesar una fase de dependencia infantil. Tampoco en este caso puede enseñarse psicoanálisis, aunque sí practicarlo en una forma modificada. La dificultad consiste aquí en el diagnóstico, en la localización de la falsedad de la personalidad falsa que oculta al self verdadero inmaduro. Para que en este caso el self verdadero oculto se haga reconocer, el derrumbe del paciente formará parte del tratamiento, y el analista tendrá que ser capaz de interpretar el rol de la madre para el infante del paciente. Esto significa brindar un yo auxiliar en gran escala. El analista tendrá que seguir orientado hacia la realidad externa, mientras de hecho se identifica con el paciente, incluso se fusiona con él. El paciente debe volverse sumamente dependiente, incluso absolutamente dependiente, y esto vale aunque exista una parte sana de la personalidad que mientras tanto actúe como aliado del analista y de hecho le diga cómo debe comportarse.

Advertirán que ahora estoy empleando frases concordantes con las utilizadas por Fordham.

Una vez más puede decirse que los analistas que trabajan principalmente con pacientes que se vuelven muy dependientes de esta manera, quizá no comprendan ni aprendan la técnica psicoanalítica, basada en el trabajo con la gran mayoría de los pacientes, en los cuales su propia dependencia infantil fue manejada con éxito por sus madres y padres. (Nunca podrá subrayarse lo bastante el hecho de que la mayoría de las personas, si se analizan, necesitan la técnica psicoanalítica clásica, con la actitud profesional del analista entre éste y el paciente.)

Per contra, el analista clásico, el que ha aprendido su tarea con la neurosis de transferencia y confía en su capacidad para abordarla a medida que se desarrolla y repetidamente reaparece, tiene mucho que aprender de quienes cuidan e intentan hacer psicoterapia con pacientes necesitados de atravesar las etapas del desarrollo emocional que en sentido propio corresponden a la infancia.

Por lo tanto, desde esta posición modificada con el paciente diagnosticado como psicótico o esquizofrénico, y con la transferencia dominada por la necesidad que tiene el paciente de hacer regresión a una dependencia infantil, me encuentro en condiciones de sumarme a muchas de las observaciones del doctor Fordham, quien, no obstante, considero que no las vinculó adecuadamente con la clasificación de los pacientes, debido a que le faltó tiempo. El psicótico fronterizo gradualmente atraviesa las barreras que yo he denominado la técnica del analista y la actitud profesional, y obliga a una relación directa de tipo primitivo, incluso al extremo de la fusión. Esto se hace de un modo gradual y ordenado, y la recuperación es consecuentemente ordenada, salvo cuando, como característica misma de la enfermedad, el caos debe reinar supremo tanto dentro como fuera.

En la formación de psicoanalistas y en estudios relacionados, no debemos colocar a los estudiantes en la situación de quedar relacionados con las necesidades primitivas de los pacientes psicóticos, porque pocos podrán soportarlo, y pocos podrán extraer algún aprendizaje de esa experiencia. Por otra parte, en una práctica psicoanalítica adecuadamente organizada hay lugar para algunos pacientes que cruzan la frontera profesional, y que nos someten a esas pruebas especiales y formulan las exigencias que en esta discusión nosotros parecemos estar abarcando con el término "contratransferencia". Yo podría tomar el tema de las respuestas del analista. De hecho, me resulta difícil perder esta oportunidad de discutir las cosas de toda clase que he experimentado y que se vinculan con las ideas formuladas por el doctor Fordham. Por ejemplo, hubo una paciente que me golpeó. Lo que yo le dije entonces no puede publicarse. No fue una interpretación, sino la reacción a un hecho. La paciente atravesó la línea blanca profesional y obtuvo un poco de lo que soy realmente; creo que ella lo sintió como real. Pero una reacción no es contratransferencia.

¿No sería mejor en este punto permitir que el término contratransferencia recobre su significado y designe lo que esperamos eliminar mediante la selección, el análisis y la formación de los analistas? Esto nos dejaría las manos libres para discutir muchas cosas interesantes que los analistas pueden hacer con los pacientes psicóticos en regresión temporaria y dependientes, a los cuales podríamos aplicarles la expresión de Margaret Little: la respuesta total del analista a las necesidades del paciente. Bajo este título u otro similar hay mucho por decir sobre el empleo que puede hacer el analista de sus propias reacciones conscientes e inconscientes ante el impacto del paciente psicótico o de la parte psicótica del paciente, y sobre el efecto de este impacto en la actitud profesional. Yo me cuento entre quienes ya han escrito algo y dicho mucho sobre este tema que interesa por igual a junguianos y freudianos. Esto podría y sin duda debe constituir la base de futuras discusiones, pero si se pretende extender esta palabra para que abarque todo el mundo contenido en el título de este simposio (la contratransferencia), creo que lo único que se obtendrá es confusión.

Biblioteca D. Winnicott

La cura

(Conferencia pronunciada ante médicos y enfermeras en la Iglesia de San Lucas, Hatfield, el domingo de San Lucas, 18 de octubre de 1970)

Aprovechando la oportunidad que se me ha concedido, intentaré expresar algunos de los pensamientos y sentimientos que, según creo, compartimos todos nosotros.

Yo no me ocupo de la religión de la experiencia interna, que no es mi especialidad, sino de la filosofía de nuestro trabajo como profesionales de la medicina, una suerte de religión de la relación externa.

En el lenguaje que utilizamos, hay una buena palabra: cura. Si a esta palabra se le permitiera hablar, sin duda nos contaría una historia. Las palabras son valiosas en ese sentido; tienen raíces etimológicas, tienen una historia: como los seres humanos, a veces deben luchar para establecer y mantener su identidad.

En un nivel muy superficial, la palabra "cura" señala un común denominador de la práctica religiosa y la práctica médica. Creo que, etimológicamente, significa cuidado. A comienzos del siglo XVIII empezó a utilizarse para designar el tratamiento médico, como en la expresión "cura hídrica". Un siglo más tarde implicaba además un resultado favorable: la recuperación de la salud por el paciente, la aniquilación de la enfermedad, la victoria sobre el espíritu del mal.

La frase: "Que el agua y la sangre sean del pecado la doble cura" contiene ya algo más que una alusión al paso del cuidado al remedio, es decir, a la transición a la que me estoy refiriendo aquí y ahora.

En el uso que se da al término en la práctica médica es posible advertir una brecha entre las dos acepciones. El sentido de remedio, de erradicación de la enfermedad y de su causa, tiende a prevalecer hoy sobre el de cuidado. Los médicos libran una constante batalla para lograr que el término siga significando ambas cosas. El médico general cuida, podría decirse, pero debe conocer remedios. El especialista, en cambio, se encuentra atrapado en problemas de diagnóstico y erradicación de la enfermedad, y lo que debe esforzarse por recordar es que también el cuidado forma parte de la práctica médica. En la primera de estas posiciones extremas el médico es un trabajador social y prácticamente pesca en los estanques que constituyen pesquerías adecuadas para el sacerdote. En el otro extremo, el médico es un técnico, tanto cuando diagnostica como cuando trata.

El campo es tan vasto que la especialización es inevitable. Sin embargo, en nuestra calidad de sujetos pensantes no estamos eximidos de intentar un enfoque holístico.

¿Qué es lo que necesita la gente de nosotros, médicos y enfermeras?, ¿qué es lo que necesitamos de nuestros colegas cuando somos nosotros los inmaduros, los enfermos, los ancianos? Estas condiciones -la falta de madurez, la enfermedad, la vejez- provocan dependencia. Lo que se necesita, por lo tanto, es confiabilidad. Como médicos, y también como enfermeras y trabajadores sociales, estamos obligados a ser humanamente (no mecánicamente) confiables, a llevar incorporada la confiabilidad en nuestra actitud general. (Por el momento debo presumir que somos capaces de reconocer la dependencia y de adaptarnos a lo que encontramos.)

Nadie discute el valor de los remedios eficaces. (Por ejemplo, la penicilina salvó la vida de mi esposa y evitó que yo me convirtiera en un inválido.) La ciencia aplicada en la práctica médica y quirúrgica debe darse por supuesta. Es improbable que subestimemos el remedio específico. A partir de la aceptación de este principio, sin embargo, el observador y el sujeto reflexivo pueden avanzar hacia otras consideraciones.

EL encuentro de la confiabilidad y la dependencia es el tema de esta charla. Como pronto se verá, el tema presenta infinitas complejidades; por consiguiente tendremos que fijar límites artificiales para definir áreas de análisis.

Inmediatamente advertirán ustedes que este modo de hablar establece una diferencia entre el médico que ejerce su profesión pura y simplemente y el que lo hace en nombre de la sociedad.

Si bien es cierto que critico a la profesión médica, debo aclarar que me he sentido orgulloso de formar parte de ella desde que me gradué, hace ya cincuenta años, y que nunca quise ser otra cosa. Lo cual no me impide ver defectos notorios en nuestras actitudes y reivindicaciones sociales, y puedo asegurarles que veo también, y perfectamente, la viga en mi propio ojo.

Tal vez cuando somos pacientes advertimos con facilidad las faltas de nuestros colegas, pero junto a esto corresponde señalar que cuando después de haber estado enfermos recobramos la salud sabemos mejor que nadie lo que debemos a médicos y enfermeras.

Por supuesto, no me estoy refiriendo a los errores. Personalmente he cometido errores que me entristece recordar. Una vez, cuando aún no se había descubierto la insulina, ahogué a un paciente diabético en un estúpido e ignorante intento de seguir instrucciones de mis superiores. El hecho de que esa persona hubiese muerto de todas maneras no me sirve de consuelo. E hice cosas aún peores. Feliz del médico joven que no demuestra su ignorancia antes de haberse labrado una posición entre los colegas que lo ayudarán a enmendar sus errores. Pero éste es un tema que ha sido ya muy traído y llevado. Aceptamos la falibilidad como parte de la naturaleza humana.

Desearía examinar el modo como ustedes y yo practicamos la medicina, la cirugía y la enfermería cuando lo hacemos bien, no cuando acumulamos material para el remordimiento.

¿Cómo haré para elegir? Me veo precisado a recurrir a la experiencia de tipo especializado que he tenido, es decir, a la experiencia en el ejercicio del psicoanálisis y de la psiquiatría de niños. Considero que la psiquiatría tiene la posibilidad de brindar una realimentación muy importante a la práctica médica. El psicoanálisis no consiste tan sólo 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.

Como médico comencé atendiendo a niños -y a sus padres-, y gradualmente me convertí en psicoanalista. El psicoanálisis (como la psicología analítica) está vinculado a una teoría y a la formación intensiva de un pequeño número de individuos seleccionados y vocacionalmente motivados. El objetivo de la formación es proporcionar una psicoterapia que cala en la motivación inconsciente y que en lo esencial utiliza la llamada "transferencia". Etcétera.

A continuación enunciaré algunos principios que surgen de la clase de trabajo que mis colegas y yo realizamos. He elegido seis categorías descriptivas:

1. Jerarquías.
2. ¿Quién es el enfermo? Dependencia.
3. Efecto en nosotros de la posición de cuidar-curar.
4. Otros efectos.
5. Gratitud/propiciación.

6. Sostén. Facilitación. Maduración del individuo.

1. En primer lugar está la cuestión de las jerarquías. En nuestra especialidad comprobamos que cuando estamos frente a un hombre, una mujer o un niño, somos simplemente dos seres humanos de idéntico status. Las jerarquías se desvanecen. Lo mismo da que yo sea un médico, un enfermero, un trabajador social, un funcionario a cargo de un hogar para niños, o incluso un psicoanalista o un sacerdote. Lo importante es la relación interpersonal con todo su rico y complejo colorido humano.

Las jerarquías cumplen una función en la estructura social, pero no en la confrontación clínica.

2. De aquí a la pregunta "¿cuál de los dos es el enfermo?" hay sólo un paso. A veces es una cuestión de conveniencia. Es importante comprender que el concepto de enfermedad y de estar enfermo proporciona un alivio inmediato porque legitima la dependencia, y que quien consigue hacerse reconocer como enfermo obtiene un beneficio específico. El hecho de decirle a otra persona "Usted está enfermo" me pone en la posición de responder a una necesidad, es decir, de adaptarme, preocuparme y ser confiable, de curar en el sentido de cuidar. El médico, la enfermera o quien sea adopta con naturalidad una actitud profesional ante el paciente, sin que ello implique un sentimiento de superioridad.

¿Cuál de los dos es el enfermo? Casi podría decirse que el hecho de adoptar la posición de curar es también una enfermedad, sólo que es la otra cara de la moneda. Necesitamos a nuestros pacientes tanto como ellos nos necesitan a nosotros. El rector de Derby citó hace poco a San Vicente de Paul, quien dijo a sus seguidores: "Rogad para que los pobres nos perdonen por ayudarlos". Podríamos rogar para que los enfermos nos perdonen por responder ante las necesidades de su enfermedad. Estamos en un marco profesional, entonces el sentido de la palabra debe ser explicado. En el presente siglo son los psicoanalistas los que proporcionan esa explicación.

3. Podemos examinar ahora el efecto que asumir el rol de cuidador tiene en nosotros, que nos preocupamos y cuidamos-curamos. Señalaré cinco aspectos principales:

a) En el rol de cuidadores-curadores no somos moralistas. En nada beneficiamos a un paciente si le decimos que su maldad le hizo enfermar, como tampoco le sirve a un ladrón, un asmático o un esquizofrénico que lo incluyamos en una categoría moral. El paciente sabe que nuestra misión no es juzgarlo.

b) Somos absolutamente honestos, sinceros; cuando no sabemos algo, reconocemos que no lo sabemos. Una persona enferma no podría soportar nuestro miedo a la verdad. La profesión de médico no conviene a quien teme a la verdad.

c) Nos volvemos confiables del único modo como podemos hacerlo dignamente en nuestra tarea profesional. Lo importante es que siendo (profesionalmente) confiables, protegemos a nuestros pacientes de lo impredecible. En muchos casos el problema de los pacientes consiste precisamente en que, como parte del patrón de su vida, han estado sometidos a lo impredecible. No podemos ajustarnos a ese patrón. Detrás de la impredecibilidad acecha la confusión mental, y detrás de ésta podemos encontrar el caos en lo que se refiere al funcionamiento somático, es decir, una ansiedad impensable que es de orden físico.

d) Aceptamos el amor y el odio del paciente, y nos sentimos afectados por ellos, pero no los provocamos ni esperamos obtener de una relación profesional satisfacciones emocionales (amor u odio) que deberían lograrse en nuestra vida privada y en el dominio de lo personal, o bien en la realidad psíquica interna cuando los sueños toman forma. (En el psicoanálisis esta cuestión se considera esencial, y se da el nombre de "transferencia" a las dependencias específicas que surgen entre el paciente y el analista. El médico que practica la medicina física y la cirugía tiene mucho que aprender del psicoanálisis, especialmente en este aspecto. Mencionaré algo muy simple: si el médico se presenta a la hora convenida, percibe que la confianza del paciente en él ha aumentado

muchísimo, y esto no sólo es importante para evitar la angustia del paciente, sino que también refuerza los procesos somáticos favorables a la curación, incluso de los tejidos, y, por cierto, de las funciones.)

e) Suponemos, y fácilmente concordamos en suponer, que el médico o la enfermera no son crueles porque sí. La crueldad se introduce inevitablemente en nuestro trabajo, pero la complacencia en la crueldad debemos buscarla en la vida misma, al margen de nuestras relaciones profesionales. El deseo de venganza no tiene cabida en nuestra labor profesional. Por supuesto que podría referirme a actos de crueldad y de venganza realizados por médicos, pero no nos sería difícil poner en su lugar esos casos de mala práctica.

4. Para percibir otros efectos que produce en nosotros el hecho de reconocer la enfermedad y por lo tanto las necesidades de dependencia de nuestros pacientes, debemos considerar cuestiones más complejas atinentes a la estructura de la personalidad. Por ejemplo, un signo de salud mental es la capacidad de un individuo de captar, imaginativamente pero también con exactitud, los pensamientos, sentimientos, esperanzas y temores de otra persona, así como de permitir que ésta haga lo mismo con él. Supongo que, por autoselección, los religiosos y médicos que cuidan-curan tienen en alto grado esta capacidad. En cambio, los exorcistas y los que curan con remedios no la necesitan.

Una excepcional capacidad para hacer intervenir las identificaciones cruzadas puede a veces constituir una carga. Sin embargo, sería importante que cuando se seleccionan estudiantes de medicina se evaluara (de ser esto posible) su aptitud para lo que he denominado identificaciones cruzadas, es decir, para ponerse en el lugar del otro y permitir que éste haga lo mismo. Es indudable que tales identificaciones enriquecen enormemente las experiencias humanas de todo tipo, y que quienes tienen escasa capacidad en tal sentido con frecuencia se aburren y aburren a los demás. Más aún, en el ejercicio de la medicina no pueden ir mucho más allá del cumplimiento de funciones de tipo técnico, y pueden causar mucho sufrimiento sin saberlo. En fecha reciente James Baldwin, hablando por la BBC, se refirió al pecado que los cristianos olvidaron mencionar: el pecado de inadvertencia. Podría hacer una acotación respecto de las identificaciones cruzadas ilusorias: son causa de verdaderos estragos.

5. A continuación volveré a ocuparme de la gratitud. Me referí a ella cuando cité la frase de San Vicente de Paul. La gratitud está muy bien y nos agrada recibir la botella de whisky y la caja de bombones con que nuestros pacientes nos expresan su agradecimiento. Sin embargo, la gratitud no es así de simple. Si las cosas marchan bien, los pacientes lo encuentran lógico; sólo cuando alguien ha incurrido en una negligencia (cuando ha olvidado una torunda en el peritoneo, por ejemplo) se sinceran consigo mismos y se quejan. En otras palabras, en la mayor parte de los casos la gratitud, y sobre todo la gratitud exagerada, cumple una función de propiciación; hay fuerzas vengativas al acecho y es mejor apaciguarlas.

Las personas enfermas yacen en su lecho pensando en regalos generosos o en codicilos para sus testamentos, pero los médicos, enfermeras y otros auxiliares se sienten complacidos cuando, después del alta, los afligidos pacientes se apresuran a olvidar, aunque quizás ellos no los olviden. Diría que son los médicos y enfermeras quienes experimentan un duelo reiterado; en nuestra profesión corremos el riesgo de encallecernos, ya que las pérdidas repetidas de pacientes nos vuelven cautelosos en cuanto a cobrar afecto a los nuevos pacientes. Así les ocurre especialmente a las enfermeras que cuidan a bebés enfermos o bebés que han sido abandonados en cabinas telefónicas, o que han sido hallados (como Ernest) en un bolso en la Oficina de Objetos Perdidos de Victoria Station.

La práctica de la medicina general en un distrito rural es quizá la solución para este problema, por cuanto el médico vive entre sus pacientes; es, sin duda, la mejor modalidad del ejercicio de la profesión. El médico y el paciente están siempre allí, pero sólo a veces como médico y paciente.

Es mucho lo que el médico practicante puede aprender de quienes se especializan en cuidar-curar y no en curar para erradicar las causas de la enfermedad.

6. Hay algo en especial que debe ser tenido en cuenta en la práctica médica, y a ello me referiré para finalizar. Es el hecho de que cuidar-curar constituye una extensión del concepto de sostén. Comienza con el bebé en el útero, luego con el bebé en brazos, y su enriquecimiento deriva del proceso de crecimiento del niño, que la madre hace posible porque sabe exactamente cómo es ser ese niño en particular que ella ha dado a luz.

El tema del ambiente facilitador que permite el crecimiento personal y el proceso de maduración debe ser una descripción de los cuidados paternos y maternos y de la función de la familia, lo cual lleva a la creación de la democracia como extensión política de la facilitación familiar, y finalmente a que los individuos maduros tomen parte, de acuerdo con su edad y su capacidad, en la política y en el mantenimiento y la reforma de la estructura política.

A esto se une el sentimiento de identidad personal, esencial para todo ser humano, que en cada caso individual sólo se logra cuando se hez contado con un quehacer materno suficientemente bueno y una provisión ambiental de tipo sostén en las etapas de inmadurez. Por sí solo, el proceso de maduración no basta para producir un individuo.

De modo que cuando hablo de cura en el sentido de cuidado-cura, en general hago alusión a la tendencia natural de médicos y enfermeras a adaptarse a la dependencia de sus pacientes, pero en este momento la estoy analizando en relación con la salud: en relación con la dependencia natural del individuo inmaduro que suscita en las figuras parentales una tendencia a proporcionar condiciones que favorecen el crecimiento individual. Aquí no se trata tanto de cura en el sentido de remedio como de cuidado-cura, el tema de mi conferencia, que bien podrá ser el lema de nuestra profesión.

En lo que respecta a los males de la sociedad, el cuidado-cura puede ser en el mundo más importante incluso que el remedio-cura y que todo el diagnóstico y la prevención que implica lo que se suele llamar el enfoque científico.

En esto estamos de acuerdo con los trabajadores sociales, cuyo término "trabajo asistencial individual" puede considerarse una extensión muy compleja del uso de la palabra "sostén", así como una aplicación práctica del cuidado-cura.

En un marco profesional y mediando una conducta profesional adecuada, el paciente puede encontrar una solución personal a problemas complejos de la vida emocional y las relaciones interpersonales; y lo que hacemos en ese caso no es administrar un remedio sino facilitar el crecimiento.

¿Es mucho pedir que los médicos practiquen el cuidado-cura? Este aspecto de nuestro trabajo falla aparentemente en lo que se refiere a la pretensión de percibir honorarios más altos y socava el sistema de status de las jerarquías aceptadas. No obstante, puede ser aprendido fácilmente por las personas adecuadas y aporta algo mucho más satisfactorio que la sensación de haber sido inteligente.

Considero que el aspecto cuidado-cura de nuestra tarea profesional nos proporciona un marco para la aplicación de principios que aprendimos en el comienzo de nuestra vida, cuando como personas inmaduras recibíamos un cuidado suficientemente bueno y una cura, por así decirlo, anticipada (el mejor tipo de medicina preventiva), de nuestra madre "suficientemente buena" y de nuestro padre.

Es siempre tranquilizador comprobar que nuestro trabajo se vincula a fenómenos totalmente naturales, con patrones universales de la conducta humana y con lo que esperamos hallar en las mejores expresiones de la poesía, la filosofía y la religión.

P S I K O L I B R O

Biblioteca D. Winnicott

La adolescencia

(1960)

La lucha contra la inercia

Existe hoy en todo el mundo un gran interés por la adolescencia y los problemas del adolescente. En casi todos los países hay grupos de adolescentes que se ponen en evidencia de una u otra manera; hay numerosos estudios sobre esta fase del desarrollo, y ha surgido una nueva literatura, constituida por autobiografías de autores jóvenes o bien por novelas cuyos personajes principales son adolescentes. No es arriesgado suponer que existe una relación entre esta nueva conciencia social y las condiciones sociales especiales de la época en que vivimos.

Algo que deben reconocer desde el comienzo quienes se interesan por esta área de la psicología es que el adolescente no desea que se lo entienda, y los adultos deben guardar para sí los conocimientos que adquieren sobre la adolescencia. Sería absurdo escribir un libro para adolescentes sobre la adolescencia, porque ésta es una época que debe vivirse, una época de descubrimiento personal. Cada individuo está comprometido en una experiencia vital, en un problema de existencia.

El remedio para la adolescencia

Existe un solo remedio efectivo para la adolescencia, pero que por supuesto, no encierra el menor interés para el varón o la niña que la está padeciendo: el transcurso del tiempo y los procesos graduales de maduración, factores que actuando en forma conjunta, conducen finalmente al surgimiento de la persona adulta. de una enfermedad psiquiátrica puede llegar a forzarlo y destruirlo, Es imposible apresurar o demorar este proceso, si bien la existencia o puede hacer que se marchite adentro.

A veces es preciso que recordemos que, si bien siempre conservamos algo de adolescentes en nosotros, cada adolescente crece y se convierte en un adulto en el curso de unos pocos años. Los padres saben esto mejor que algunos sociólogos, y es fácil suscitar una irritación general contra el fenómeno de la adolescencia a través de la acción del periodismo barato y de declaraciones públicas de personas que ocupan posiciones claves, en las que se habla de la adolescencia como un problema, omitiendo por completo el hecho de que cada adolescente está en vías de convertirse en un adulto responsable y socializado.

Formulación Teórica

Existe considerable acuerdo entre los estudiosos de la psicología dinámica con respecto a una formulación general de la adolescencia en términos del desarrollo emocional del individuo.

Durante esta fase, el adolescente está dedicado a la tarea de afrontar sus cambios personales inherentes a la pubertad. Cada uno de ellos llega al desarrollo de su capacidad sexual y a las manifestaciones sexuales secundarias con una historia personal, que incluye un patrón personal en la organización de las defensas contra diversos tipos de ansiedad. En particular, y cuando se trata de individuos sanos, cada uno de ellos ha vivido a fondo, antes del período de latencia, la experiencia del complejo de Edipo, es decir, de las dos posiciones principales en la relación triangular con ambos progenitores (o sus sustitutos), y también existen ya formas organizadas de evitar la ansiedad o de aceptar y tolerar los conflictos inherentes a esas circunstancias esencialmente complejas.

También como consecuencia de las experiencias de la temprana infancia y la niñez, existen ciertas características y tendencias personales heredadas y adquiridas, fijaciones a tipos pregenitales de experiencia instintiva, residuos de dependencia y crueldad infantiles y, además, todo tipo de patrones patológicos vinculados con fallas de maduración en los niveles edípico y preedípico. Así, el varón o la niña llega a la pubertad con todos sus patrones predeterminados, que responden a experiencias de la temprana infancia y la niñez; y es mucho lo que permanece inconsciente y también mucho lo que se desconoce porque aún no se lo ha experimentado.

Existe una amplia gama de posibilidades en cada caso individual en lo relativo al grado y al tipo de problema que puede presentarse, pero el problema general es siempre el mismo: ¿cómo reaccionará esta organización yoica frente al nuevo avance del ello? ¿Qué posición ocuparán los cambios de la pubertad dentro del patrón específico de la personalidad de cada adolescente? ¿Cómo manejará cada adolescente esa nueva capacidad para destruir e incluso matar, un poder que no complicaba los sentimientos de odio en la temprana infancia? Es algo así como poner vino nuevo en odres viejos.

El medio

En esta etapa, el medio desempeña un papel de inmensa importancia, tanto que, si se quiere hacer una exposición descriptiva, conviene incluir en el cuadro el interés sostenido de los padres del niño y del grupo familiar más amplio. Buena parte de las dificultades de los adolescentes por las que se solicita la intervención profesional derivan de fallas ambientales, y este hecho no hace más que subrayar la importancia vital del medio y del marco familiar para la gran mayoría de los adolescentes quienes, efectivamente, alcanzan la madurez adulta, aunque den a sus padres muchos dolores de cabeza durante dicho proceso.

Desafío y dependencia

Una característica de la adolescencia es la brusca alternación entre una independencia desafiante y una dependencia regresiva, e incluso la coexistencia de ambos extremos en un momento dado.

El aislamiento del individuo

El adolescente es en esencia un ser aislado. Es a partir de ese aislamiento que se inicia un proceso que puede culminar en relaciones entre individuos y, eventualmente, en la socialización. En este sentido, el adolescente repite una fase esencial de la infancia, pues el niño también es un ser aislado, por lo menos hasta que ha

repudiado el no-yo, y se ha convertido en un individuo separado, que puede establecer relaciones con objetos que son externos al self y se encuentran fuera del área del control omnipotente. Cabría decir que el niño está aislado por la naturaleza subjetiva de su medio, antes de que el principio del placer-dolor haya cedido su lugar al principio de realidad.

Los adolescentes jóvenes son individuos aislados, que intentan por diversos medios constituir un agregado mediante la adopción de gustos idénticos. Pueden llegar a agruparse si se los ataca como grupo, pero se trata de una organización paranoide que reacciona frente al ataque; cuando la persecución desaparece, los individuos vuelven a aislarse.

El deseo sexual previo a la madurez sexual

Las experiencias sexuales de los adolescentes más jóvenes están teñidas por este fenómeno de aislamiento, y también por el hecho de que aquellos no saben aún si serán homosexuales, heterosexuales o simplemente narcisistas. En muchos casos, se da un prolongado período de incertidumbre con respecto a si surgirá un deseo sexual o no. La actividad masturbatoria perentoria puede representar en esta etapa una manera de liberarse del sexo más que una forma de experiencia sexual, y, sin duda, las actividades compulsivas heterosexuales u homosexuales pueden en este período servir para liberarse del sexo o para descargar tensiones, y no para establecer una unión entre seres humanos totales. Este tipo de unión aparece más probablemente, al comienzo, en el juego sexual en que la finalidad está inhibida, o bien en la conducta afectuosa donde lo más importante es el sentimiento. Aquí volvemos a encontrar el patrón personal, que eventualmente se integrará con los instintos, pero en ese largo intervalo de espera es necesario encontrar alguna manera de aliviar la tensión sexual y, en la gran mayoría de los casos lo más lógico sería esperar que esa tensión se descargara a través de la masturbación compulsiva. (Un buen lema para todo investigador de este tema sería el siguiente: quien hace preguntas, debe resignarse a escuchar mentiras.)

Indudablemente, podríamos estudiar al adolescente en términos del yo que enfrenta los cambios en el ello, y el psicoanalista debe estar preparado para enfrentar esta cuestión central, sea que se manifieste en la vida del niño o se exhiba cautelosamente en el material que aquél presenta en el curso de las sesiones, o bien en la fantasía consciente e inconsciente y en las áreas más profundas de la realidad psíquica o interna personal. Aquí, sin embargo, no adoptaré este enfoque, pues me propongo examinar la adolescencia desde otro punto de vista y tratar de relacionar la importancia que hoy asume este tema con los cambios sociales que se han producido en los últimos cincuenta años.

El momento para la adolescencia

¿No constituye acaso una prueba de la salud de una sociedad el hecho de que sus adolescentes puedan serlo en el momento adecuado, es decir, en el período que corresponde al crecimiento puberal? Entre los pueblos primitivos, dichos cambios se ocultan con tabús o bien se convierte al adolescente en adulto en el curso de pocas semanas o meses haciéndolo pasar por ciertos ritos y pruebas. En nuestra sociedad actual, los adultos se forman mediante procesos naturales a partir de adolescentes que marchan hacia adelante impulsados por las tendencias del crecimiento; lo cual podría tal vez significar que los nuevos adultos de hoy poseen fortaleza, estabilidad y madurez.

Naturalmente, todo esto tiene un precio. Las numerosas crisis adolescentes requieren tolerancia y tratamiento; asimismo, este nuevo desarrollo provoca tensiones en la sociedad, pues a los adultos a quienes no se les permitió pasar por este período les resulta sumamente penoso el verse rodeados por jóvenes y muchachas que atraviesan por un estado de resplandeciente adolescencia.

Tres cambios sociales

Considero que son tres los principales cambios sociales que han modificado todo el clima para los adolescentes durante ese período:

Las enfermedades venéreas han dejado de ser un fantasma amenazador. Las espiroquetas y los gonococos ya no son emisarios de un Dios punitivo, como se los veía hace cincuenta años. Ahora se los puede tratar con penicilina y antibióticos (1).

II) El desarrollo de técnicas anticonceptivas ha proporcionado al adolescente libertad para explorar. Se trata de una libertad muy nueva, la que se necesita para conocer todo lo relativo a la sexualidad y la sensualidad en un momento en que no sólo falta el deseo de procrear, sino también, como casi siempre ocurre, existe el deseo de no traer al mundo un niño no deseado y sin padres. Desde luego, los accidentes ocurren y seguirán ocurriendo, y desembocan en infortunados y peligrosos abortos o en el nacimiento de hijos ilegítimos. Pero, creo que al examinar el problema de la adolescencia debemos aceptar que el adolescente moderno puede explorar, si desea hacerlo, todo el campo de la vida sensual, sin padecer la agonía mental que implica un embarazo accidental. Esto es cierto sólo en parte, porque la agonía mental vinculada con el temor a un accidente no desaparece, pero este nuevo factor ha modificado el problema en el curso de los últimos treinta años. Ahora podemos comprender que la agonía mental se origina en el sentimiento de culpa innato en cada adolescente. No quiero dar a entender que todo niño abrigue un sentimiento innato de culpa, pero sí que, tratándose de un niño sano, éste desarrolla en forma muy complicada un sentido del bien y del mal, de la culpa, de los ideales, y una idea de lo que quiere ser en el futuro.

III) La bomba atómica es tal vez el factor responsable de cambios aún más profundos que los producidos por las dos características mencionadas. La bomba atómica afecta la relación entre la sociedad adulta y la marea adolescente, que parece fluir incesantemente. Ahora debemos marchar hacia adelante sobre la base de que no habrá otra guerra. Esta afirmación podría objetarse diciendo que existe la posibilidad de que en cualquier momento estalle una guerra en algún lugar del mundo, pero sabemos que ya no es posible resolver un problema social haciendo preparativos para otra guerra. De manera que, ya no existe ningún motivo que justifique el hecho de que se someta a nuestros hijos a una fuerte disciplina militar o naval, por cómodo que ello pudiera resultarnos.

Y es aquí donde se manifiestan las consecuencias de la bomba atómica. Ya no tiene sentido manejar a nuestros adolescentes difíciles preparándolos para luchar por su patria, lo cual nos lleva de vuelta al problema de que esa adolescencia existe, es una realidad en sí misma. Y ahora tenemos que tratar de "comprenderla".

El adolescente es pre-potente. En la imaginación, la potencia del hombre no se refiere sólo a lo activo y lo pasivo en la relación sexual, sino que incluye la victoria de un hombre sobre otro y la admiración de una muchacha por el triunfador. Sugiero que todo esto debe expresarse ahora a través de la "mística del café" y de ocasionales altercados con armas blancas. La adolescencia debe refrenarse mucho más de lo que lo ha hecho hasta ahora, y eso, a pesar de constituir en sí misma un material bastante violento, algo así como el inconsciente reprimido del individuo, que no resulta demasiado agradable si se pone de manifiesto ante el mundo.

Cuando pensamos en las evidentes atrocidades de la juventud moderna, debemos poner en el otro platillo de la balanza todas las muertes provocadas por esa guerra que ya no tendrá lugar, toda la crueldad inherente a la guerra que no ha de estallar y todo el desenfreno sexual que acompaña a todas las guerras que ha sufrido la humanidad pero que ya no volverán a ensombrecerla. Así pues, la adolescencia es ahora un hecho, que es

evidente, y que estará permanentemente presente.

Estos tres cambios gravitan sobre nuestra preocupación social, lo cual se revela claramente en la forma en que la adolescencia se destaca hoy día como algo que ya no es posible pasar por alto recurriendo a falsas maniobras, como por ejemplo la conscripción.

La inaceptabilidad de la solución falsa

Una característica básica de los adolescentes consiste en que no aceptan -soluciones falsas. Esta feroz moralidad basada en lo real y lo falso pertenece también a la infancia y a la enfermedad de tipo esquizofrénico.

El único remedio para la adolescencia es el transcurso del tiempo, hecho que para el adolescente carece mayormente de sentido. El adolescente busca una solución inmediata pero, al mismo tiempo, rechaza un intento tras otro porque percibe en él algún elemento de falsedad.

Cuando el adolescente ya está en condiciones de tolerar una fórmula de transacción, puede descubrir diversas maneras de atenuar el carácter inexorable de las verdades esenciales. Por ejemplo, una posible solución es la identificación con las figuras parentales; otra, una madurez prematura en términos del sexo, o bien un desplazamiento del énfasis de la esfera de lo sexual a la de las hazañas atléticas, o de las funciones corporales a los logros intelectuales. En general, los adolescentes rechazan estos recursos, y, en cambio, deben pasar por una suerte de interregno, fase en la que se sienten inútiles y en la que aún no se han encontrado a sí mismos. Nosotros debemos observar todo esto. Pero una evitación total de tales transacciones, en particular del uso de identificaciones y de experiencias vicarias, significa que cada individuo debe comenzar desde el punto de partida, ignorando todo lo que se ha elaborado en la historia de nuestra cultura.

Vemos que los adolescentes se esfuerzan por empezar de nuevo como si no pudieran tomar nada de nadie. Se los ve formando grupos sobre la base de uniformidades secundarias o de algún tipo de lealtad grupal relacionada con la edad y con el lugar en que viven. Se ve a los jóvenes buscar una forma de identificación que los sostenga en su lucha, la lucha por sentirse reales, por establecer una identidad personal, por no asumir un rol asignado, y para vivir y experimentar todo lo que sea necesario. No saben en qué han de convertirse, ni qué son; están a la espera. Puesto que todo está en suspenso, se sienten irreales, y eso los mueve a hacer ciertas cosas que para ellos son reales y que de hecho, son evidente y lamentablemente reales en la medida en que representan un ataque para la sociedad.

En verdad, solemos quedar perplejos frente a esa curiosa característica de los adolescentes, la mezcla de desafío y dependencia. Quienes tienen adolescentes a su cargo se sienten desconcertados cuando comprueban que varones y niñas pueden mostrarse sumamente desafiantes y, al mismo tiempo, infantilmente dependientes, con patrones de dependencia infantil que datan de las primeras épocas de la vida. Además, los padres de pronto descubren que están invirtiendo dinero en capacitar a sus hijos para que éstos desafíen su propia autoridad. Éste constituye un buen ejemplo de la forma en que quienes teorizan, escriben y hablan, actúan en realidad en un estrato distinto de aquél en que viven los adolescentes, y en el que los padres o sus sustitutos deban afrontar urgentes problemas de manejo. Aquí lo verdadero no es la teoría, sino el impacto recíproco entre el adolescente y el progenitor.

Las necesidades adolescentes

Podríamos, pues, condensar así las necesidades exteriorizadas por los adolescentes:

La necesidad de evitar soluciones falsas.

La necesidad de sentirse reales o de tolerar la ausencia de todo sentimiento.

La necesidad de desafiar dentro de un marco en el que existe y debe existir también dependencia.

La necesidad de provocar repetidamente a la sociedad, de modo que el antagonismo de ésta se ponga en evidencia y sea posible enfrentarlo también con antagonismo.

La adolescencia sana y los patrones patológicos

Lo que se manifiesta en el adolescente normal está relacionado con lo que observamos en diversos tipos de personas enfermas. Por ejemplo:

La necesidad de evitar soluciones falsas corresponde a la incapacidad del paciente psicótico para aceptar una fórmula de transacción; es comparable también a la ambivalencia psiconeurótica y a la actitud engañosa y autoengañosa de las personas sanas. La necesidad de sentirse reales o de no sentir en absoluto está asociada a la depresión psicótica con despersonalización. La necesidad de desafiar corresponde a la tendencia antisocial que aparece en la delincuencia.

De esto se deduce que, en un grupo de adolescentes, las diversas tendencias suelen estar representadas por los miembros más enfermos del grupo. Por ejemplo, un miembro de un grupo ingiere una dosis excesiva de alguna droga, otro yace sobre la cama sumido en una depresión, al tiempo que otro se siente libre al poseer una navaja. En cada caso, los individuos aislados se agrupan detrás del individuo enfermo, cuyo síntoma extremo constituye una agresión contra la sociedad. No obstante, para la mayoría de los individuos que participan en esto, la tendencia no es bastante fuerte como para que el síntoma se haga manifiesto y provoque una reacción social.

La murria

Digámoslo una vez más: si queremos que el adolescente pase por esta fase del desarrollo siguiendo un proceso natural, entonces inevitablemente debemos esperar la aparición de un fenómeno que podríamos llamar murria adolescente. La sociedad debe comprender que se trata de un rasgo permanente y tolerarlo, reaccionar activamente frente a él, salirle activamente al encuentro, pero no tratar de curarlo. La pregunta es ésta: ¿es nuestra sociedad lo suficiente sana para adoptar esta actitud?

El problema se complica por el hecho de que algunos individuos son demasiado enfermos (psiconeurosis, depresión o esquizofrenia) como para alcanzar una etapa del desarrollo emocional que pueda llamarse adolescencia, o bien sólo llegan a ella en forma muy distorsionada. No he incluido aquí una descripción de las enfermedades psiquiátricas serias que aparecen durante este período de la vida; sin embargo, existe un tipo de enfermedad que sería inadmisible omitir en una formulación sobre la adolescencia: me refiero a la delincuencia.

La adolescencia y la tendencia antisocial

Resulta sumamente revelador estudiar la estrecha relación que existe entre las dificultades normales de la adolescencia y la anormalidad que podríamos llamar la tendencia antisocial.' La diferencia entre ambas radica no tanto en el cuadro clínico como en la dinámica y la etiología de cada una de ellas. La tendencia antisocial siempre es producto de una deprivación. Puede haber ocurrido que la madre, en un momento crítico, se mostrara retraída o deprimida, o que la familia se haya desintegrado. Incluso una deprivación pequeña, si se produce en un momento difícil, puede tener consecuencias perdurables porque somete a las defensas existentes

a un esfuerzo excesivo. Detrás de la tendencia antisocial siempre ha existido un período de salud y luego una interrupción, después de la cual las cosas ya nunca volvieron a ser como antes. El niño antisocial busca de alguna manera, violenta o amablemente, conseguir que el mundo reconozca su deuda, o bien trata de que el mundo restablezca el marco que perdió en algún momento de su vida. Por lo tanto, la tendencia antisocial es fruto de esta privación. Pero no es posible afirmar que la adolescencia en general sea necesariamente el producto de una privación, y, no obstante, hay algo que es similar pero que, debido a que se produce en forma más difusa y menos intensa, no somete a las defensas a un esfuerzo excesivo. De modo que en el grupo que el adolescente encuentra para identificarse, o en el conjunto de individuos aislados que constituyen un grupo en relación con una persecución, los miembros extremos del grupo actúan en representación del grupo total. La dinámica de este grupo, sea que se encuentre escuchando música o dedicándose a tomar alcohol, debe contener todos estos elementos de la lucha adolescente: los robos, las navajas, las violencias y los estallidos, etc. Y, si nada ocurre, los miembros individuales comienzan a sentirse inseguros con respecto a la realidad de su protesta y, no obstante, no son seres suficientemente perturbados como para llevar a cabo el acto antisocial que les proporcionaría esa seguridad. Pero, si existe en el grupo un miembro antisocial, o dos, o tres, dispuestos a llevar a cabo el acto antisocial que produce una reacción social, ello otorga unidad a todos los demás, los hace sentirse reales y, temporariamente, sirve para estructurar el grupo. Cada uno de los miembros será leal y ofrecerá su apoyo al que actúe en nombre del grupo, si bien, tomados aisladamente, ninguno de ellos habría aprobado el acto cometido por el miembro antisocial.

Creo que este principio se aplica al uso de otros tipos de enfermedad. El intento suicida de uno de los miembros resulta muy importante para todos los demás; o bien uno de ellos no puede levantarse, está paralizado por la depresión y se pasa el día escuchando discos y eligiendo las melodías más tristes, encerrado en su habitación sin dejar que nadie se acerque. Todos los demás saben que esto ocurre y, cada tanto, el individuo deprimido hace una salida y entonces todos se reúnen y beben, o algo parecido, y esto puede durar toda una noche o incluso dos o tres días. Estos sucesos pertenecen a todo el grupo, y el grupo está cambiando y los individuos están cambiando a sus grupos pero, de alguna manera, los miembros individuales utilizan a los miembros extremos para sentirse reales, en su lucha por sobrevivir a este período de la vida.

Se trata simplemente de cómo ser adolescente durante la adolescencia; sin duda, algo que requiere una enorme valentía, y que algunos de estos adolescentes están tratando de lograr. Esto no significa que los adultos debemos decir: "Miren a estos encantadores adolescentes dedicados a vivir su adolescencia; debemos tolerar cualquier cosa y dejar que nos rompan las ventanas". No es esto lo que quiero decir, sino que es a nosotros a quienes se desafía, y debemos enfrentar ese desafío como parte de la función de la vida adulta. Pero se trata únicamente de responder a ese desafío y no de proponerse curar algo que es básicamente sano.

La que se ve puesta a prueba frente a ese desafío que representa el adolescente, es precisamente esa parte nuestra que nunca tuvo una adolescencia. Es ese pedazo de nuestro ser el que hace que nos sintamos agraviados y molestos frente a quienes se permiten vivir esta fase, y es el que nos lleva a tratar de encontrarles una solución. Existen centenares de soluciones falsas; cualquier cosa que decimos o que hacemos está fuera de lugar; los apoyamos y desbarramos; no los apoyamos y también nos equivocamos, no nos atrevemos siquiera a mostrarnos "comprensivos". Pero, con el correr del tiempo, comprobamos que el adolescente ha salido de esa fase y puede comenzar ahora a identificarse con la sociedad, con los padres y con toda una gama de grupos más amplios, sin sentirse amenazado con la aniquilación personal. NOTAS:

(1) Recuerdo claramente una conversación que tuve con una señorita poco después de la primera guerra mundial. Me dijo que sólo el temor a las enfermedades venéreas la había prevenido de convertirse en una prostituta. Se había horrorizado frente a una idea que yo había expresado en una charla respecto a que un día podrían prevenirse y curarse dichas enfermedades. Afirmó que no se imaginaba como había podido sobrevivir a su adolescencia (recién salía de ella) si no hubiese experimentado ese temor que la hacía portarse bien.

Actualmente está casada y es madre de una numerosa familia, se la consideraría una persona normal, pero tuvo que superar una dura lucha en su adolescencia contra sus instintos. Le fue muy difícil. Mentía y robaba a veces, pero finalmente pudo superar todo ello aferrándose a su temor a las enfermedades venéreas.

Biblioteca D. Winnicott

La familia y la madurez emocional

(1960)

La corriente psicológica a la que pertenezco considera que la madurez es sinónimo de salud. El niño de diez años al que se considera sano es maduro para esta edad; una criatura sana de tres años es madura para un niño de tres años; el adolescente es un adolescente maduro y no prematuramente adulto. Un adulto que es sano es maduro como adulto, y por esto entendemos que ha pasado por todas las etapas inmaduras, y por todas las etapas de madurez a edades previas. El adulto sano puede, por motivos de necesidad o de diversión, recurrir a todas las inmadureces previas, sea en la experiencia autoerótica secreta o en los sueños. Para hacer justicia a este concepto de "madurez propia de la edad" sería necesario reformular toda la teoría del desarrollo emocional, pero supongo que mis lectores conocen algo de psicología dinámica y de teoría psicoanalítica.

Así, y partiendo de este concepto de madurez, el tema que trataré aquí es el papel de la familia en lo que se refiere a cimentar la salud del individuo. Y surge aquí el siguiente interrogante: ¿puede el individuo alcanzar madurez emocional fuera del marco de la familia?

Hay dos maneras de enfocar el tema del desarrollo individual si dividimos la psicología dinámica en dos partes. Primero, el desarrollo de la vida instintiva, las funciones y fantasías instintivas pregenitales que gradualmente van construyendo y formando la sexualidad plena, la cual, como es bien sabido, se alcanza antes de entrar en el período de latencia. Llegamos así a la idea de la adolescencia como un período en que los cambios de la pubertad dominan la escena, y las defensas contra la ansiedad que se organizaron en los primeros años reaparecen o tienden a hacerlo en el individuo en crecimiento. Todo esto es terreno muy conocido, por el contrario, yo me propongo enfocar aquí el tema desde el otro punto de vista, según el cual el individuo comienza con una dependencia casi absoluta, alcanza grados menores de dependencia y comienza así a tener autonomía.

Tal vez resulte provechoso adoptar este segundo enfoque en lugar del primero, pues así no tendremos que preocuparnos tanto por la edad de un niño, un adolescente o un adulto. Lo que nos interesa realmente es la actitud ambiental que responde y se adapta a las necesidades del individuo en cualquier momento dado. En otras palabras, es un tema bastante similar al del cuidado materno, que se modifica según la edad del niño y que satisface la temprana dependencia de aquél, así como sus esfuerzos por alcanzar la independencia. Esta segunda manera de considerar la vida puede resultar particularmente adecuada para el estudio del desarrollo sano y, precisamente, en este momento nos proponemos estudiar la salud.

El cuidado materno se convierte en el cuidado de los progenitores, en el que ambos asumen la responsabilidad con respecto al niño y a la relación entre éste y sus hermanos mayores. Además, los padres están allí para recibir la "contribución" que los niños sanos hacen a la familia. El cuidado de los padres evoluciona dentro del marco familiar, y la palabra familia comienza a ampliarse y a incluir a los abuelos y los primos y a otras personas que están relacionadas con ellas por motivos de vecindad, o porque tienen alguna significación especial, como ocurre con los padrinos.

Cuando examinamos este fenómeno en desarrollo, que comienza con el cuidado materno y llega hasta el interés persistente que la familia experimenta por el adolescente, nos sentimos impresionados por la necesidad humana de un círculo cada vez más amplio para el cuidado del individuo, y también por la necesidad que el individuo tiene de encontrar un lugar en el que pueda aportar algo cada tanto, cuando experimenta el impulso creativo o generoso. Estos círculos cada vez más amplios son el regazo, los brazos y la preocupación de la madre.

En mi trabajo he dado gran importancia a la delicadeza extrema con que las madres se adaptan a las necesidades de sus hijos, necesidades que varían de un instante a otro. ¿Quién, sino la madre, se preocupa por conocer y sentir las necesidades del niño? Quisiera desarrollar este tema aquí y decir que sólo la familia del niño puede continuar la tarea iniciada por la madre y desarrollada luego por la madre y el padre, la tarea de satisfacer las necesidades del individuo. Dichas necesidades incluyen la dependencia y los esfuerzos por alcanzar la independencia. La tarea incluye satisfacer las necesidades cambiantes del individuo en crecimiento, no sólo en el sentido de satisfacer los instintos, sino también en el de estar presente para recibir esa contribución que constituye un rasgo vital de la vida humana. Y, además, significa también aceptar el estallido de desafío que implica el desligarse, y el regreso a la dependencia que alterna con la actitud desafiante.

Resulta evidente que, al referirme al desafío y la dependencia, señalo algo que aparece típicamente en la adolescencia y que puede observarse muy bien en ese período de la vida; de hecho, que constituye un problema básico de manejo: ¿cómo hacer para estar allí, aguardando, cuando el adolescente se vuelve infantil y dependiente, y da todo por sentado, y al mismo tiempo satisfacer la necesidad del adolescente de lanzarse con actitud de desafío a fin de establecer una independencia personal? Probablemente la familia del individuo es la que está en mejores condiciones y más dispuesta para enfrentar ese reclamo, el reclamo simultáneo de tolerancia por parte de los padres frente al desafío, incluso si es violento y, la exigencia con respecto a su tiempo, su dinero y su preocupación. El adolescente que huye del hogar no ha perdido de ninguna manera su necesidad de un hogar y una familia, como todos sabemos.

A esta altura considero conveniente hacer una breve recapitulación: en el curso del desarrollo emocional, el individuo pasa de la dependencia a la independencia y, en los casos de salud, conserva la capacidad para pasar de una a otra. No se trata de un proceso que se logre en forma tranquila y fácil, pues está complicado por las alternativas de desafío y regreso a la dependencia. En la actitud desafiante, el individuo se abre paso violentamente a través de todo lo que lo rodea y le da seguridad. Para que esta irrupción le sea provechosa, deben cumplirse dos condiciones. Primero, el individuo necesita encontrar un círculo más amplio dispuesto a ocupar el lugar del que abandona, y esto equivale prácticamente a decir que lo que se necesita es la capacidad para regresar a la situación que se ha abandonado. En un sentido práctico, el niño pequeño necesita desprenderse del regazo y de los brazos de la madre, pero no para lanzarse al espacio; esa ruptura debe llevarlo a un área más amplia de control, algo que simbolice el regazo que acaba de abandonar. Un niño algo mayor se escapa de la casa, pero su huida termina en el fondo del jardín; ahora la cerca que rodea ese terreno simboliza el aspecto más estrecho de la posesión que acaba de superar, digamos, la casa. Más tarde, el niño elabora todo esto cuando va a la escuela y en relación con otros grupos fuera del hogar. En cada caso, estos grupos externos representan una manera de salir del hogar y, al mismo tiempo, son símbolos de ese hogar que ha abandonado y que, en la fantasía, ha destruido.

Cuando todo va bien, el niño puede regresar al hogar a pesar del desafío inherente a la huida. Podríamos describir esta situación en términos de la economía interna del niño, de la organización de la realidad psíquica personal. Pero, en gran medida, la posibilidad de descubrir una solución personal depende de la existencia de la familia y del manejo de los padres. O, a la inversa, a un niño le resulta muy difícil elaborar los conflictos de lealtades implícitos en el abandono y el regreso sin un manejo familiar satisfactorio. Generalmente existe un manejo comprensivo porque por lo común existe una familia, existen padres que se sienten responsables y que asumen gustosos esa responsabilidad. En la gran mayoría de los casos, el hogar y la familia existen, permanecen intactos y proporcionan al individuo la oportunidad de alcanzar un desarrollo personal en este importante aspecto. Una cantidad sorprendente de personas pueden mirar retrospectivamente y afirmar que, a pesar de los errores que su familia pudo haber cometido, nunca les fallaron, tal como no lo hicieron sus madres

en lo relativo al cuidado que les proporcionaron durante los primeros días, semanas y meses de vida.

Dentro del hogar mismo, cuando hay otros hijos, el niño obtiene un inmenso alivio en la posibilidad de compartir los problemas. Nos encontramos aquí con otro vasto tema, pero lo que quiero señalar es que cuando la familia está intacta y los hermanos lo son de verdad, el individuo cuenta con la mejor oportunidad para iniciarse en la vida social. Ello se debe sobre todo a que en el centro de toda esa situación encontramos la relación con el padre y la madre reales, y que aunque ello separe a los niños porque los hace odiarse unos a otros el principal efecto es el de ligarlos, y el de crear una situación en la que odiar no entraña peligro.

En realidad se da por sentado con excesiva facilidad que todo esto sucede cuando la familia está intacta, y vemos crecer a los niños y presentar síntomas que a menudo son signos de un desarrollo sano aun cuando resulten molestos y perturbadores. Sólo nos damos cuenta de cuán importante es la familia cuando no está intacta o existe el peligro de que se desintegre. Es verdad que la amenaza de una inminente desintegración de la estructura familiar no lleva necesariamente a la enfermedad clínica de los hijos, porque en algunos casos provoca un crecimiento emocional prematuro y una independencia y un sentimiento de responsabilidad igualmente prematuro, pero esto no es lo que llamamos madurez de acuerdo con la edad, y tampoco es salud, aun cuando exhiba rasgos sanos.

Permítaseme enunciar un principio general. Me parece útil comprender que en tanto la familia se mantenga intacta todo se relaciona, en última instancia con los progenitores reales del individuo. En la vida consciente y en la fantasía, el niño puede haberse alejado del padre y de la madre y haber obtenido un gran alivio por ello; no obstante lo cual, la posibilidad de volver junto a los padres está siempre presente en el inconsciente. En la fantasía inconsciente del niño el reclamo se dirige fundamentalmente al padre o a la madre. Gradualmente, ese reclamo directo a sus progenitores reales va desapareciendo considerablemente o casi por completo de la mente del niño, pero aquí hablamos de fantasía consciente. Lo que ha ocurrido es que el niño poco a poco lo ha ido desplazando, de los padres reales hacia afuera. La familia existe como algo consolidado por el hecho de que para cada miembro individual el padre y la madre reales están vivos en la realidad psíquica interna.

Observamos así dos tendencias: una, es la tendencia del individuo a alejarse de la madre, y luego del padre y de la madre y, más tarde de la familia, pasos que le van dando cada vez mayor libertad de ideas y de acción; la otra tendencia obra en sentido contrario y es la necesidad de conservar o de ser capaz de recuperar la relación con los padres reales. Es esta segunda tendencia la que convierte a la primera en una parte del crecimiento en lugar de un factor de desorganización de la personalidad. No se trata de percibir intelectualmente que el área cada vez más amplia de relaciones conserva simbólicamente la idea del padre y de la madre. Aquí me refiero a la capacidad del individuo para regresar realmente junto a los progenitores y a la madre, al centro o al comienzo, en algún momento favorable, quizás en un sueño o bajo la forma de un poema o de una broma. El origen de todos los desplazamientos son los progenitores y la madre, y es necesario conservarlo. Todo esto tiene un amplio campo de aplicación: por ejemplo, podemos aplicarlo al emigrante, que crea una nueva forma de vida en las antípodas y, eventualmente, regresa para asegurarse de que Piccadilly Circus no ha cambiado. Confío en haber demostrado así que si se toma en cuenta la fantasía inconsciente, como es menester hacerlo, la necesidad del niño de conservar la relación primaria con los padres se manifiesta a través de su constante exploración de áreas más amplias, de su permanente búsqueda de grupos fuera de la familia y de su desafiante destrucción de todas las formas rígidas.

En el desarrollo sano de un individuo, cualquiera que sea la etapa que se atraviesa, lo que se requiere es una progresión sostenida, es decir, una serie bien graduada de acciones desafiantes iconoclastas, cada una de las cuales es compatible con la conservación de un vínculo inconsciente con la figura o figuras centrales, la madre o los progenitores. Si se observa a las familias, se verá que, en el curso natural de los acontecimientos, los padres realizan ingentes esfuerzos por conservar esta serie y organizar su gradación a fin de que no se produzca una ruptura en el encadenamiento del desarrollo individual.

El desarrollo sexual constituye un caso especial, tanto en lo que se refiere a establecer una vida sexual personal, como en la búsqueda de una pareja. En el matrimonio se supone que los dos integrantes de la pareja

coinciden en desprenderse y alejarse de sus respectivos padres y familias reales y, al mismo tiempo, consuman la idea de formar una familia.

En la práctica, estos episodios violentos quedan ocultos por el proceso de identificación, sobre todo la del hijo con el padre y la de la niña con la madre. Con todo, las soluciones definitivas en términos de identificación no resultan satisfactorias, excepto en la medida en que el niño ha realizado el sueño de la derrocamiento violenta. En relación con este tema, el de la repetida rebelión que caracteriza la vida de los individuos en crecimiento, el complejo de Edipo constituye un alivio, pues en la situación triangular el varón puede conservar su amor por la madre merced a la imagen del padre como obstáculo, y del mismo modo, la niña, merced a la imagen de la madre como obstáculo, puede conservar su intenso deseo con respecto al padre. En lo que atañe exclusivamente a la relación madre-hijo, sólo existen dos posibilidades: ser engullido o liberarse.

Cuanto más examinamos estos problemas, tanto mejor comprendemos lo difícil que resulta para cualquier grupo realizar los esfuerzos necesarios para que todo salga bien, a menos que ese grupo sea la familia a que pertenece el niño.

Es casi innecesario agregar que no podemos partir del supuesto contrario, esto es, el hecho de que la familia haga todo lo posible por un niño en estos aspectos no significa que el niño alcanzará la plena madurez. Hay muchos peligros inesperados en la economía interna de cada individuo, y la psicoterapia personal tiene como meta principal elucidar estas tensiones y conflictos internos. Continuar desarrollando este tema implicaría adoptar el otro enfoque para el estudio del crecimiento individual al que me referí al comenzar esta sección.

Cuando se examina cuidadosamente el papel de la familia, conviene tomar en cuenta los aportes de la psicología social y la antropología a este tema. En lo que se refiere a la psicología social, el reciente estudio de Willmott y Young *Family and Kinship in East London* (1), puede ser de gran utilidad. Con respecto a la antropología, ya conocemos la forma en que diversos aspectos de la vida familiar varían según el lugar y de acuerdo con la época; que a veces son los tíos y tías quienes crían a los niños, y que la paternidad real puede desaparecer en lo que se refiere al nivel consciente, aunque siempre aparecen indicios que revelan la existencia de un conocimiento inconsciente con respecto a la verdadera paternidad.

Volvamos ahora al concepto de madurez como salud. A los individuos les resulta muy cómodo suprimir de un salto una o dos etapas, madurar antes de contar con la edad necesaria para ello, establecerse como individuos cuando en realidad deberían seguir siendo algo más dependientes. Es necesario tener presente todo esto cuando estudiamos la madurez o inmadurez emocional de los individuos que han sido criados lejos de sus propias familias. Pueden desarrollarse de tal modo que al principio nos inclinamos a pensar que han logrado establecerse como seres independientes, y que sin duda debe resultar provechoso tener que arreglárselas solo, sin contar con ninguna ayuda, al comienzo de la vida. Sin embargo, no puedo aceptar esto como una formulación final, pues pienso que, en bien de la madurez, es necesario que los individuos no maduren precozmente, no se establezcan como individuos cuando, de acuerdo con su edad, tendrían que ser relativamente dependientes.

Cuando vuelvo a considerar ahora la pregunta que planteé al comienzo, llego a la conclusión de que, si se acepta la idea de que la salud significa madurez de acuerdo con la edad, es imposible alcanzar madurez emocional si no es dentro de un marco en el que la familia se ha convertido en el puente que permite dejar atrás el cuidado de los padres y pasar a la esfera de la provisión social. Y no hay que olvidar que la provisión social constituye en gran medida una prolongación de la familia. Si estudiamos la forma en que las personas cuidan de sus hijos, grandes y pequeños, y si observamos las instituciones políticas de la vida adulta, advertimos desplazamientos que parten del marco hogareño y de la familia. Por ejemplo, comprobamos que se ofrece a los niños que huyen de su propio hogar la oportunidad de encontrar otro del que podrán escapar nuevamente si ello resulta necesario. El hogar y la familia siguen siendo los modelos en que se basa cualquier tipo de provisión social que promete ser eficaz.

Así, existen dos rasgos principales que, en el lenguaje que he decidido utilizar aquí, constituyen la contribución

de la familia a la madurez emocional del individuo: uno es la existencia sostenida de oportunidad para un alto grado de dependencia; el otro es el hecho de ofrecer la oportunidad para que el individuo se separe violentamente de los padres e ingrese a la familia, que pase de ésta a la unidad social que está inmediatamente fuera de ella, y de esa unidad social pase a otra, y luego a otra y a otra. Estos círculos cada vez más amplios, que llegan a convertirse en agrupamientos políticos, religiosos o culturales en la sociedad, y quizás en el nacionalismo mismo, constituyen el producto final de algo que se inicia con el cuidado materno, o con el cuidado de ambos progenitores, y es continuado luego por la familia. La familia parece haber sido especialmente creada para hacerse cargo de la dependencia inconsciente con respecto a los padres, y esta dependencia incluye la necesidad del niño en crecimiento de desafiarlos y rebelarse contra ellos.

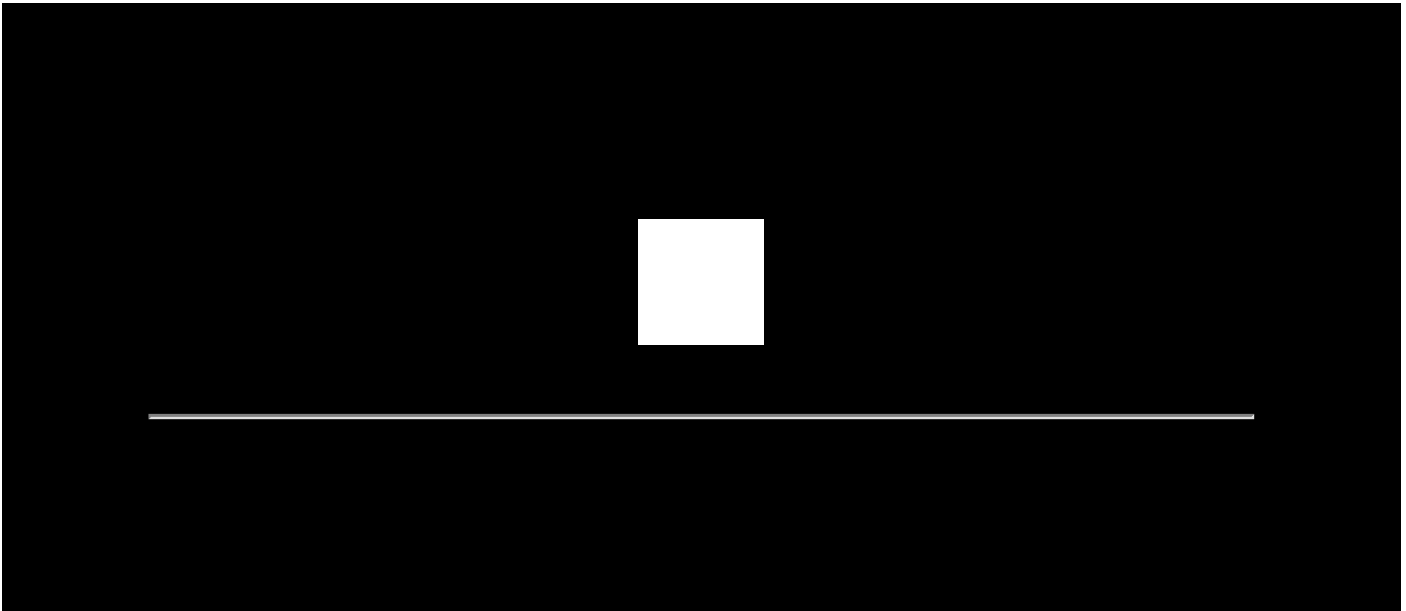
Este tipo de razonamiento parte del concepto de que la madurez adulta coincide con la salud psiquiátrica. Cabría decir que el adulto maduro puede identificarse con grupos o instituciones ambientales, sin que ello entrañe la pérdida del sentido de existencia personal, ni un perjuicio excesivo para el impulso espontáneo, el cual constituye el origen de la creatividad. Si examináramos el área abarcada por el término "grupos ambientales", la calificación más alta correspondería al significado más amplio del término, y al área más amplia de la sociedad con la que el individuo se siente identificado. Un rasgo importante es la capacidad del individuo, después de cada rebelión iconoclasta, de redescubrir en las formas dispersas el cuidado materno original, la provisión parental y la estabilidad familiar, todo aquello de que el individuo dependió en las primeras etapas. La función de la familia consiste en ofrecerse como campo de entrenamiento para este rasgo esencial del crecimiento personal.

Aquí, dos refranes populares coinciden notablemente:

Las cosas ya no son como antes...

Plus ça change, plus c'est la même chose.

Los adultos maduros confieren vitalidad a lo que es antiguo, viejo y ortodoxo por el hecho de recrearlo después de haberlo destruido. Así, los padres ascienden un peldaño, y descienden otro, y se convierten en abuelos.



Biblioteca D. Winnicott

La formación en psiquiatría infantil

Aporte al simposio, publicado originalmente en el Journal of Child Psychology and Psychiatry, 4, págs. 85-91.
Me resultó muy difícil escribir este artículo. Creo que la razón reside en que en este examen no se trata de la verdad científica ni de la verdad poética.

Sin duda, lo que tengo que decir debe ser afectado por la historia de mi propio desarrollo, debe presentar un sesgo prejuicioso concordante con mis sentimientos sobre ciertas cuestiones clave, y debe ser una exposición parcial acorde con el alcance limitado de la experiencia de un hombre.

Con toda sencillez, quiero dejar sentado que el trabajo que realizamos y que en la actualidad se denomina psiquiatría infantil es en sí mismo una especialidad. Si conservamos la denominación "psiquiatría infantil", debemos tener en claro que no se trata de una parte de la psiquiatría general.

Voy a explorar las relaciones entre nuestro trabajo y el trabajo de las especialidades vecinas, y realizaré algunas sugerencias positivas.

La formación del psiquiatra infantil dependerá de nuestra concepción de la naturaleza del trabajo que realizamos; y pediré que siga habiendo diversidad en cuanto a las vías de acceso. En particular, importa que ninguna planificación superior excluya la posibilidad de ingresar en la psiquiatría infantil a través de la pediatría.

Daré por supuesto que los mismos interrogantes que yo planteo aquí están formulándose en el Child Guidance Training Centre, en la Tavistock Clinic y en el Maudsley Child Psychiatry Department. Hace poco este tema fue debatido en la Tavistock Clinic, y quienes estuvieron presentes concordarán en que en esa oportunidad se abarcaron todos los problemas pertinentes.

¿Qué es la psiquiatría infantil?

El primer interrogante al que debe responderse es el de qué es la psiquiatría infantil. En la psiquiatría infantil, el trabajo es esencialmente práctico. Cada caso representa un desafío. En términos de mejoría clínica, podemos fracasar y a menudo tenemos éxito. El verdadero fracaso sólo puede definirse como el fracaso en responder al desafío del caso. Por esta razón, nuestra práctica privada, al margen del trabajo de equipo, nos demuestra más que este último que en cada caso se necesita que alguien se encuentre con otro en un nivel profundo. Se acepta en general que la interconsulta sobre un caso carece de valor a menos que después alguien quede encargado de llevar a una relación personal la nueva comprensión aportada por la discusión. Esa nueva comprensión no hace nada por sí misma.

La base de gran parte del trabajo del psiquiatra infantil está:- en la entrevista psicoterapéutica con el niño. Si el profesional carece de aptitudes para esta tarea, o no es la persona adecuada para tomar contacto con el niño de

este modo, ni siquiera puede hacer un diagnóstico, y mucho menos sabrá modificar una situación fija, o comprender lo que hacen los otros miembros de su equipo. Un esquema de formación debe tener en cuenta este hecho.

El psiquiatra infantil también debe trabajar con los padres. Quizá busque un plan que le permita a la madre, al padre, o a alguien in loco parentis, proveerle al niño de un ambiente adecuado durante una fase difícil. La teoría subyacente es que la provisión ambiental adecuada hace posible el proceso interno de maduración.

A menudo diagnosticamos salud, o normalidad, a pesar de la existencia indudable de síntomas en la relación en desarrollo del niño con el self, con los padres, con la unidad familiar y con el ambiente en general. La salud es casi sinónimo de madurez -madurez para la edad-.

Una clasificación

Me parece imposible realizar una descripción que abarque la totalidad de nuestra labor, pero en cambio intentaré una clasificación aproximada.

Casos que ponen de manifiesto:

(a) Dificultades intrínsecas del desarrollo emocional del individuo.

Factores ambientales inútiles o nocivos.

Sintomatología basada en las organizaciones defensivas relacionadas con las dificultades intrínsecas entretejidas con las fallas ambientales.

Enfermedad basada en el fracaso de las defensas y la reorganización de defensas nuevas.

(b) Enfermedad asociada con la enfermedad física, o secundaria respecto de ella.

Problemas que nos llevan al límite (pediatría, neurología, psiquiatría del adulto, obstetricia).

c) Enfermedad que involucra a la sociedad: la tendencia antisocial.

Cooperación con el procedimiento legal.

d) Problemas limítrofes del especialista en educación.

El psiquiatra infantil debe tener una adecuada formación médica y haber practicado como médico, porque tendrá que asumir la responsabilidad por la vida y la muerte y por el suicidio ocasional que sin duda se cruzará en su camino. ¿Qué necesita además? Desde luego, en primer lugar, la oportunidad de hacer experiencia. (En tal sentido, yo he tenido suerte, porque como médico del The Queen's [ahora Queen Elizabeth) Hospital for Children durante diez años, y del Paddington Green Children's Hospital desde 1923 hasta ahora, dirigí mis propios departamentos médicos y pude hacerlo a discreción. Lo mismo ha ocurrido con Héctor Cameron. Pero deben ser poco frecuentes las oportunidades de llegar a la psiquiatría infantil de un modo lento y natural.) La moraleja es que debemos planificar la formación de modo tal que quienes deseen especializarse como nosotros tengan la oportunidad de desarrollarse a un ritmo natural. Si, por otra parte, al psiquiatra infantil que se inicia se le pide enseguida que enseñe, sólo podrá comunicar lo que han dicho otros, y no lo que él mismo haya descubierto, lo que es una lástima.

El respaldo para la psiquiatría infantil

Pero es necesario que enuncie mi tema principal. Lo abordaré de este modo: el psicólogo educacional tiene el respaldo de la educación, y me alegro de que así sea; la educación respalda su proceso de aprendizaje, le da status y le procura ingresos. Ahora bien, ¿quién respaldará a quienes se ocupan de la labor clínica? Las universidades desconfían de la aplicación práctica de la psicología a los asuntos humanos, en especial cuando se ayuda a seres humanos individuales; también desconfían de la psicología que se sale de los carriles académicos y pretende trabajar con el inconsciente dinámico.

Los asistentes sociales de diverso tipo están luchando por su reconocimiento como profesionales. ¿Qué decir de los psiquiatras infantiles? ¿Quién les brindará apoyo (salvo el que obtienen automáticamente en virtud de su calificación médica)?

Basta con que consideremos dos tipos de apoyo, el de la pediatría y el de la psiquiatría, para que podamos decir que hemos quedado muy mal parados, al punto de que ahora nuestra única alternativa es la autonomía. El hecho de que nuestro presidente sea un pediatra puede considerarse con todo derecho una indicación de que existen ahora pediatras ilustrados que no sólo son nuestros amigos sino que nos respaldan activamente. También en Paddington Green, y después (cuando nos absorbieron) en St Mary's, yo he sido tratado con generosidad y de una manera sumamente amistosa. Pero no puedo permitir que mi propia buena suerte me ciegue frente a la situación general. La pediatría ha fracasado como figura parental de la psiquiatría infantil, y lo mismo ha ocurrido con la psiquiatría.

En primer lugar me referiré a la psiquiatría del adulto, y después a la pediatría, para tratar a continuación de formular algo positivo.

La psiquiatría

¿Hasta qué punto a la psiquiatría general puede confiársele la tarea de representar a la psiquiatría infantil en el nivel del planeamiento? Creo que el psiquiatra infantil por lo general no conoce bien lo que hace y lo que es un psiquiatra infantil. Si esto es así, ¿cómo podría él representar a la psiquiatría infantil? Desde luego, la psiquiatría general y la psiquiatría infantil comparten vastas zonas superpuestas. ¿Quién podría decir si un defecto mental es psiquiátrico, neurológico o pediátrico? No hay ninguna necesidad de decidirlo. También la adolescencia va refundiéndose gradualmente en la adultez, y la psiquiatría infantil se superpone con la psiquiatría del adulto cuando los pacientes quedan fijados al momento en que normalmente se resuelven las tristezas de la adolescencia. Asimismo, los padres y las figuras parentales suelen ser reconocidas como enfermos en sentido psiquiátrico, y en la clínica psiquiátrica infantil periódicamente aparecen síndromes psiquiátricos de tipo adulto. Siempre habrá una proporción de profesionales que ingresan en la psiquiatría infantil después de haberse graduado en psiquiatría del adulto, y no tengo ningún deseo de que esto se modifique. En todo caso, necesitamos que el psiquiatra de adultos nos cuide a nosotros cuando empecemos a declinar con poca gracia. Pero sí deseo expresar la opinión de que, para nosotros, el psiquiatra de adultos se ocupa de problemas que nos son ajenos. Si su hijo aspira a ser psiquiatra infantil y usted le aconseja que primero se reciba de psiquiatra, en realidad lo empuja a desperdiciar una gran cantidad de tiempo que podría aprovechar mejor en la pediatría.

¿No es cierto que la psiquiatría de adultos nació de la preocupación por personas con daño cerebral, o de las que se pensaba que tenían un trastorno físico o heredado? ¿No es cierto que la psiquiatría de adultos se ha aferrado a la bioquímica y a la neurofisiología del trastorno mental, a expensas, en Inglaterra, del estudio del aporte de la psicología dinámica? Esto es comprensible, en vista de que el psiquiatra de adultos tiene que cargar con el peso enorme del loco degenerado y con el problema casi insoluble de sus necesidades de atención. Pero estas mismas consideraciones hacen necesario que la psiquiatría infantil se separe de la psiquiatría del adulto, especialmente en lo que concierne a la formación.

Materias de interés

A la psiquiatría del adulto le interesan dos conjuntos de problemas:

- (a) El trastorno mental secundario a tendencias heredadas, a la deficiencia o enfermedad del tejido cerebral, a enfermedades degenerativas generales, como la arterioesclerosis, que también pueden afectar al cerebro.
- (b) Los trastornos mentales que son la manifestación tardía del malestar emocional precoz.

Esta segunda categoría podría incluir a la mayoría de los casos de la psiquiatría de adultos, y en ella el psiquiatra de adultos siempre llega demasiado tarde. En todos estos casos, la enfermedad se inició en la infancia o la niñez temprana. En el período de máxima tensión, el médico que naturalmente trataba era el pediatra, pero él no sabía lo que estaba ocurriendo, por fortuna para la paz de su alma. De haberlo sabido, podría haber solicitado la ayuda de un psiquiatra infantil. Hay una proporción de casos psiquiátricos adultos resultantes del fracaso terapéutico conjunto de los departamentos de pediatría y psiquiatría infantil. Nuestros éxitos evitan tener que recurrir al departamento de psiquiatría de adultos.

A la psiquiatría infantil le interesan:

- (a) El desarrollo de la personalidad y el carácter del individuo en la salud, y en el marco de diversas pautas familiares y sociales.
- (b) Los trastornos del desarrollo emocional en su inicio, y en las primeras etapas, cuando las defensas están en proceso de cristalizar en síndromes, y como tales se entretienen con la provisión y reacción ambientales.

La gran mayoría de nuestros casos pueden tratarse satisfactoriamente (como problemas clínicos); toda mejoría que nosotros iniciamos se convierte en otra mayor, porque nuestros pacientes son inmaduros y es posible desencadenar en ellos el proceso del crecimiento. A nosotros nos llegan muy pocos trastornos debidos a la degeneración de los tejidos, y esto nos diferencia del psiquiatra de adultos. Además podemos por lo general confiar en que los padres, adaptándose en el hogar a las necesidades del niño enfermo, le provean de una especie de sanatorio u hospital psiquiátrico.

La psiquiatría y la teoría del trastorno de la personalidad

En el curso de la exploración de este ámbito, quiero decir que personalmente no me impresiona la contribución que la psiquiatría de adultos ha realizado a la comprensión de los procesos evolutivos que conducen al crecimiento de la personalidad y al establecimiento del carácter. Se dice que la práctica de la psiquiatría ha progresado mucho en los últimos treinta años, pero en la columna del pasivo también pueden anotarse algunas cosas. En este punto voy a permitirme expresar algunas opiniones personales. Con la declinación de la palabra "asilo" se ha vuelto casi imposible que encuentre asilo una persona enferma, salvo quizás en una institución religiosa. Por otra parte, el tratamiento con electroshock ha producido mejorías clínicas en muchos casos, pero, ¿ha añadido algo a la comprensión del modo como se desarrolla la enfermedad o como el tratamiento produce un cambio? ¿Acaso con el electroshock el psiquiatra ayuda al paciente a suicidarse sin morir? Y en el curso de una terapia convulsiva, el odio que el paciente experimenta por el tratamiento -pero odio sin asesinato- puede producir una integración valiosa en una personalidad desintegrada. Ahora bien, si estas teorías tienen algo de verdad, de todos modos no provienen de la psiquiatría. La última de mis quejas personales es que el tratamiento mediante la leucotomía realmente me ha horrorizado, creando en mí una desconfianza respecto de la psiquiatría de adultos de la que no tengo esperanzas de recobrar. En la leucotomía, que ahora por suerte

ha desaparecido, sólo puedo ver, como respuesta a la idea delirante del paciente, una idea delirante del médico. (Quizá sean pocas las personas que compartan estos prejuicios personales. Los perros se resisten a comer perros, y los médicos, hombres y mujeres, se resisten a criticar a sus colegas. No obstante, hay momentos en que debemos criticar y esperar ser criticados; podemos hacerlo en un marco de respeto recíproco como personas.

Me alegro de no haber trabajado nunca en un hospital psiquiátrico donde hubiera tenido que hacer esas cosas malas. No podría haberlas hecho, y tendría que haber vuelto a la pediatría clínica, donde habría disfrutado inmensamente, pero me habría perdido mucho de lo que valoro en la práctica de la psiquiatría infantil.

La pediatría

Llego ahora al tema de la pediatría. Como es sabido, yo me inclino a ver en la pediatría el campo de formación natural para la psiquiatría infantil. La pediatría les brinda al estudiante y al médico las mejores oportunidades para llegar realmente a conocer al niño paciente y a sus padres. Si los pediatras lo desean, pueden llegar a ser psiquiatras infantiles sin siquiera darse cuenta. El pediatra tiene que estar perfectamente preparado para abordar las emergencias físicas, y esto le proporciona una base excelente para el manejo de la relación médico-progenitor; con el pretexto de la alimentación del infante, el pediatra, si ésta es su intención, puede trabajar con la madre en la muy delicada tarea materna de presentarle el mundo al bebé, y de tal modo tender para el niño los cimientos de la salud mental que es el negativo de los trastornos psiquiátricos. Fue en la práctica pediátrica donde descubrí el valor terapéutico de la toma de la historia, y el hecho de que ésta es la mejor oportunidad para la terapia, siempre y cuando esa anamnesis no se realice con el propósito exclusivo de reunir hechos. Para mí el psicoanálisis es una vasta ampliación de la anamnesis, con la terapia como subproducto.

A lo largo de toda mi carrera he seguido creyendo que la pediatría es la verdadera raíz de la psiquiatría infantil, y en este artículo lo principal que deseo decir es que en todo planeamiento que se realice debe quedar abierto el camino para el médico que desea entrar en la psiquiatría infantil a través de la pediatría. Hablo del ejercicio de la pediatría, durante una década. Si se lo obliga a atravesar la formación del psiquiatra de adultos, si tiene que obtener un diploma de medicina psicológica, inevitablemente dejará de ser un pediatra en ejercicio, en el verdadero sentido de la palabra. Hay tanto que aprender y experimentar en la práctica de la pediatría, que resulta imposible abrazar otra especialidad como la psiquiatría, que incluye tantas cosas no relacionadas con los infantes o los niños.

Sostengo este modo de ver con energía, a pesar del hecho de que la pediatría no ha desempeñado el papel al que estaba destinada en relación con la psiquiatría infantil. Se han perdido veinticinco años desde que a los responsables de la pediatría en este país se les presentó la idea de que la psiquiatría infantil es una mitad de la pediatría. La pediatría oficial ha evitado el tema con toda deliberación, y ahora es inútil esperar más para que la psiquiatría infantil se convierta en gemela de la pediatría clínica. Esto podría haberse hecho, pero no se hizo.

La psiquiatría infantil, disciplina por derecho propio

Pero la psiquiatría infantil tiene la alternativa de otorgar preferencia a los pediatras, y de pedir formación y experiencia pediátrica. Para la psiquiatría infantil la única solución es adquirir su propia legitimidad y elaborar su propio programa de formación. Me gustaría preguntar si el profesor de pediatría se reunió alguna vez con el profesor de psiquiatría para discutir esta cuestión de que algún día haya un profesor de psiquiatría infantil.

Pero -y éste es un gran "pero"-, a veces los pediatras tienden a pensar que pueden pasar a la psiquiatría infantil con toda simplicidad, como si sólo se tratara de cambiar la denominación de "pediatría" por "salud infantil". Desde luego, esto no es posible. Si quiere pasar a la psiquiatría infantil, el pediatra debe estar preparado para reorientarse y abandonar gran parte del poder que manejaba como pediatra clínico.

El lugar del psicoanálisis

Esto nos lleva a la cuestión de la relación entre la psiquiatría infantil y el psicoanálisis. Seré breve al respecto, porque creo que no es la intención que éste se convierta en un tema principal en el encuentro. Pero no puedo evitar tratarlo. Comprometido como lo estoy con la idea de que la pediatría es la mejor de las diversas preparaciones posibles para la psiquiatría infantil, no debo demorarme en afirmar que la preparación realmente necesaria para la psiquiatría infantil (sea de pediatra o de psiquiatra) es la formación psicoanalítica. Para mí tiene importancia que lo que tengo que decir sobre este tema ahora es en general reconocido, mientras que hace unos pocos años resultaba totalmente revolucionario. Según mi experiencia, ahora es una ventaja que un aspirante a un puesto de psiquiatra infantil pueda aducir su condición de analista o de alumno aceptado del Instituto de Psicoanálisis. (A los fines de esta discusión, debo incluir aquí la formación junguiana, a pesar de las importantes diferencias que -si es que las buscamos- podemos encontrar entre ambas disciplinas.) Muchos psiquiatras que están hoy en día a cargo de clínicas han completado una de esas formaciones. Desde luego, esto no significa que la formación psicoanalítica prepare al candidato para la psiquiatría infantil; sólo se propone formar en el psicoanálisis de adultos y de niños. Pero incluye la enseñanza de una teoría del desarrollo infantil que es dinámica y aplicable. Algunas instituciones -por ejemplo, la Tavistock Clinic-, que van más allá y forman explícitamente en psiquiatría infantil, insisten en mayor o menor medida en la formación psicoanalítica; en otras es totalmente común, y la Hampstead Clinic de la señorita Freud, en la que pueden recibir formación psicoterapeutas legos, se orienta desde luego hacia el psicoanálisis y las teorías que le son propias.

Lo que yo digo es que un pediatra capaz de asumir la responsabilidad de sus casos tiene una muy buena oportunidad para llegar a ser un psiquiatra infantil si al mismo tiempo que adquiere experiencia acerca del aspecto físico puede recibir formación psicoanalítica.

La selección

Todo esto se vincula con la idea de la selección.

En la formación psicoanalítica, lo importante es el análisis personal del candidato. A los fines de este escrito, me gustaría considerar este análisis personal como parte de la selección. La formación psicoanalítica se proporciona después de la selección, y el procedimiento de selección se toma muy en serio. En primer lugar hay una autoselección; después está la selección, y a continuación sigue otra autoselección que acompaña al propio análisis del paciente. Con respecto a la psiquiatría infantil, es esencial que un cuerpo responsable realice la selección cuidadosa según la personalidad, la salud y la madurez del aspirante. El punto fundamental es quién seleccionará, seguirá seleccionando y tendrá derecho a rechazar al aspirante a psiquiatra infantil. Esta importante contribución podría ser realizada por el Instituto de Psicoanálisis. Por ejemplo, no es en absoluto seguro que el médico que uno llamaría para atender al propio infante en una emergencia física, o el psiquiatra al que llevaríamos a nuestra madre o nuestro hermano, sean los profesionales que elegiríamos para la práctica de la psiquiatría infantil. Esta es una cuestión llena de dificultades, pero la idea de que el ingreso en la psiquiatría infantil esté expedito sin ninguna selección es mucho peor que la de que haya psiquiatras infantiles sin el diploma de medicina psicológica, o que no han trabajado en un hospital psiquiátrico.

Conclusión

Establezcamos en primer lugar la psiquiatría infantil como algo con legitimidad propia; a continuación permitamos que los psiquiatras de adultos continúen ingresando en el campo de la psiquiatría infantil si están dispuestos a estudiar el desarrollo físico y emocional del infante y el niño, y a someterse a una formación psicoanalítica que incluya un procedimiento de selección y un análisis personal. Asimismo, démosle al

pediatra las mismas oportunidades, con las mismas condiciones. Pero esto no puede hacerse sin la cooperación activa de la psiquiatría y la pediatría oficiales, puesto que para la formación analítica se necesita ayuda económica. Además, hay que facilitar el valiente esfuerzo del pediatra, psiquiatra o psiquiatra infantil que intenta hacer compatible la formación analítica con la tarea de jornada completa que le proporciona la seguridad básica necesaria para fundar un hogar y una familia.

Resumen

La psiquiatría infantil es una especialidad con bases propias, mientras que la psiquiatría general se ocupa de procesos degenerativos y fenómenos neurológicos que no son importantes en el departamento de psiquiatría infantil promedio. La psiquiatría infantil aborda el desarrollo emocional del niño individual y las interferencias en los procesos de la maduración que provienen del ambiente y del conflicto interior del niño. Esto hace que la psiquiatría infantil sea afín con la pediatría.

Tanto el psiquiatra general como el pediatra necesitan una formación adicional del tipo que proporcionan el psicoanálisis y la psicología analítica. Los respectivos institutos también proporcionan los mecanismos de selección.

Siempre habrá quienes lleguen al campo de la psiquiatría infantil desde la psiquiatría general, pero es importante mantener abierta la vía que pasa por la práctica pediátrica.

.

.

.

Biblioteca D. Winnicott

La agresión

- 1939 -

EL AMOR Y EL ODIO constituyen los dos principales elementos a partir de los cuales se elaboran todos los asuntos humanos. Tanto el amor como el odio implican agresión. La agresión, por otro lado, puede ser un síntoma del miedo.

Sería una tarea muy compleja examinar a fondo los puntos de esta afirmación preliminar, pero es posible decir algunas cosas relativamente simples sobre la agresión, y dentro de los alcances de este trabajo.

Comienzo con un supuesto, un supuesto que no todos consideran justificado; todo el bien y el mal que se puede encontrar en el mundo de las relaciones humanas ha de encontrarse en el corazón del ser humano. Llevo el supuesto aún más lejos y afirmo que en el niño hay amor y odio de plena intensidad humana.

Si se piensa en términos de lo que el niño está organizado para soportar, se llega fácilmente a la conclusión de que el amor y el odio no son experimentados con mayor violencia por el adulto que por el niño pequeño.

Si se acepta todo esto, se deduce que basta observar al ser humano adulto, al niño o al bebé, para comprobar que el amor y el odio existen en ellos; pero si el problema fuera tan simple, no habría problema. De todas las tendencias humanas, la agresión, en particular, está oculta, disfrazada, desviada, atribuida a factores externos, y cuando aparece siempre resulta difícil encontrar sus orígenes.

Los maestros conocen las urgencias agresivas de sus alumnos, sean latentes o manifiestas, y cada tanto se ven obligados a enfrentar estallidos agresivos o niños agresivos. Mientras escribo esto alcanzo a escuchar estas palabras: "Debe sufrir de una energía superflua que no está bien canalizada". (Escribo esto sentado en el parque de una escuela donde los maestros realizan una reunión, y parte de sus palabras llegan hasta mis oídos.)

Aquí se percibe que la energía instintiva que está encerrada constituye un peligro potencial para el individuo y la comunidad, pero cuando se trata de aplicar esa verdad surgen complicaciones reveladoras de que todavía queda mucho por aprender sobre los orígenes de la agresividad.

Una vez más, la charla de los maestros llega hasta mí: '...¿y saben lo que hizo el último trimestre? Me trajo un ramito de violetas, y casi me dejo engañar, pero después supe que las había robado del jardín vecino. `Dad al César...`, dije. ¡Incluso roba dinero y les compra caramelos a los otros chicos...!'

Desde luego, aquí no se trata de una simple agresión. La niña desea sentir afecto hacia los demás, pero no tiene mayores esperanzas al respecto. Quizá lo logre por un momento si la maestra o los otros chicos

se dejan engañar, pero para ser digna de amor debe conseguir algo de una fuente exterior a sí misma.

Para comprender las dificultades de una niña como ésta debemos comprender sus fantasías inconscientes. Es aquí donde podemos estar seguros de encontrar la agresión que origina su sentimiento de desesperanza y, por ende, que indirectamente provoca su actitud antisocial. Pues la conducta agresiva de los niños que llega a la atención de un maestro nunca es una cuestión de mera emergencia de instintos agresivos primitivos. No es posible construir alguna teoría útil de la agresividad infantil partiendo de esa premisa falsa.

Antes de examinar la fantasía, buscaremos la agresión primaria que aparece en las relaciones externas. ¿Cómo podemos acercarnos a ella?

Desde luego, debemos estar preparados para descubrir que nunca podemos ver desnudo el odio que sabemos existe en el corazón humano. Incluso el niño pequeño que nos quiere hacer saber que le gusta dejar caer ladrillos, sólo nos informa de ello porque en ese momento se da la actividad general de construir una torre con ladrillos, y en ella puede ser destructivo sin sentirse desesperanzado.

Un niño bastante tímido de 4 años tiene ataques durante los cuales se muestra completamente irrazonable. Le grita a la niñera, a la madre o al padre, "¡Les v-v-voy a q-q-quemar l-la c-c-c-casa! ¡Les v-v-voy a a-a-arrancar l-las e-entrañas!"

Quienes no están familiarizados con estos ataques los consideran sumamente agresivos, y originalmente lo fueron. Mágicamente destruyen. Pero, con el correr del tiempo, el niño ha llegado a reconocer que la magia fracasa, y ha transformado los ataques agresivos en orgías en las que goza lanzando invectivas con la boca. Ese trabajo oral con las consonantes es terrible, pero no hay ninguna violencia real.

Pero él realmente lastima a los padres cuando no puede disfrutar de los regalos que ellos le hacen. Y la agresión es efectiva cuando se lo lleva a un picnic, por ejemplo, pues debido a su conducta exasperante quienes lo rodean quedan agotados. Agotar a los padres es algo que el niño más pequeño puede hacer. Al principio los cansa sin saberlo; luego espera que disfruten de ese cansancio; finalmente lo hace cuando está enojado con ellos.

Un niño de 2 años y medio fue traído a mi consultorio porque, aunque en otros sentidos es una criatura modelo, "de pronto se pone a morder a la gente, incluso hasta hacerla sangrar". A veces arranca mechones de cabello a quienes se ocupan de él, o arroja tazas y platos sobre el piso. Cuando pasa el ataque, se siente triste por lo que ha hecho.

Sucede que el niño sólo lastima a quienes ama. Principalmente, lastima a su abuela materna, una inválida, a quien habitualmente cuida como si fuera un adulto, acomodándole la silla y ocupándose en general de sus necesidades.

Aquí hay algo bastante parecido a la agresión primaria, pues el niño está constantemente estimulado por la madre y la abuela, y éstas sienten (acertadamente, según mi criterio) que el niño muerde "sólo cuando está excitado y simplemente no sabe qué hacer al respecto". Esa fugaz visión de la agresión primaria a esa edad no es muy común. El remordimiento que sigue a los ataques habitualmente asume la forma de proteger eficazmente a la gente de todo daño real. En un análisis se encontraría que los ataques de este niño encierran algo más que agresión primaria.

Alentado por este éxito parcial, pasemos al pequeño bebé. Si un bebé se dispusiera a lastimar sin límite, no podría causar mucho daño real. ¿Puede entonces el bebé mostrarnos la agresión desnuda? De hecho, esto no se comprende claramente. Es bien sabido que los bebés muerden el pecho de la madre, incluso hasta hacerlo sangrar. Con las encías pueden producir pezones agrietados, y cuando aparecen los dientes ya cuentan con un elemento que les permite causar mucho daño. Una madre me dijo: "Cuando me trajeron a la nena se abalanzó sobre mi pecho en forma salvaje, me apretó los pezones con

las encías y me hizo salir sangre. Me sentí deshecha y aterrorizada. Necesité mucho tiempo para recuperarme del odio que se despertó en mí contra la pequeña bestia, y creo que ése fue un motivo importante por el que ella nunca logró una verdadera confianza en el alimento bueno".

He aquí el relato de una madre que revela su fantasía, tanto como lo que puede haber ocurrido en realidad. Cualquiera haya sido la actitud real de este bebé, no cabe duda de que la mayoría de los niños no destruyen el pecho que se les ofrece, aunque tenemos pruebas de que desean hacerlo e incluso de que creen destruirlo al mamar. Lo corriente es que en el curso de doscientas o trescientas mamadas muerdan menos de una docena de veces. Y muerden principalmente cuando están excitados y no cuando están frustrados.

Conozco un bebé, que al nacer ya había cortado un incisivo inferior, por lo que podría haber lastimado seriamente el pezón, que sufrió de una inanición parcial en su intento de proteger al pecho de todo daño. En lugar de morder el pecho, el bebé utilizaba la parte interior del labio inferior, lo cual le provocó una lastimadura.

Parecería que en cuanto aceptamos que el bebé puede y necesita dañar, debemos admitir la existencia de una inhibición de los impulsos agresivos que tiende a proteger lo que el bebé ama y que, por lo tanto, corre peligro. Al poco tiempo de nacer, los bebés varían en cuanto al grado en que muestran u ocultan la expresión directa de los sentimientos, y constituye en cierta medida un consuelo para las madres de bebés siempre enojados y gritones el hecho de que el bebé buenito y dócil que duerme cuando no come, y come cuando no duerme, no necesariamente está estableciendo un mejor fundamento para la salud mental. Evidentemente, es valioso para el bebé experimentar rabia con frecuencia a una edad en que no necesita sentir remordimiento. Enojarse por primera vez a los dieciocho meses debe ser algo verdaderamente aterrador para el niño.

Si es verdad, entonces, que el niño tiene una enorme capacidad para la destrucción, también es cierto que tiene una enorme capacidad para proteger lo que ama de su propia destrucción, y la principal destrucción siempre existe en su fantasía. Lo que conviene observar con respecto a esta agresividad instintiva es que, si bien no tarda en convertirse en algo que resulta posible movilizar al servicio del odio, originalmente forma parte del apetito, o de alguna otra forma de amor instintivo. Es algo que aumenta durante la excitación, y su ejercitación resulta altamente placentera.

Quizás la palabra avidez exprese más claramente que cualquier otra la idea de fusión original de amor y agresión, aunque el amor aquí está limitado al amor oral.

Creo que hasta ahora he descrito tres cosas. Primero, hay una avidez teórica, o amor-apetito primario, que puede ser cruel, dañino, peligroso, pero que lo es por azar. La finalidad del niño es la gratificación, la tranquilidad de cuerpo y espíritu. La gratificación trae paz, pero el niño percibe que al gratificarse pone en peligro lo que ama. Normalmente llega a una transacción, y se tolera considerable gratificación sin permitirse ser demasiado peligroso. Pero, en cierta medida, se frustra, de modo que debe odiar alguna parte de sí mismo, a menos que pueda encontrar algo fuera de él que lo frustre y que soporte el odio.

Segundo, se llega a una separación entre lo que puede lastimar y lo que tiene menos posibilidades de lastimar. Por ejemplo, es posible disfrutar del morder independientemente de amar a la gente, mordiendo objetos que no pueden sentir. En esta forma, es posible aislar los elementos agresivos del apetito y reservarlos para cuando el niño está enojado, y eventualmente movilizarlos para combatir la realidad externa que se percibe como mala.

Nuestra búsqueda de la agresión desnuda a través del estudio del niño ha fracasado en parte, y debemos tratar de aprovechar nuestro fracaso. Ya indiqué los motivos de nuestro fracaso, al mencionar la palabra fantasía.

La verdad es que al proporcionar una descripción muy detallada de la conducta de un bebé o un niño debemos dejar de lado por lo menos la mitad, pues la riqueza de la personalidad es en gran parte un producto del mundo de las relaciones internas que el niño construye todo el tiempo a través del dar y tomar psíquicos, algo que tiene lugar permanentemente y que es paralelo al dar y tomar físicos fácilmente observables.

La parte principal de esta realidad interna, un mundo que se siente como ubicado dentro del cuerpo o de la personalidad, es inconsciente, excepto en la medida en que el individuo pueda aislarla y separarla de los millones de expresiones instintivas que contribuyen a determinar su cualidad.

Vemos ahora que se trata de un campo para la acción de las fuerzas destructiva que aún no hemos explorado, un campo dentro de la personalidad del niño, y aquí sin duda podemos encontrar (en el curso del psicoanálisis, por ejemplo) las fuerzas buenas y malas en su máxima expresión.

Poder tolerar todo lo que uno puede encontrar en la propia realidad interna constituye una de las más grandes dificultades humanas, y una finalidad humana importante consiste en establecer una relación armoniosa entre las propias realidades interna y externa.

Sin tratar de profundizar en el origen de las fuerzas que luchan por predominar dentro de la personalidad, puedo señalar que cuando las fuerzas crueles o destructivas amenazan con predominar sobre las amorosas, el individuo debe hacer algo para salvarse, 'y una de las cosas que hace es volcarse hacia afuera, dramatizar el mundo interior, actuar el papel destructivo mismo y conseguir que alguna autoridad externa ejerza control. El control puede establecerse en esta forma, en la fantasía dramatizada, sin ahogar en exceso los instintos, mientras que la otra posibilidad, el control interior, debería aplicarse en forma general, y el resultado sería un estado de cosas conocido clínicamente como depresión.

Cuando existen esperanzas con respecto a las cosas interiores, la vida instintiva es activa, y el individuo puede disfrutar del uso de sus urgencias instintivas, incluyendo las agresivas, para reparar en la vida real lo que ha dañado en la fantasía. Esto constituye la base del juego y el trabajo. Puede observarse que, al aplicar la teoría, uno está limitado por el estado del mundo interior de un niño, en cuanto a la posibilidad de ayudarlo a lograr la sublimación. Si la destrucción es excesiva e inmanejable, es posible lograr muy poca reparación y nada podemos hacer por ayudarlo. Todo lo que le queda al niño por hacer es negar la paternidad de las fantasías malas o bien dramatizarlas.

La agresividad, que ofrece un serio problema de manejo para el maestro, es casi siempre esa dramatización de la realidad interna cuya maldad impide tolerarla. A menudo implica un abandono de la masturbación o de la explotación sensual que, cuando tienen éxito, proporcionan un vínculo entre la realidad externa y la interna, entre los sentidos corporales y la fantasía (aunque la fantasía es principalmente inconsciente). Se ha señalado que hay una relación entre renunciar a la masturbación y el comienzo de la conducta antisocial (mencionada hace poco por Anna Freud en una conferencia inédita), y la causa de esa relación ha de encontrarse en el intento del niño por lograr que una realidad interna demasiado terrible como para ser reconocida se relacione con la realidad externa. La masturbación y la dramatización proporcionan métodos alternativos, pero cada uno fracasa en su objetivo, porque el único vínculo verdadero es la relación entre la realidad interna y las experiencias instintivas originales que la construyeron. Sólo el tratamiento psicoanalítico puede encontrar esa relación, y como la fantasía es demasiado terrible para ser aceptada y tolerada no puede utilizarse en la sublimación.

Los individuos normales hacen lo que los anormales sólo pueden hacer mediante el tratamiento analítico, esto es, modificar su yo interno mediante nuevas experiencias de incorporación y producción. Encontrar maneras seguras de ubicar lo malo constituye un problema constante para niños y adultos.

Gran parte se dramatiza y se maneja (falsamente) a través de una preocupación por el manejo de elementos físicos que proceden del cuerpo. Otro método utiliza los juegos o el trabajo que involucran una acción distintiva susceptible de ser disfrutada, con el consiguiente alivio en lo relativo al sentimiento de frustración e injusticia: un niño que pega trompadas o pateando una pelota se siente mejor gracias a eso, en parte porque disfruta golpeando y pateando, y en parte porque inconscientemente siente (falsamente) que ha expulsado lo malo a través de los puños y los pies.

Una niña que anhela tener un bebé, en cierta medida anhela la certeza de que ha introyectado algo bueno, que lo ha conservado, y que algo bueno se desarrolla en su interior. Necesita esa certeza (aunque sea falsa) debido a sus sentimientos inconscientes en el sentido de estar vacía o llena de cosas malas. Su agresión es lo que le da esas ideas. También ella, desde luego, busca la paz que cree poder obtener si se gratifica instintivamente, lo cual significa que teme a los elementos agresivos de su apetito que amenazan con dominarla si se la frustra durante la excitación. La masturbación puede ayudar en el segundo caso, pero no en el primero.

De todo esto se deduce que el odio o la frustración ambiental despierta reacciones manejables o inmanejables en el individuo, de acuerdo con la cantidad de tensión que ya existe en la fantasía inconsciente personal del individuo.

Otro método importante para manejar la agresión en la realidad interna es el masoquista, mediante el cual el individuo consigue experimentar sufrimiento, lo cual le permite expresar agresión, recibir un castigo, aliviarse así de los sentimientos de culpa y disfrutar de excitación y gratificación sexuales. Este problema está fuera del tema que consideramos.

En segundo lugar, existe el manejo de la agresión provocada por el miedo, la versión dramatizada de un mundo interior demasiado terrible. La finalidad de la agresión es encontrar un control y provocar su ejercicio. Es tarea del adulto impedir que esa agresión vaya demasiado lejos, mediante el ejercicio de una autoridad segura, dentro de cuyos límites es posible dramatizar y disfrutar cierto grado de maldad sin peligro. El retiro gradual de esa autoridad constituye una parte importante en el manejo de adolescentes, los que pueden ser agrupados según su capacidad para soportar la eliminación de la autoridad impuesta.

Los padres y los maestros deben cuidar de que los niños nunca encuentren una autoridad tan débil que pierdan todo control, o bien, debido al miedo, que se hagan ellos mismos cargo de la autoridad. La autoridad que se asume por ansiedad es dictadura, y quienes han hecho el experimento de permitir que los chicos controlen sus propios destinos saben que el adulto sereno es menos cruel en ese papel que un niño que asume excesiva responsabilidad.

En tercer lugar, y aquí el sexo establece una diferencia, está el manejo de la agresividad madura, el que se observa claramente en los adolescentes varones y que en gran medida motiva la competencia adolescente en los juegos y en el trabajo. La potencia involucra una tolerancia ante la idea de matar a un rival (lo cual conduce al problema del valor de la idea de la guerra, un tema bastante impopular.

La agresividad madura no es algo que deba curarse, sino algo que debe observarse y permitirse. Si resulta inmanejable, nos hacemos a un lado y la ley resuelve la situación. La ley está aprendiendo mucho ahora sobre la agresión adolescente, y el país cuenta con ella en tiempos de guerra.

Finalmente, toda agresión que no se niega, y por la que es posible aceptar responsabilidad personal, puede utilizarse para fortalecer los intentos de reparación y restitución. En el transcurso de todo juego, de todo trabajo y de todo arte, hay un remordimiento inconsciente por el daño realizado en la fantasía inconsciente, y un deseo inconsciente de comenzar a arreglar las cosas.

El sentimentalismo contiene una negación inconsciente de la destructividad que subyace a la

construcción. Es muy perjudicial para él niño en desarrollo y eventualmente puede llevarlo a necesitar una demostración directa de la destructividad que, en un medio menos sentimental, podría haber expresado indirectamente al manifestar deseos de construir.

En parte es falso afirmar que "deberíamos proporcionar una oportunidad para la expresión creadora si queremos contrarrestar los impulsos destructivos de los niños". Lo que se necesita es una actitud no sentimental frente a todas las producciones, lo cual significa apreciar no tanto el talento como la lucha que está detrás de todo logro, por pequeño que sea. Pues, aparte del amor sensual, ninguna manifestación humana del amor se siente como valiosa si no implica una agresión reconocida y controlada.

Una de las finalidades del desarrollo de la personalidad es la de tornarse capaz de recurrir cada vez más a lo instintivo. Ello involucra tornarse más y más capaz de reconocer la propia crueldad y aidez, que entonces, y sólo entonces, pueden ponerse al servicio de la actividad sublimada.

Sólo si sabemos que el niño desea derribar la torre de ladrillos, le resulta valioso comprobar que puede construirla.



Biblioteca D. Winnicott

La pareja madre-lactante

(1960)

La relación inicial de una madre con su bebé

En un estudio de la relación que existe entre una madre y su bebe, es necesario examinar por separado aquello que es privativo de la madre y lo que está comenzando a desarrollarse en el niño. Se dan aquí dos clases distintas de identificación: la de la madre con su hijo y el estado de identificación de éste con la madre. La madre aporta a la situación una aptitud desarrollada, mientras que el niño se encuentra en ese estado porque es así como comienzan las cosas.

Observamos en la mujer embarazada una creciente identificación con el niño, a quien ella asocia con la imagen de un "objeto interno", un objeto que la madre imagina se ha establecido dentro de su cuerpo y que pertenece allí a pesar de todos los elementos adversos que existen también en ese ámbito. El bebé significa también otras cosas para la fantasía inconsciente de la madre, pero tal vez el rasgo predominante sea la disposición y la capacidad de la madre para despojarse de todos sus intereses personales y concentrarlos en el bebé; aspecto de la actitud materna que he denominado "preocupación materna primaria".

En mí opinión, esto es lo que otorga a la madre su capacidad especial para hacer lo adecuado: ella sabe exactamente cómo se siente el niño. Nadie más lo sabe, ya que los médicos y las enfermeras tal vez tengan muchos conocimientos de psicología y, desde luego, son duchos en lo que se refiere a la salud y la enfermedad corporal, pero no saben cómo se siente un bebé a cada minuto porque están fuera de esta área de experiencia.

Hay dos clases de trastornos maternos que pueden afectar esta situación. En un extremo, tenemos a la madre cuyos intereses personales son demasiados compulsivos como para abandonarlos, lo cual le impide sumergirse en ese extraordinario estado que casi parece una enfermedad, aunque constituya un signo de salud. En el otro extremo, tenemos a la madre que tiende a estar permanentemente preocupada por algo, y el niño se convierte entonces en su preocupación patológica. Esta madre tal vez cuente con una especial capacidad para prestarle su propio self al niño, pero ¿qué sucede en definitiva? Es parte del proceso normal que la madre recupere su interés por sí misma, y que lo haga a medida que el niño vaya siendo capaz de tolerarlo. La madre patológicamente preocupada no sólo sigue estando identificada con su hijo durante un tiempo demasiado prolongado, sino que además, pasa muy bruscamente de la preocupación por el bebé a su preocupación previa.

La forma en que la madre normal supera este estado de preocupación por el bebé equivale a una suerte de destete. El primer tipo de madre enferma no puede destetar al niño porque éste nunca la tuvo realmente, de modo que no corresponde aquí hablar de destete; el otro tipo de madre enferma no puede destetarlo, o tiende a hacerlo en forma demasiado brusca y sin tener en cuenta la necesidad que se va desarrollando gradualmente en el niño de ser destetado.

Si examinamos nuestra propia labor terapéutica con niños encontramos situaciones paralelas a éstas. Los niños

que atendemos, en la medida en que necesitan recurrir a la terapia, están atravesando fases en las que retroceden y vuelven a experimentar (o experimentan por primera vez con nosotros) las relaciones tempranas que no fueron satisfactorias en su historia pasada. Podemos identificarnos con ellos tal como la madre lo hace con su hijo, en forma temporaria pero completa.

Pisamos terreno firme cuando pensamos en términos de lo que les ocurre a los progenitores, mientras que cuando reflexionamos acerca de un instinto maternal nos empantanamos en la teoría, nos sumergimos en una mezcla de seres humanos y de animales. De hecho, la mayoría de los animales manejan estos problemas iniciales de la maternidad con bastante eficacia y, en las primeras etapas del proceso evolutivo, los reflejos y las respuestas instintivas simples son suficientes. Pero, de alguna manera, las madres y los bebés humanos tienen cualidades humanas y es preciso respetarlas; también tienen reflejos e instintos feroces, pero sería absurdo describir a los seres humanos en términos de lo que tienen en común con los animales.

Es importante destacar, aunque quizás resulte obvio, que cuando la madre se encuentra en el estado que acabo de describir, es sumamente vulnerable. Esto no siempre se advierte, porque por lo común se forma una especie de círculo de protección en torno de la madre, organizado quizás por su compañero. Estos fenómenos secundarios pueden aparecer naturalmente en torno de un embarazo, lo mismo que el estado especial de la madre parece rodear al niño. Sólo cuando estas fuerzas protectoras naturales de protección dejan de funcionar, podemos percibir hasta qué punto es vulnerable la madre. Aquí enfrentamos un tema muy importante que se relaciona con el de los trastornos mentales llamados puerperales, que suelen afectar a las mujeres. A algunas mujeres no sólo les resulta difícil desarrollar esa preocupación materna primaria, sino que también la vuelta a una actitud normal frente a la vida y al self puede provocar una enfermedad clínica, atribuible en cierta medida, a la ausencia o falta de la envoltura protectora, de eso que permite a la madre volcarse hacia dentro y desentenderse de todo peligro externo, al tiempo que se encuentra concentrada en esa preocupación maternal.

La identificación del niño con la madre

Al examinar el estado de identificación del niño me refiero al niño recién nacido, o que tiene unas pocas semanas o meses de vida. Un bebé de seis meses está saliendo ya de la etapa que examinaremos ahora.

El problema es tan delicado y complejo que nuestras reflexiones resultarán estériles si no partimos de la base de que el niño en cuestión tiene una madre suficientemente buena. Sólo si es así, el niño inicia un proceso de desarrollo que es personal y real. Si la actitud materna no es lo bastante buena, el niño se convierte en un conjunto de reacciones frente a los choques, y el verdadero self del niño no llega a formarse o queda oculto tras un falso self que se somete a los golpes del mundo y en general trata de evitarlos.

Dejaremos de lado esta complicación y consideraremos al niño que tiene una madre bastante buena y que realmente se inicia en este proceso. Yo diría que: el yo de este niño es a la vez débil y fuerte, todo depende de la capacidad de la madre para proporcionar apoyo al yo del niño. El yo de la madre está sintonizado con el del niño y ella puede darle apoyo si logra orientarse hacia su hijo en la forma, que ya he reseñado parcialmente.

Cuando la pareja madre-bebé funciona bien, el yo del niño es muy fuerte, porque está apuntalado en todos los aspectos. El yo reforzado y, por lo tanto, fuerte del niño puede, desde muy temprano, organizar defensas y desarrollar patrones que son personales y que ostentan visiblemente las huellas de las tendencias hereditarias. Esta descripción del yo como débil y fuerte se aplica también a aquellos casos en que un paciente (niño o adulto) tiene una actitud regresiva y dependiente en la situación terapéutica; con todo, aquí lo que me propongo es describir al niño. Es precisamente este niño con un yo fuerte gracias al apoyo yoico de la madre el que se convierte desde temprano en él mismo, real y verdaderamente. Cuando el apoyo yoico de la madre no existe, es débil o tiene altibajos, el niño no puede desarrollarse en forma personal, y entonces el desarrollo está condicionado, como ya hice notar, más por una serie de reacciones frente a las fallas ambientales que por las exigencias internas y los factores genéticos. Los niños que reciben una atención adecuada son los que con mayor rapidez se afirman como personas, cada una de las cuales es distinta de todas las demás existentes en la

actualidad o en el pasado, mientras que los bebés que reciben un apoyo yoico inadecuado o patológico tienden a parecerse en cuanto a los patrones de conducta (inquietos, suspicaces, apáticos, inhibidos, sometidos). En la situación terapéutica de cuidado infantil a menudo se tiene la satisfacción de ver surgir a un niño como individuo por primera vez en su vida.

Este aspecto teórico es necesario a fin de llegar al mundo de los bebés, un lugar extraño, donde nada se ha separado aún como no-yo, de modo que todavía no existe un yo. Aquí la identificación es el punto de partida del niño. No es que se identifique con la madre, sino más bien que no conoce a una madre ni objetos externos; e incluso esta formulación es errónea porque todavía no existe un self. Cabría decir que el self del niño en esta etapa temprana sólo existe en potencia; cuando un individuo regresa a este estado, se fusiona con el self de la madre. El self infantil aún no se ha formado de modo que no puede decirse que esté fusionado, pero los recuerdos y las expectativas pueden comenzar a acumularse y a tomar forma. Debemos recordar que estas cosas sólo ocurren cuando el yo del niño es fuerte porque se lo ha robustecido.

Al examinar este estado infantil debemos retroceder un paso más de lo que habitualmente hacemos. Por ejemplo, poseemos conocimientos acerca de la desintegración, y esto nos permite pasar fácilmente a la idea de integración. Pero en este contexto necesitamos un término como no-integración a fin de expresar lo que queremos decir. Asimismo, conocemos también la despersonalización, de la cual pasamos sin dificultad a la idea de que existe un proceso por el cual uno se transforma en una persona, se establece una unidad entre el cuerpo o las funciones corporales y la psiquis (sea cual fuere el significado exacto de esto). Pero al considerar el crecimiento temprano, debemos pensar que el niño aún no tiene problemas en este sentido, pues en esa etapa la psiquis apenas si está comenzando a elaborarse en torno del funcionamiento corporal.

También conocemos las relaciones objetales, y de allí llegamos sin el menor problema a la idea de un proceso que permite establecer la capacidad para relacionarse con objetos. Pero aquí es necesario pensar en una situación previa, en la que el concepto de objeto aún no tiene significado para el niño, aunque éste experimente ya satisfacción al relacionarse con algo que nosotros vemos como un objeto, o que podríamos llamar objeto parcial.

Estas cuestiones muy arcaicas comienzan a funcionar cuando la madre, identificada con su bebé, puede y quiere proporcionarle apoyo en el momento preciso en que aquél lo requiere.

La función materna

A partir de estas consideraciones es posible agrupar en tres categorías la función de una madre suficientemente buena en las primeras etapas de vida de su hijo:

Sostenimiento (Holding).

Manipulación.

Mostración de objetos.

I) La forma en que la madre toma en sus brazos al bebé está muy relacionada con su capacidad para identificarse con él. El hecho de sostenerlo de manera apropiada constituye un factor básico del cuidado, cosa que sólo podemos precisar a través de las reacciones que suscita cualquier deficiencia en este sentido. Aquí cualquier falla provoca una intensa angustia en el niño, puesto que no hace sino cimentar: la sensación de desintegrarse, la sensación de caer interminablemente, el sentimiento de que la realidad externa no puede usarse como reaseguración, y otras ansiedades que en general se describen como "psicóticas".

II) La manipulación contribuye a que se desarrolle en el niño una asociación psicosomática que le permite

percibir lo "real" como contrario a lo "irreal". La manipulación deficiente milita contra el desarrollo del tono muscular y contra lo que llamamos "coordinación", y también contra la capacidad del niño para disfrutar de la experiencia del funcionamiento corporal y de la experiencia de SER.

III) La mostración de objetos o realización (esto es, hacer real el impulso creativo del niño) promueve en el bebé la capacidad de relacionarse con objetos. Las fallas en este sentido bloquean el desarrollo de la capacidad del niño para sentirse real al relacionarse con el mundo concreto de los objetos y los fenómenos.

En síntesis, el desarrollo es producto de la herencia de un proceso de maduración, y de la acumulación de experiencias de vida, pero no tiene lugar a menos que se cuente con un medio favorable. Dicho medio tiene al comienzo una importancia absoluta, y más tarde sólo relativa, y es posible describir el curso del desarrollo en términos de dependencia absoluta, dependencia relativa y tendencia a la independencia.

Resumen

He intentado describir aquí la relación madre-bebé, pero sobre todo en lo que atañe a este último, en quien lo que encontramos no es en realidad una identificación, sino algo no organizado que se va organizando en condiciones sumamente especializadas y va separándose gradualmente de la matriz favorable. Esto es lo que se forma en el vientre y lo que gradualmente evoluciona hasta convertirse en un ser humano. Pero no es algo que pueda llevarse a cabo en un tubo de ensayo, por grande que éste sea. Somos testigos, si bien no oculares, de la evolución de la experiencia inmadura de la pareja formada por el lactante y su madre, una sociedad madre-bebé en la que la primera, en virtud de una suerte de identificación, se pone en contacto con el estado original de indiferenciación del niño. Sin ese estado especial de la madre al que me he referido aquí, el niño no puede salir verdaderamente de su estado original, y lo que puede suceder entonces, en el mejor de los casos, es el desarrollo de un falso self que oculta todo posible vestigio de un verdadero self.

En nuestra labor terapéutica son incontables las veces en que nos encontramos ligados a un paciente; pasamos por una fase en la que somos vulnerables (como lo es la madre) debido a esa participación nuestra; nos identificamos con el niño que depende temporariamente de nosotros en grado alarmante; observamos cómo el niño se va desprendiendo de su falso self; presenciamos el comienzo de un verdadero self, un self verdadero con un yo que es fuerte porque, tal como lo hace la madre con su bebé, hemos podido proporcionarle apoyo yoico. Si todo sale bien, tal vez descubriremos que un niño ha surgido, un niño cuyo yo puede organizar sus propias defensas contra las ansiedades inherentes a los impulsos y las experiencias del ello. Un "nuevo" ser está naciendo, merced a nuestro trabajo, un verdadero ser humano capaz de tener una vida independiente. La tesis que propongo aquí es que lo que hacemos en la terapia equivale a un intento de imitar el proceso natural, que caracteriza la conducta de cualquier madre con respecto a su propio bebé. Si estoy en lo cierto, la pareja madre-bebé es la que puede proporcionarnos los principios básicos para fundamentar nuestra labor terapéutica, cuando tratamos niños cuyo temprano contacto con la madre fue deficiente o se vio interrumpido.

Biblioteca D. Winnicott

La píldora y la luna

(Esta conferencia fue pronunciada en la Liga Progresista el 8 de noviembre de 1969) [\(1\)](#)

En realidad yo nunca tomé la píldora, y es muy poco lo que sé al respecto. Pero cuando me pidieron que hablara sobre ella pensé que era una idea estupenda, y al principio parecía que era exactamente lo que yo deseaba hacer hablar de la píldora y del yo progresista.

Creo que lo que me falta es inclinación por la propaganda. Sería agradable tenerla y entregarse a ella con entusiasmo y esperar que como resultado de lo que uno dice nadie volverá a tomar la píldora o nadie dejará de tomarla.

Hace unos años expresé mi punto de vista en algo que publiqué en New Society [\(2\)](#) sobre la fase de apatía y desaliento de la adolescencia, pero, por supuesto, era un ensayo muy avanzado para la época, ya que las cosas cambian muy rápidamente, ¿no creen? Hace unos diez años la gente decía que muy pronto la píldora sería razonablemente segura y accesible y que cambiaría el panorama para los adolescentes y para todos los padres. Lo ha hecho, en efecto, y es difícil recordar el tiempo en que no era así. Lo interesante es pensar en cómo encaja esto imaginativamente en el esquema de las cosas. Supongo que no hemos cumplido realmente nuestra tarea en lo que se refiere al aspecto imaginativo de la cuestión.

Días pasados me tomé un respiro -tenía muy pocos pacientes-, me senté en el suelo, que es el mejor lugar para sentarse, con un bolígrafo y un papel, y pensé: ahora haré un bosquejo de lo que voy a decir el sábado. Es fácil, porque sé lo que quiero decir, conozco los límites y las cosas que debo anotar, a, b, c, etcétera. ¡Y en todo el día no pasó nada! Lo único que resultó fue una poesía. Y la voy a leer para ustedes porque me sorprendió, pero yo no sé escribir versos, de modo que realmente no tiene ninguna utilidad. Le puse por título "La muerte silenciosa".

*¡Oh tonta píldora para gente sana!
¿Por qué no esperar a conocer la voluntad de Dios?
Lo que está vacío con el tiempo se llenará
Y la colina preñada será arrasada.
¡Hombres! Sálganse con la suya, háganle un Jack a Jill.
¡Muchachas! Beban cuanto deseen de su clorofila.
No teman un percance, saben lo que tienen que hacer,
conocen una apacible y silenciosa forma de matar... la píldora
De modo que, ciertamente, tomaré mi pluma:
no pierdan el tiempo con la tonta píldora.
Simplemente esperen hasta que lo que tenga que suceder suceda
Y entonces paguen la factura.*

Era algo que tenía en la mente cuando comencé a escribir. Me recordó el proceso de hacer algo con un trozo de madera. Es como si pensáramos "Voy a hacer una escultura de madera", y tomáramos una gubia y un pedazo de madera de olmo y trabajáramos en él y de pronto tuviéramos la talla de una bruja frente a nosotros. Esto no significa que nos propusiéramos hacer una bruja; más bien la actividad en el medio alteró lo que estábamos haciendo y terminamos sorprendiéndonos a nosotros mismos. Comprobamos que nos salió una bruja porque el olmo hizo que las cosas sucedieran así. El proceso se puede trasponer a cualquier otra cosa -a cualquier forma artística-, incluso si resulta un poema tonto, como el mío. Nos provoca sorpresa porque hemos hecho algo inesperado. Por lo tanto, pongamos el poema a un lado y veamos qué ocurre con él.

Ahora volvamos al otro lado de las cosas: la lógica consciente. Gran parte de nuestra vida es decididamente tediosa y demasiado simplificada porque olvidamos el inconsciente, lo hacemos a un lado o nos acordamos de él sólo los domingos por la mañana. Determinamos qué es lo lógico: tenemos que hacerlo. Somos gente civilizada, utilizamos nuestro intelecto, nuestra mente y nuestra objetividad. Tenemos capacidad para prever cuántas personas habrá en el mundo en el año 2000, y exactamente en qué fecha en la India ya no cabrá un alfiler. Pero no necesitamos trasladarnos a la India: podemos estimar en qué fecha ya no cabrá un alfiler en Londres. Ya estamos llegando a eso en lo que se refiere a los automóviles.

De modo que podemos pensar en función de la lógica de la situación: ¿es lógico tener muchos hijos (prescindiendo de si la gente está en condiciones de criarlos), y es lógico abarrotar nuestro país con un exceso de niños? Y podemos decir: "No, no lo es". Muy bien; entonces cada pareja tendrá sólo dos hijos, o tres en caso de que alguno sea mongólico o muera de poliomielitis. Pero alguien dirá: "Entonces tengamos cuatro en caso de que yo desee muchísimo un varón y haya tenido tres niñas en serie". Sea como fuere, las cifras empiezan a subir nuevamente, y muy pronto estaremos de vuelta en el punto de partida, cuando teníamos tantos hijos como vinieran. Y tal vez ustedes comprueben que están comenzando a formarse una opinión sobre sus inhibiciones - sus inhibiciones sexuales, que quizá lleven a que no haya más niños- y de pronto descubran que están hablando de lo puramente inconsciente. En cierto sentido las inhibiciones sexuales son tan interesantes, constructivas y útiles a la sociedad como las compulsiones sexuales, de modo que todos nos estamos describiendo recíprocamente y esperando no salir demasiado mal librados.

Ustedes han reflexionado mucho sobre el tema y no necesito referirme a cosas que ya saben. Estamos hablando de la población mundial, de la capacidad de ganar dinero y de educar a nuestros hijos, y dé si queremos proporcionarles una educación común o tenemos que ser capaces de enviarlos a lo que, a nuestro juicio, es una escuela que conviene a este niño particular pero podría no convenir a nadie más. Todo gira en torno de pensar detenidamente las cosas, y a Dios gracias tenemos un cerebro y podemos pensar detenidamente las cosas y obrar en consecuencia. La lógica del asunto nos lleva a reconocer que es sensato no tener una cantidad ilimitada de hijos, y esta opinión quizá la comparta incluso alguien que haya tenido una docena. Hay un modo de analizar esta cuestión de pensar cuidadosamente y de lo que ocurre en realidad, y nos damos cuenta de que la correlación entre ambas cosas no es muy elevada. Pensamos cuidadosamente y vemos lo que ocurre y las dos cosas se relacionan de un modo nuevo.

Por lo tanto, veamos ahora un caso. Se trata de una muchacha de 16 años; lo que necesitaba de mí era que le dijese que tenía una lesión cerebral. Comenzó la vida con una desventaja: al nacer estaba azul porque tenía el cordón umbilical enrollado en el cuello. Estuvo a punto de morir, y cuando superó el trance sus células cerebrales habían sufrido un daño. No estaba muy dañada: tenía simplemente una personalidad superficial contra la que había estado luchando durante toda su vida. Tan pronto como ingresaba en una escuela, todo el mundo le decía: "Si te esforzaras podrías hacerlo mejor". De modo que ella se esforzaba e intentaba mejorar una y otra vez, pero nadie le decía: "Todo esto tiene poco que ver con el problema". Era muy bonita y atractiva y muy precoz emocionalmente. Cuando vino a verme traía un libro y me dijo: "Estoy leyendo este libro y me parece muy interesante", y el libro era interesante. Pero uno podía darse cuenta de que a ella le resultaba difícil ver en el libro lo que hubiéramos visto ustedes y yo, porque no podía captarlo, no lo captaba, no del todo.

Jugamos a hacer garabatos entre ambos, alternándonos, y a uno de sus garabatos obviamente había que

convertirlo en una cabeza y un cuerpo, y había una cosa en él, una cuerda. Le dije: "Hay una cuerda alrededor de ese niño, hay una soga alrededor de su cuello". Ocurrió por casualidad cuando jugábamos de ese modo, y seguimos el juego. Entonces me dijo: "A propósito, yo nací con un cordón alrededor del cuello". Se lo habían contado. "Mira", le contesté, "aquí está dibujado". "¿De veras?", dijo. A ella el dibujo no le había hecho pensar en eso. Pero en el transcurso del juego surgió ese material, y haciendo averiguaciones me enteré de que había sucedido realmente; no se trataba de una leyenda familiar. De modo que hablamos sobre ello y le dije: "Mira (no intenté protegerla), naciste con esa cosa alrededor del cuello, estabas azul y quedaste dañada al nacer, y has estado luchando y tratando de progresar a pesar de eso. Tienes una capacidad cerebral limitada, pero es un problema que a veces mejora con el tiempo, y si eres capaz de esperar tal vez descubras que puedes hacer algo al respecto; aún no lo sé. Pero el hecho es que tu problema no consiste en que no te estés esforzando, sino en que tienes el cerebro dañado". Volvió a su casa, y su reacción fue decirle a la gente: "Creo que alguien me entendió por fin". De una situación enormemente compleja surgió tan sólo eso, y a partir de entonces las cosas cambiaron para ella. Establecimos una relación muy buena; ahora me puede usar y hago que la cuiden de modo que pueda llevar una vida normal, sin que nadie espere de ella que haga lo que no puede hacer, porque se requeriría un grado de rendimiento en su personalidad y en su capacidad intelectual que está fuera de su alcance.

De tanto en tanto tiene crisis terriblemente agudas, y cuando eso sucede trastorna a la familia y a quienquiera que esté cerca, incluso a los animales. Sus padres no la pueden tener en la casa porque, aunque la quieren mucho, no soportan que su hogar se vea súbitamente perturbado cuando ella se enfrenta con algo que es incapaz de tolerar. De modo que un día me telefonearon y me pidieron que la fuera a ver, lo que hice de inmediato. El motivo de la crisis era el siguiente (ahora volvemos al tema de la píldora). Ella había ido a una fiesta. No suele hacerlo porque es muy atractiva y siempre hay alguien que lo advierte sin tardanza, y a los diez minutos lo está pasando estupendamente y la fiesta es magnífica, pero, ¿qué pasa luego? Ella no es capaz de manejarlo. Tiene ideas muy firmes acerca de lo que le agrada y de lo que le desagrada, de lo que está bien y lo que está mal, y también instintos muy fuertes. Pero esta vez conoció a un hombre que le gustaba. Eso era lo importante. Lo que le hacía muy difícil rechazarlo. De modo que si después de la fiesta no se acostaba con él, no habría sabido cómo enfrentar la frustración; no es capaz de hacerlo mediante el trabajo del sueño ni de otro modo. Permaneció con él toda la noche pero lo rechazó, y él la respetó. Ella se sintió destrozada, desilusionada porque él no la había violado, asumiendo toda la responsabilidad; también porque lo respetaba y sabía que si sus amigos se enteraban de que había pasado la noche con ella y no la había poseído, lo despreciarían. Lo había puesto en la situación de tener que volver a su casa y mentir o bien decir: "Ella no quiso", lo que no sería nada bueno. Respetaba todo esto, se sentía destrozada, en un estado terrible, y había trastornada a sus familiares, quienes, aunque habituados a esas situaciones, estaban desorientados. Dicho sea de paso, el hombre era negro, un africano, lo cual no parecía establecer ninguna diferencia para la familia. No era ésa la raíz del problema, aunque a ella la excitaba la idea de hacer el amor con un negro. Pero esto es algo que habría que analizar por separado.

De modo que el hombre actuó con corrección, y eso la trastornó hasta el frenesí y al mismo tiempo le produjo un tremendo alivio; estaba desgarrada por un conflicto que no podía dominar.

"Sabe". me dijo. "el problema es que todo esto no tiene nada que ver con el sexo; tiene que ver con la píldora. Todas mis amigas toman la píldora. Si yo no puedo tomarla me siento inferior y pueril." Sus padres le habían dicho que sólo podría tomar la píldora cuando, después de haber estado en tratamiento durante algún tiempo, iniciara una relación con alguien con quien fuera a convivir. Pensaban que era un buen recurso para aplazar la cuestión, de modo que le dijeron: "Nada de píldoras todavía, y nada de anticonceptivos; tienes que contenerte". En realidad, el caso es que para esta chica de 16 años la píldora era un tremendo símbolo de status. Si hubiera estado tomando la píldora, se habría sentido bien. Las personas como ella piensan que si algo fuera diferente, todo estaría bien. "Si tuviera la píldora", me dijo, "no la tomaría; pero tengo que tenerla. Y si mi dicen que tengo sólo 16 años y que no puedo usarla, tengo que ir y conseguirla. Puedo conseguirla, y entonces la tomaré, y eso es todo." Ella es así porque todo está exagerado por el hecho de que su realidad interna carece de una profundidad que le facilite elaborar las cosas.

Cuando ingresó en el establecimiento al que concurre ahora, que es bastante bueno, vino a verme y me dijo: "He pasado el día más hermoso de mi vida". "¿Qué hiciste?", le pregunté, pensando que habría hecho el amor con una serie de negros. "Caminamos por la orilla de un arroyo encantador y atrapamos renacuajos", me contestó. Sin embargo, desde su punto de vista, no tener la píldora y que se la le prohibieran era algo intolerable. Todo estaba exagerado. Creo que a veces podemos mirar las cosas de ese modo y comprender.

Les hablaré de otro caso. Una mujer muy inteligente, que en su niñez había sufrido depravación, viene a verme con regularidad. Se casó y tuvo hijos, pero actualmente está divorciada y se siente muy sola. Al mejorar con el tratamiento comenzó a soltarse un poco, y entonces un hombre la invitó a cenar. Bien, ella ahora es libre, puede salir a cenar, se sintió muy contenta con la invitación. Y entonces, por supuesto -no me explico cómo llegan a ocurrir esas cosas-, de un modo u otro se encontraron juntos en una habitación. "No sé en qué piensa la gente en estos días", me dijo. "En 1969 parecen pensar que todo el mundo toma la píldora. No he pensado en el sexo durante diez años y no tomo la píldora. El no llevaba consigo ningún anticonceptivo, de modo que tuve que recurrir al viejo pretexto de la menstruación". Pero la idea le parecía muy extraña, ¿comprenden? Decía: "¿Qué cosa más rara! Un hombre quiere dormir con una mujer y presume que ella toma la píldora. Es el lenguaje de 1969, ¿no es así?". Esto tiene que ver con el hecho de considerar las cosas desde el punto de vista de la lógica, aunque la mujer de quien les hablo es muy inteligente y puede considerarlas desde diferentes puntos de vista.

Lo que intento mostrarles es que en mi opinión hay una zona no resuelta en la que la lógica y los sentimientos, la fantasía inconsciente y demás no concuerdan. No se relacionan adecuadamente entre sí, no se aclaran recíprocamente y tienen que mantenerse separados, y nosotros debemos tolerar las contradicciones. Por supuesto, podemos resolver cualquier problema refugiándonos en el área del intelecto escindido. Allí, en algún lugar, estamos libres de sentimientos: somos dialécticos, podríamos decir. Oponemos esto a aquello y de ese modo resolvemos cualquier problema imaginable. O lo resolveremos algún día. Pero si no nos refugiamos en el intelecto escindido, ¿no creen que tendríamos que decir: "Bien, algunos problemas son insolubles y debemos tolerar las tensiones"? Es lo que estoy tratando de mostrar con el ejemplo de la muchacha que tenía limitaciones porque al nacer había sufrido una lesión cerebral. Le resultaba difícil tolerar las tensiones que inevitablemente nos acompañan y que hacen que dudemos de todo y que valoremos la duda. Porque la certidumbre y la cordura son terriblemente aburridas. Por supuesto que la locura también lo es, pero hay algo que la mayoría de las personas pueden tolerar en cierta medida: la incertidumbre.

Deseo referirme ahora a algo sobrecogedor, aunque seguramente ustedes ya se lo habrán dicho a sí mismos, de modo que lo que voy a decir no tiene nada de destacado ni de original. Digo que estamos hablando de matar bebés. No de matar bebés porque sean anormales, porque sean mongólicos, espásticos o defectuosos. A los que lo son los protegemos sin demora, les prodigamos cuidados especiales, nos ayudamos mutuamente para hacerlo. Estamos hablando de matar bebés al margen de esta complicación. Es un tema delicado, y de inmediato comprobamos que no queremos pensar en él. Estamos hablando de la lógica de Malthus y de su sensatez, y no queremos que nos fastidien con todo eso. Pero, les pregunto, ¿no tendría que preocuparnos esta cuestión?

Cuando era niño y tenía ratones, si manoseaba a las crías, la madre decía: "Bien, los devolveré al lugar de donde salieron", de modo que se los comía y empezaba de nuevo. Los gatos hacen lo mismo. No creo que lo hagan los perros, pero a los perros se les ha enseñado durante un millón de años a no ser lobos, de modo que están domesticados, a menos que tengan la rabia. Creo que mi ratona estaba resolviendo el problema cuando decía: "No necesito de ninguna píldora, porque si me parece que estos bebés no van a poder crecer en un ambiente adecuado, que huelen como las manos de ese niño, simplemente me los como y empiezo de nuevo". Así de sencillo. Creo -aunque no estoy seguro, porque en estos casos es difícil deslindar la realidad de la mitología- que hubo una época en que los aborígenes de Australia se comían a algunos de sus hijos (3). Esta era su manera de resolver el problema de población. Y no lo hacían porque odiasen a los niños. De lo que estoy hablando es de que cuando se considera que el ambiente no puede proporcionar los recursos necesarios para sostener a tantos niños, siempre se encuentra un método, sea cual fuere. Hasta hace poco el mundo contaba con un método muy bueno. Las personas morían como moscas de disentería y otras enfermedades, pero vinieron los médicos y dijeron: "No tienen por qué morir de disentería, malaria, ni ninguna otra enfermedad o

epidemia". Por lo tanto, debe pensarse en la población de otro modo, porque ya no es posible dejar que Dios se encargue de matar a todo el mundo, por así decirlo, aunque, por supuesto, podemos hacer la guerra y la gente puede matarse entre sí de esa manera.

Si hemos de ser lógicos, tendremos que abordar un tema difícil: ¿a qué bebés mataremos? ¿A partir de qué edad se los puede considerar seres humanos? La mayoría de las personas están de acuerdo en que cuando nacen a término son seres humanos. Por consiguiente, no los mataremos. Entonces pensamos en el período inmediatamente anterior al nacimiento y decimos: "No mataremos a los bebés viables". Acudimos a los médicos y les preguntamos: "¿A qué edad es viable un bebé?". Y ellos dicen que es viable cuando tiene un peso determinado, un kilo ochocientos, un kilo cuatrocientos, un kilo doscientos, y gradualmente siguen rebajando, como en una subasta a la inversa. De modo que pedimos la opinión de los médicos en cuanto a qué es homicidio y qué no lo es, retrocedemos un poco más en el tiempo y decimos: "De acuerdo. Aborto. Está decidido".

Justamente ahora estoy asesorando a una joven que es feliz en su matrimonio pero también muy inestable, y cuando su marido fue reclutado y enviado al Este supe que ella no sería capaz de manejar la situación. Por lo tanto no me sorprendí cuando me llamó por teléfono y me dijo: "Mire, estoy embarazada, no me gusta el hombre, odio la idea de romper mi matrimonio y me siento aterrada". No pude comunicarme con el padre inmediatamente y por lo tanto hice que abortara. Lógicamente todo el mundo está muy contento de que así haya sido, y la joven estaba en condiciones de recibir a su marido cuando éste regresó, y tuvieron otros dos hijos y el hogar no quedó desbaratado por la presencia en él de un extraño nacido de una aventura amorosa no deseada que ella no pudo evitar porque no tiene capacidad para soportar ciertas cosas que le suceden.

Todo es muy lógico. Pero, ¿y la joven? Aún se siente acongojada por haber dado muerte al niño que llevó durante tres meses en su seno, pero puede soportarlo, y puedo hablar con ella al respecto y ella sabe que se siente muy mal por lo que pasó. De modo que no se trata sólo de lógica, ¿no es así? Hubo un homicidio. Estamos hablando de algo realmente tremendo.

Retrocediendo más aún en el tiempo, está el caso de una muchacha a quien se le pidió, cuando tenía 18 años, que colaborara en un hospital psiquiátrico. El hospital estaba ansioso por ayudar a todos los jóvenes internados en él, de modo que la pusieron en estrecho contacto con un joven, un esquizofrénico, y ella le hizo mucho bien, les puedo asegurar. Sólo que, al mismo tiempo, quedó embarazada. La madre de la chica pensó que el hospital había actuado con mucha irresponsabilidad y le prohibió a la hija que siguiera yendo a ayudar en el sector. Y dijimos: "Bien, esta joven debe abortar sin pérdida de tiempo". Hice todos los arreglos, y tuve que insistir, porque lo que sucede en estos casos es que los médicos dicen: "Hay que pensarlo bien", y uno vuelve dos meses después y la madre ya ha comenzado a orientarse hacia el bebé, y para entonces un aborto resultaría traumático. A menudo ya es demasiado tarde y después ella tendrá que cargar con un bebé no deseado y habrá en el mundo un bebé que no fue deseado, lo cual es un terrible problema. Como quiera que sea, apresuré las cosas y sorteé todos los obstáculos, y la joven se libró del bebé cuando aún no había comenzado a orientarse hacia él. De modo que está muy bien y no experimenta culpa gracias a que se hizo todo eso. Actualmente proyecta casarse con el joven ex esquizofrénico y piensan tener hijos cuando se sientan más afirmados.

Lo que pido es que retengamos el aspecto emocional y fantaseado de las cosas sin privarnos del extremo de la lógica, porque creo en la objetividad y en mirar de frente las cosas y hacer algo al respecto, pero no en cultivar el aburrimiento olvidando la fantasía inconsciente. Esta no es muy popular, ya se sabe. Nadie muestra menos tolerancia hacia ella que el público corriente. El extremo de la lógica nos ha dado la píldora y su uso, y sé que es muy importante y me doy cuenta de que el mundo puede usarla. Pero lo que sugiero es que todos nos sintamos insatisfechos si eso es todo lo que hacemos al respecto, y tenemos que advertir que la píldora es lo que he llamado "La muerte silenciosa". Mi "poema" encierra una buena dosis de conflicto y no resuelve nada, pero me lleva en forma inesperada a lo que no sabía en absoluto que iba a decir: que en la imaginación la píldora es la muerte silenciosa de los bebés. La gente tiene que ser capaz de experimentar sentimientos al respecto.

Conozco bien el tema porque me ocupo de los niños. Veamos lo que ocurre con el hijo menor de una familia. He comprobado que ese niño ha matado a todos los otros que no nacieron después de él. En muchos casos debe hacer frente a un terrible sentimiento de culpa por haber matado a todos los otros niños. De modo que todo esto nos resulta familiar una vez que nos hemos habituado a la fantasía que impera en la vida de los niños.

Tal vez piensen que lo que he estado diciendo es: "Muy bien, vamos a poner en claro que la píldora mata bebés, de modo que, por supuesto, no debemos usarla"; pero no es así. Digo tan sólo: "De modo que, por supuesto, reconocemos que en ocasiones decimos; `Sí, matamos bebés, pero lo hacemos de una manera tremendamente respetable". No porque los odiamos; no se trata de eso. Matamos bebés porque no podemos proporcionarles un ambiente adecuado en el que puedan crecer. Pero abordamos cosas muy primitivas cuando recurrimos a la destrucción, la cual se vincula a las relaciones objetales. En cierto sentido son las relaciones objetales, más que el odio, lo que lleva a la destrucción.

Mi problema es que no puedo orientarme hacia un tema sin concentrarme y desarrollar tensión, y cuando estoy hablando sobre un tema en cualquier parte, al igual que otras personas, sueño con él. Anoche tuve dos sueños. En el primero, yo estaba en una reunión. No como ésta, sino más bien como el congreso psicoanalítico celebrado este año en Roma, al que no asistí. Había allí una familia completa: hombres, mujeres y niños. Había muchísima gente. Todo estaba saliendo bien cuando de pronto la hija de la familia irrumpió como una tromba. Entró precipitadamente y se puso a telefonar a todos lados, incluso al hotel, diciendo: "¡Mamá perdió su cartera! (quiero que entiendan esto: tal vez la vuelva a encontrar, pero mientras esté perdida todos tenemos que buscarla)". Todo el mundo se declaró en huelga -nada de congreso, nada de nada- y se puso a buscar la cartera de mamá.

He aquí, pues, algo que debemos tolerar si pensamos en el contenido imaginativo de usar la píldora: lamentablemente, no puede impedirse que incluya la fantasía de que la mujer pierde su feminidad.

El otro sueño fue, creo, un sueño masculino. Me interesó porque había un objeto blanco muy hermoso: la cabeza de un niño. No era una cabeza esculpida, sino la representación bidimensional de una escultura. En el sueño me dije a mí mismo: "El efecto de claroscuro está tan bien logrado que podemos despreocuparnos del grado de exactitud con que se ha representado esa cabeza y reflexionar sobre algo más que está allí implícito: el significado de lo claro y lo oscuro". Antes de despertar me dije también: "No tiene nada que ver con lo blanco y lo negro del problema de los negros, sino con un nivel más profundo: lo blanco y lo negro que hay en el ser humano". De eso se trataba.

Y entonces comprendí -ya que actualmente me levanto a menudo durante la noche y me agrada mucho la Luna- que sin duda se trataba de la Luna. Y también supe que era la Luna porque de pronto pensé: "¡Maldición! ¡Hay una bandera norteamericana allí!". Y cuando empecé a recuperar la lógica me di cuenta de que había vuelto al tema de la menstruación y de la mujer que dijo: "Tuve que recurrir de nuevo a la menstruación". El hecho es que aquí estamos frente a algo muy primitivo que tiene que ver con la Luna y su relación con las mujeres y con el modo como el mundo se ha desarrollado. Terminé diciendo: "La prueba que debe superar nuestra civilización en la actualidad -la prueba cambia de día en día-, la prueba hoy es: ¿podemos, como poetas, recuperarnos del alunizaje norteamericano?". Dice la canción: "Te di la Luna, muy pronto te cansarás de ella". Yo ya estoy cansado de ella, totalmente. Pero cuando los poetas comiencen a escribir nuevamente sobre la Luna como si nadie la hubiera hollado, como si significara muchas cosas -como significa para ustedes y para mí cuando la vemos en el cielo, cuando vemos sus fases, su majestad y su misterio-, entonces podremos volver a la época en que desentrañábamos lo que todo ello significa, en que sabíamos lo que significan lo claro y lo oscuro. Si somos capaces de volver a la poesía y recuperarnos del desembarco norteamericano en la Luna antes de que lo hagan en Venus, podremos creer que aún hay esperanzas para nuestra civilización. Curioso modo es éste de terminar mi conferencia cuando en realidad estoy hablando de la píldora. Pero desde mi punto de vista, como nunca vi una y ciertamente nunca la he tomado, la píldora podría muy bien parecerse a la Luna. Tal vez sean cosas de mi imaginación.

Alunizaje

*Se dice Que llegaron a la Luna
Plantaron una bandera una
bandera rígida, por supuesto
(allí no soplan los dioses)*

II

*Listos y audaces
Yo hubiera temido
Sentido pánico
Dudado
Cometido un error
Perdido el conocimiento
Saltado, gritado, reído, sufrido
Un ataque de nervios
Pero no ellos*

III

*¿Qué Luna?
Imaginaron un espacio,
Idearon, en una computadora,
Una complejidad casi infinita, y entonces
Exploraron su finitud. Después
Hicieron pie en ella, plantaron una bandera rígida,
Y volvieron a casa llevándose unas piedritas,
pero no para que jueguen los niños*

IV

*¿Acaso algo ha cambiado?
¿Es ésta la pauta del triunfo del hombre,
el sello de su grandeza,
el punto culminante de la civilización,
lo que dará impulso a la vida cultural humana?
¿Es éste el momento de entronizar un dios
que se siente complacido por sus esfuerzos creativos?*

V

*No para mí
Esa no es mi Luna
Símbolo de la fría pureza*

*Señora de las mareas
La que regula las fases del cuerpo femenino
el faro inconstante pero predecible para el pastor astrónomo,
que variablemente ilumina la negra noche
o engendra murciélagos, fantasmas, brujas
y cosas que espantan*

VI

*Esa no es la Luna de la ventana mágica
Del sueño personal de Julieta en el balcón
(Voy, nodriza)*

VII

*Mi Luna no tiene una bandera
Ninguna bandera rígida
Su vida está en su activa belleza
En su luz variable
En su luminosidad.*

.

.

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

La psicología de la locura: una contribución psicoanalítica, 1965

Trabajo preparado para la Sociedad Psicoanalítica Británica, octubre de 1965.

L'La práctica del psicoanálisis durante treinta y cinco años no puede sino dejar sus huellas. En mi caso, hubo cambios en mi formulación teórica que traté de enunciar a medida que se iban consolidando en mí. Con frecuencia, lo que yo descubría ya había sido descubierto, y hasta mejor enunciado, por Freud o por otros psicoanalistas, o por poetas y filósofos, lo cual no me ha disuadido de continuar escribiendo (y de leer ante algún público, cuando dicho público existe) la última criatura de mi cerebro.

En este momento estoy enfrascado en la idea de que la teoría

psicoanalítica tiene algo que aportar con respecto a la teoría de la locura, o sea, la locura que se presenta clínicamente ya sea bajo la forma del miedo a la locura, o como alguna otra especie de manifestación insana. Trataré de enunciar esto, aunque termine comprobando que sólo estoy enunciando algo que es (psicoanalíticamente) obvio.

Nosotros tenemos la única formulación realmente útil que existe sobre la forma en que el ser humano se desarrolla psicológicamente desde el ser inmaduro y absolutamente dependiente que es al comienzo hasta el adulto maduro y relativamente independiente. La teoría es demasiado compleja y resulta difícil enunciarla de modo sucinto, y sabemos que hay grandes lagunas en nuestra comprensión. No obstante, la teoría existe, y con ella el psicoanálisis ha hecho una contribución que goza de aceptación general, aunque habitualmente no es reconocida.

A menudo se ha dicho, con referencia a la teoría psicoanalítica, que en el desarrollo del niño normal hay un período de psiconeurosis. Sería más correcto sostener que en el apogeo de la fase del complejo de Edipo, antes de que se inicie el período de latencia, es previsible que se presenten toda clase de síntomas en forma transitoria. En rigor, a esta edad la normalidad puede describirse en función de esa sintomatología, de modo tal que la anormalidad se asocia con la ausencia de algún tipo de síntoma o la canalización de la sintomatología en una dirección única. En esta fase no son las defensas mismas las que constituyen la anormalidad, sino su rigidez. Las defensas en sí no son anormales, y el individuo las organiza a medida que emerge de la dependencia hacia una existencia independiente, basada en el sentimiento de identidad. Esto pasa a primer plano de una manera nueva y significativa en la adolescencia.

Es en esta fase cuando la provisión cultural, tal cual se manifiesta

esta en el ambiente inmediato del niño o en las pautas familiares, altera la sintomatología, aunque desde luego no produce las mociones y angustias subyacentes. Lo que en este contexto se llaman "síntomas" no tendría que ser denominado así en la descripción de un niño, ya que la palabra síntoma connota patología. Cabe mencionar dos cuestiones colaterales. Una de ellas, muy interesante, es expuesta por Erik Erikson, quien muestra que una comunidad puede moldear lo que aquí llamamos sintomatología en direcciones que a la larga resultan valoradas positivamente por dicha comunidad (1). La segunda tiene que ver con el efecto de una ruptura del ambiente inmediato del niño en esta etapa, que lo vuelve incapaz de desplegar toda la variedad de síntomas apropiados, o lo obliga a adecuarse a algún aspecto del medio o a identificarse con él, perdiendo así experiencia personal.

A este amplio ámbito de manifestaciones pertenecientes al período de prelatencia es aplicable la temática de la sintomatología perversa polimorfa de la niñez, descrita por Paula Heimann (2); manifestaciones que denominaríamos síntomas si se presentaran clínicamente cuando el individuo ya ha alcanzado la edad en que, según se presume, es un adulto. Es comprensible que surgiera la idea de que, según la teoría psicoanalítica, todos los niños son psiconeuróticos, pero un examen más atento revela que esto no forma parte de la teoría. No obstante, podemos diagnosticar enfermedad en niños de esta edad, y a esa enfermedad habría que llamarla psiconeurótica porque no es psicótica; y comprobamos que la base de nuestro diagnóstico no es la observación de la sintomatología sino una evaluación cuidadosa de la organización defensiva, en especial su rigidez generalizada o localizada.

Con la extensión posterior de la teoría psicoanalítica debido a los nuevos trabajos sobre la psicología del yo y sobre el estadio de dependencia absoluta del niño respecto de su madre; etc., hemos llegado a una nueva temática: Alcanzamos diversas teorías que conectan la práctica psicoanalítica con la terapia de la psicosis. En

este contexto se entiende por "psicosis" la enfermedad que tiene su punto de origen en las etapas del desarrollo individual anteriores al establecimiento de la pauta de la personalidad individual. Es obvio que el auxilio del yo recibido de la figura o figuras parentales es de suprema importancia en esta primerísima etapa que, empero, puede describirse en función del, infante individual, a menos que haya una deformación producida por una falla ambiental o una anormalidad.

El psicoanálisis ha llegado ahora a ocuparse de la etiología de la enfermedad que está dentro del territorio de la esquizofrenia (adviértase que en este contexto es preciso saltar por encima de los problemas que plantea la etiología de la tendencia antisocial y de la depresión, cada una de las cuales exige un tratamiento por separado).

Hay una enorme resistencia, en especial entre los psiquiatras que no son de orientación psicoanalítica, a considerar que la esquizofrenia es psicológica, vale decir, que al menos teóricamente puede ser objeto de prevención y de curación. En cualquier caso, los psiquiatras tienen sus propios problemas. Cada uno de ellos debe atender una inmensa cantidad de casos graves, y está siempre amenazado por la posibilidad de que se suicide alguno de, los pacientes que se encuentran bajo su cuidado inmediato; además, están los pesados fardos asociados con la responsabilidad por la certificación acerca del estado del paciente, y con la prevención del asesinato y el maltrato de niños, por ejemplo. Por otra parte, el psiquiatra debe hacer frente a la presión social, ya que todos los individuos que tienen que ser protegidos de sí mismos o aislados de la sociedad quedan inevitablemente a su cuidado, y en definitiva no puede negarse a atenderlos, Puede rehusarse a atender. un caso, pero eso significará que tendrá que hacerlo algún otro colega. No cabe esperar que la psiquiatría acoja con beneplácito el estudio de un paciente psicótico individual, siendo que dicho estudio parece mostrar que la etiología de la

enfermedad no depende totalmente de la herencia, aunque la herencia y los factores constitucionales son a menudo importantes.

Sea como fuere, la tendencia imperante en el estudio psicoanalítico de la psicosis apunta a la teoría de un origen psicológico.

Curiosamente, parecería que en la primerísima etapa de las psicosis, o sea, cuando la dependencia es absoluta, no sólo opera el factor hereditario sino también un factor ambiental. Dicho en otros términos, las tensiones y sobrecargas internas propias de la vida e inherentes al vivir y al crecer parecen encontrarse, típicamente, en la normalidad relacionada con la psiconeurosis -que sería la evidencia de una falla-, mientras que al profundizar en la etiología del psicótico, uno se encuentra con dos tipos de factores externos: la herencia (que para el psiquiatra es algo externo) y la distorsión ambiental en la fase de dependencia absoluta del individuo. En otras palabras, la psicosis está vinculada con las distorsiones en la fase de formación de la pauta de la personalidad, en tanto que la psiconeurosis corresponde a las dificultades experimentadas por individuos cuyas pautas de personalidad pueden darse por sentadas, en el sentido de que están constituidas y son suficientemente sanas.

La extrema complejidad de la teoría o teorías sobre el desarrollo de la primera infancia ha llevado a la gente a formular un interrogante que es semejante a éste: "¿Son todos los niños neuróticos?". La nueva pregunta es: "¿Todo bebé está loco?". No es posible responder, a esta pregunta en unas pocas palabras, pero en primera instancia la respuesta tiene que ser sin duda negativa. La teoría no hace suya la idea de que exista una fase de locura en el desarrollo infantil. Sin embargo, hay que dejar abierta la posibilidad de que se formule una teoría en la cual cierta experiencia de la locura (cualquiera sea el significado atribuido a ésta palabra) sea universal; esto implicaría que, por más que un niño esté muy bien atendido en su muy temprana infancia, es imposible suponer que no haya habido oportunidades de que su

personalidad, tal como está integrada en un momento dado, sufriera una tensión excesiva. Debe concederse, no obstante, que en líneas generales hay dos tipos de seres humanos: los que no arrastran consigo una experiencia significativa de derrumbe o quebrantamiento psíquico en su muy temprana infancia y los que sí la arrastran, y por ende deben huir de dicha experiencia, flirtear con ella, temerle y, hasta cierto punto, estar siempre preocupados por esta amenaza. Cabe afirmar, verdaderamente, que esto nos es justo.

Importa enunciar ese hecho: el estudio psicoanalítico de la locura, sea cual fuere el significado de ésta, se realiza principalmente sobre la base del análisis de los llamados "casos fronterizos". No es probable que los progresos en la comprensión de la psicosis provengan del estudio directo de enfermos muy gravemente quebrantados por la locura. Así pues, la labor actual de los analistas está sujeta a la crítica de que lo que es válido para un caso fronteriza puede rí serlo para un caso de derrumbe de locura organizada. De todos modos; por el momento es preciso trabajar en lo que se pueda como desarrollo natural de la aplicación de la técnica psicoanalítica a los aspectos más profundamente perturbados de la personalidad de nuestros pacientes.

Parece improbable que haya alguna locura que corresponda enteramente al presente. Esta manera de concebir la locura recibió una importante corroboración de los trabajos sobre la parálisis general progresiva. Esta enfermedad causada por una perturbación orgánica del cerebro, pese a lo cual es posible hallar en la psicología del paciente una enfermedad que le pertenece específicamente a él y a su carácter y personalidad, cuyos detalles derivan de su historia temprana. Así también un tumor cerebral puede producir una enfermedad psíquica, que es como si estuviera latente en el individuo pero sólo pudo volverse manifiesta a raíz de la enfermedad orgánica.

Caso clínico: Un chico al que atiendo fue llevado al hospital porque en la escuela los demás niños habían empezado a intimidarlo. El desarrollo de esta tendencia a ser intimidado fue en él gradual y constante, y precisamente ese desarrollo constante hizo pensar en que tal vez existiera una causa física de enfermedad. Pocos meses después del momento, indefinido, en que comenzó el problema, ya era una persona que provocaba persecución y castigos. Padece de un quiste en la "silla turca" y a medida que éste fue aumentando de tamaño y dando origen a agresión intercranial con papiledema, se convirtió en un caso paranoide cabal. Extirpado el quiste, poco a poco volvió a ser como era antes de la enfermedad, ajeno a toda tendencia paranoide. El quiste no pudo empero ser totalmente extirpado, y después de unos años la enfermedad retornó junto con un nuevo aumento de tamaño de aquél.

En la actualidad, Ronald Laing y sus colaboradores están haciéndonos observar que la esquizofrenia puede ser el estado normal en un sujeto que ha crecido o está creciendo dentro de un ambiente dominado por personas con rasgos esquizofrénicos. El material clínico de Laing es muy convincente, aunque hasta ahora no ha hecho extensiva la argumentación lógica por él utilizada a un examen de la misma cuestión en términos de la relación parento-filial tal como se da en el período de dependencia absoluta o casi absoluta. Si ampliara su obra en esta dirección, estaría próximo a una elucidación significativa de la etiología de la esquizofrenia. Entretanto, está haciendo observaciones importantes sobre ciertos pacientes esquizofrénicos, y su labor puede ser aplicada ya al campo del manejo-tratamiento de algunos enfermos mentales a quienes se rotula de esquizofrénicos.

En mi artículo "La psicosis y el cuidado del niño", que produje en 1952, me sorprendí a mí mismo al afirmar que la esquizofrenia es una enfermedad generada por una deficiencia ambiental, o sea, una enfermedad que depende más que la psiconeurosis de

determinadas anormalidades del ambiente. Ciertamente es que hay asimismo poderosos factores hereditarios en algunos casos de esquizofrenia, pero debe recordarse que desde una perspectiva puramente psicológica los factores heredados son ambientales, o sea, externos a la vida y la experiencia de la psique individual. En dicho artículo yo me aproximaba más a una enunciación sobre la locura de lo que pretendo hacer aquí y ahora.

En mi enfoque de esta temática central pero muy simple, deseo incorporar también la idea del miedo a la locura. Este miedo es algo que domina la vida de muchos de nuestros pacientes. Sobre este tema, he escrito algo que puede considerarse como un axioma: la locura temida es una locura que ya ha sido experimentada. En mi opinión, este enunciado contiene una verdad importante, pero no es del todo verdadero. Es preciso modificarlo, lo cual me llevará al punto central del presente trabajo.

Prosiguiendo con el tema en estos términos, diré que una proporción significativamente grande de personas -algunas de las cuales están bajo atención analítica o psiquiátrica- viven en estado de miedo que puede reconducirse a un miedo a la locura: Tal vez cobre la forma de un miedo a la incontinencia, o a gritar, en público, o tal vez el individuo, sienta pánico -o miedo al pánico, que es peor aún-; puede experimentar asimismo la sensación de una catástrofe inminente, así como otros diversos miedos graves, cada uno de los cuales contiene un elemento ajeno a la lógica. Por ejemplo, un paciente puede estar dominado por un miedo a morirse que nada tiene que ver con el miedo a la muerte, sino que es exclusivamente un miedo a morirse sin que en ese momento haya nadie presente, o sea, nadie preocupado por él de un modo directamente derivado de las primerísimas relaciones parentofiliales. Estos pacientes pueden organizar su vida de manera de no quedar nunca a solas.

Al tratar de recibir lo que estos pacientes quieren comunicarnos

cuando le damos una oportunidad (como lo hacemos especialmente en el psicoanálisis), nos encontramos con un miedo a una locura que vendrá. Es valioso para nosotros, aun cuando no lo sea de hecho para el paciente, saber que el miedo no es a una locura que vendrá sino a una locura que ya ha sido experimentada. Es el miedo a un retorno de la locura. Cabría esperar que una interpretación de acuerdo con estos lineamientos mejoraría la situación, pero en verdad es improbable que cause algún alivio en el paciente, salvo en la medida en que a éste pueda aliviarlo la comprensión intelectual de lo que probablemente sobrevendrá en el curso ulterior del análisis. La razón de que no obtenga alivio es que a él le interesa recordar la locura experimentada. De hecho, puede insumir mucho tiempo recordar y revivir ejemplos de locura, que son como recuerdos encubridores. El paciente tiene necesidad de recordar la locura original, pero ocurre que ésta corresponde a una etapa muy temprana, antes de que se hubieran organizado en el yo los procesos intelectuales capaces de abstraer las experiencias catalogadas y presentarlas a la memoria consciente para su uso. En otras palabras, la locura que tiene que ser recordada sólo puede serlo reviviéndola.

Como es natural, cuando un paciente intenta revivir la locura se presentan enormes dificultades, una de las cuales es encontrar un analista que comprenda lo que está pasando. En el estado actual de nuestros conocimientos, es muy difícil para un analista recordar, ante esta clase de experiencia, que la finalidad del paciente es llegar hasta la locura, o sea, enloquecer dentro del -encuadre analítico; y que eso es para él lo más próximo al recordar. A fin de organizar el encuadre para ello, a veces el paciente tiene que enloquecer de una manera más superficial, o sea, tiene que organizar lo que la Dra. Little denomina una "transferencia delirante", y el analista debe aceptar esa transferencia delusional y entender cómo opera.

Por ejemplo, una niña que asiste a la escuela trae al análisis la idea

de que le dan demasiada tarea para el hogar y se siente sobreexigida. Lo trae como un material muy urgente, que contribuye a hacerle sentir una agonía extremada; con fuertes dolores de cabeza y horas enteras en que se la pasa gritando. Me ha podido confesar que, en realidad, su maestra no le exige demasiado, y también que no es tanta la tarea para el hogar. No es siquiera posible que al interpretarle yo mencione la idea de una maestra estricta que agobia a su alumna. En términos de la maestra y la tarea para el hogar, lo que esta paciente me está diciendo es que yo la agobio, y cualquier palabra que provenga, de mí, incluso una interpretación correcta, es una persecución. La finalidad del ejercicio es que sin llegar a enloquecer demasiado en el sentido secundario de la palabra, esta paciente puede alcanzar la re-experiencia de la locura original; o al menos llegar a una agonía tan extrema que esté próxima a la locura original.

En un caso como éste, cualquier tentativa del analista por obrar con cordura o con lógica destruye el único camino de regreso que el paciente puede forjarse hacia esa locura que necesita recuperar mediante la experiencia, ya que no puede recuperarla mediante el recuerdo. Así pues, el analista tiene que ser capaz de tolerar sesiones enteras, y aun largos períodos de análisis, durante los cuales no es aplicable la lógica a ninguna descripción de la transferencia. El paciente se halla, en estos casos, sometido a la compulsión de llegar a la locura, compulsión que surge a partir, de cierto impulso básico de los pacientes a convertirse en normales. Compulsión que es levemente más intensa que la necesidad de apartarse de ella. De ahí que, fuera del tratamiento; no hay ningún resultado natural. El individuo está atrapado para siempre. en un conflicto, mantiene un delicado equilibrio entre el miedo a la locura y la necesidad de estar loco. A veces es un alivio que acontezca la tragedia y el paciente enloquezca, pues si se da cabida a una recuperación natural, habrá "recordado" hasta cierto punto la locura original. Sin embargo, esto nunca es del todo así, aunque puede ser cierto en grado suficiente como para que el derrumbe dé

lugar a un alivio clínico. Se apreciará que si en un caso así se pretende abordar el derrumbe con una urgencia psiquiátrica de curar, la finalidad de aquél se pierde por completo, ya que al derrumbarse el paciente perseguía un fin positivo y su colapso no es tanto una enfermedad como un primer paso hacia la salud.

A esta altura es menester recordar las premisa básica de la teoría psicoanalítica, según la cual las defensas se organizan en torno de la angustia. Cuando tenemos ante nosotros a un enfermo, lo que apreciamos clínicamente es la organización defensiva, y sabemos bien que no podremos curarlo mediante el análisis de las defensas; aunque gran parte de nuestra labor se dedique precisamente a eso. La cura sólo sobreviene si el paciente puede llegar hasta la angustia en torno de la cual se organizaron las defensas. Pueden presentarse muchas versiones subsiguientes de esto mismo, y el paciente llegará a ellas una tras otra, pero sólo curará si alcanza el estado de derrumbe original.

Ahora es necesario tratar de explicar por qué está incorrectamente enunciado el axioma según el cual el miedo a la locura es el miedo a la locura que ya ha sido experimentada. Ante todo, hay un punto sobre el cual tenemos que ser bien claros, y es que la frase "miedo a la locura" por lo común remitiría al miedo que cualquiera podría o debería tener al pensaren la locura; no sólo el horror de la enfermedad misma; con todos los padecimientos psíquicos que entraña sino también los efectos sociales que tiene el derrumbe psíquico -que la comunidad teme, y por ende odia,- sobre el individuo y aun sobre su familia. Tal es el significado obvio de las palabras aquí empleadas; por lo cual se vuelve indispensable acotar que, en este estudio en particular, se las utiliza de un modo distinto: Empleamos esas mismas palabras para describir lo que nos es dable descubrir sobre la motivación inconsciente de pacientes que hace mucho que están en análisis, o que por uno u otro medio (tal vez .por el paso del tiempo y el proceso de crecimiento) han podido llegara soportar y superar angustias,

inconcebibles en su situación original.

En segundo lugar, esa enunciación es errónea aun- dentro del marco especial en que se la utiliza en este capítulo. No es verdaderamente válido- decir, que el. paciente está tratando de recordar la locura que sucedió ya y en torno de la cual se organizaron las defensas. La razón reside en que en el sitio original donde se organizaron las defensas la locura no fue experimentada, ya que, por la naturaleza misma de lo que aquí se examina, el individuo no estaba en condiciones de experimentarla. Surgió un estado de cosas que implicó un derrumbe de las defensas, defensas que eran apropiadas para la edad del individuo y el marco dentro del cual se mueve. Aquí hay que tener en cuenta si hubo una figura parental que ofreciera un soporte yoico, y si éste fue o no confiable. En el caso más simple posible, hubo una fracción de' segundo durante la cual se experimentó la amenaza de la locura, pero en este nivel la angustia es impensable- Su intensidad desborda toda descripción y de inmediato se organizan nuevas defensas, de modo tal, que en verdad, la locura no llega a experimentarse. Pero, por otro lado, la locura es, potencialmente, un hecho.

Trataré de ofrecer una analogía. Vi cómo plantaban enana escudilla el bulbo de un jacinto y pensé: "Encerrado en ese bulbo hay un aroma maravilloso". Por supuesto, sabía que no hay en el bulbo ningún sitio en el que pudiera encerrarse un aroma. Si se sometiera el bulbo a una disección no se obtendría la experiencia del aroma de los jacintos, por más que se alcanzara el punto apropiado. No obstante hay en el bulbo un aroma potencial que, a la larga, cuando se abra la flor, se transformará en su fragancia característica.

Esta no es más que una analogía, pero puede ofrecer una imagen de lo que estoy procurando enunciar. Una parte importante de mi tesis es que si la locura o derrumbe de las defensas originales

podría experimentarse, sería indescriptiblemente dolorosa. Lo más cerca que podemos estar de eso nos lo brinda lo que conocemos sobre la angustia psicótica, como

desintegración

sentimientos de irrealidad

falta de capacidad de relacionarse

despersonalización o falta de cohesión psicósomática

funcionamiento intelectual escindido

caída perpetua

terapia electroconvulsiva en la que el pánico es el sentimiento generalizado, que puede incluir cualquiera de los elementos anteriores.

Sin embargo, si observamos podremos apreciar que toda vez que alcanzamos clínicamente estas cosas; sabemos que hay allí cierta organización yoica capaz de sufrirlas, lo cual implica seguir sufriendo como para percatarse del sufrimiento. Hay que suponer que el núcleo de la locura tiene que ser mucho peor, por el hecho de que al individuo le es imposible experimentarla; ya que por definición carece de una organización yoica para contenerla y, por tanto, experimentarla.

Quizás sea útil recurrir a un símbolo X, y decir que el bebé o niño pequeño cuenta con una organización yoica apropiada a su estadio de desarrollo, y entonces algo ocurre como reacción ante una intrusión (un factor externo al que se le dio cabida a través de un funcionamiento fallido del ambiente) y se genera ese estado de cosas llamado X Este estado puede dar lugar a una reorganización

de las defensas, ya sea en una oportunidad o en muchas, o incluso en oportunidades sucesivas que van creando una pauta. La organización defensiva nos brinda el cuadro clínico y sobre esa base formulamos el diagnóstico. A su vez, la organización defensiva depende hasta cierto punto, en cuanto a sus características, de una contribución del ambiente.

Lo absolutamente personal del individuo es X.

Llego así a un intento de reformulación de mi axioma original. El sujeto que en el curso del tratamiento alcanza estos estados se empeña repetidamente en alcanzar X, pero por supuesto sólo puede aproximarse a ello tanto como se lo permita su nueva fortaleza yoica sumada al soporte yoico que recibe en la transferencia. La prosecución del análisis significa que el paciente continuamente se afana en alcanzar nuevas experiencias en la dirección de X, y por lo que he descrito estas experiencias no pueden rememorarse como recuerdos: deben ser vividas en la relación transferencial, y clínicamente se presentan como locuras localizadas. Al analista lo sorprende permanentemente comprobar que el paciente es capaz de enloquecer más y más, durante unos minutos o durante toda la hora, dentro del encuadre del tratamiento, y a veces su locura desborda los límites de la sesión. Se requiere de considerable experiencia y coraje para saber dónde está parado uno en esas circunstancias, y apreciar el valor que tiene para el paciente acercarse cada vez más a la X que le pertenece únicamente a él. Pero si el analista no es capaz de contemplar las cosas de este modo, sino que por temor, o por .ignorancia; o por los inconvenientes que le trae tener entre manos a un paciente tan enfermo,. tiende a desperdiciar estos sucesos del tratamiento, no podrá curar al paciente. Continuamente procurará modificar la transferencia delirante, o llevar al paciente de un modo u otro hacia la cordura, en vez de posibilitar que la locura se convierta en una experiencia manejable a partir de la cual el sujeto

pueda' tener una recuperación espontánea. Vistas así las cosas, la psiquiatría basada en la satisfacción de necesidades sociales y en el tratamiento de gran cantidad de pacientes se halla, en la actualidad, en una fase en la que está batallando contra un enemigo equivocado, como lo pone de relieve la obra de Ronald Laing y sus colaboradores. No importa que a veces discrepemos con su teoría, o con la forma en que la exponen; de todas maneras, la tesis que sostengo en este artículo me fuerza a acoger con beneplácito muchas de las enunciaciones de estos profesionales que trabajan en el mismo campo.

Es lamentable que la teoría que aquí propongo, por más que sea correcta, no pueda por cierto dar origen a un progreso psicoterapéutico inmediato. Quienes se encuentran con esta problemática en su práctica psicoanalítica no hallarán en este detalle de teoría una posibilidad de mejorar su labor mañana mismo. A lo sumo, en verdad, podrá darles cierta comprensión y desde luego conducirlos a mayores profundidades. Sin embargo, hay algunos casos en que el paciente sigue tratando de obtener ayuda de nosotros sin que podamos alcanzar un punto final satisfactorio, y por supuesto esos casos son de diversa especie; sugiero que una de esas especies puede comprenderse mejor sobre la base de la tesis que expongo, y la ventaja reside en que si el analista comprende lo que está pasando, puede soportar las considerables tensiones propias de este tipo de tarea.

Desgraciadamente, sólo hay un modo de eludir dichas tensiones, y es merced a un mejor diagnóstico que permita evitar tomar aquellos casos que, inevitablemente, nos obligarán a sumergirnos en esas aguas profundas. Entonces, si de hecho encontramos un método por el; cual pueda evitarse tomar en tratamiento estos casos, debemos ser sinceros y admitir sin ambages que, incluso en nuestra teoría, necesitamos la ayuda de la psiquiatría, a la que en algún sentido despreciamos porque no se basa en la psicología, o sea, por sus tratamientos físicos.

Sé me ha ocurrido, aunque puedo estar equivocado, que la aceptación general de esa idea que estoy promulgando, en caso de llegar hasta la literatura que lee el público inteligente, brindaría algún alivio. Aunque es imposible hacer pronósticos, me parece que el miedo al derrumbe está muy generalizado, y si se aceptase la idea de que el derrumbe al que se teme es un derrumbe que ya hizo lo peor, existiría al menos la posibilidad de limar los filosos bordes de ese miedo.

Notas:

(1) Erik H. Erikson, *Childhood and Society*, Nueva York, Norton, 1950. [Trad. cast.: *Infancia y sociedad*, Buenos Aires, Hormé, 1959.]

(2) Paula Heimann, "A Contribution to the Re-evaluation of the Oedipus Complex: The Early Stages", *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 33, 1952; también en Melanie Klein y otros, *New Directions in PsychoAnalysis*, Londres, Karnac Books, 1977. [Trad. cast.: *Nuevas direcciones en psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1965.]

Biblioteca D. Winnicott

Libertad

(Fusión de dos trabajos escritos alrededor de 1969)

Sería oportuno hacer aquí algunas consideraciones sobre el significado de la libertad. No me propongo pasar revista a la extensa bibliografía, psicoanalítica o no, que se ocupa del tema. Pero no puedo eludir la responsabilidad de volver a examinar la idea de la libertad a la luz de los conceptos de salud y creatividad, cuya importancia es innecesario destacar.

El tema de la libertad ya está presente cuando hablo del factor ambiental que esteriliza o destruye la creatividad de un individuo al inducir en él un estado de desesperanza [\(1\)](#).

El tema de la libertad es abordado en tal caso desde el punto de vista de su ausencia y de la crueldad que implican tanto las restricciones físicas como la aniquilación de la existencia personal de un individuo mediante la dominación, como ocurre, por ejemplo, en una dictadura. He indicado ya que esa dominación puede observarse no sólo en el escenario político sino también en el hogar.

Es bien sabido que a través de los siglos algunas personas fuertes han descubierto que poseían un sentimiento de libertad, incluso incrementado, cuando se hallaban sometidas a restricciones físicas. En otro lugar he citado esta conocida frase: "No son los muros de piedra lo que hace una prisión, ni los barrotes de hierro lo que hace una jaula".

Para el individuo que goza de buena salud psiquiátrica, el sentimiento de libertad no depende enteramente de una actitud ambiental. De hecho, la gente privada de libertad puede temerla cuando la obtiene. Es algo que hemos podido observar en la escena política durante el último medio siglo, en el que muchos países obtuvieron finalmente la libertad y no supieron qué hacer con ella.

En un libro cuyo tema principal no es la política, lo que cabe estudiar es el sentimiento de libertad que experimenta el individuo psiquiátricamente sano. Los que entran en contacto por primera vez con la teoría psicoanalítica a menudo opinan que, no obstante su interés, hay en ella un aspecto aterrador. El solo hecho de que exista una teoría del desarrollo emocional del individuo en relación con el ambiente y de que esa teoría pueda ser utilizada para explicar los trastornos del desarrollo y los estados patológicos resulta inquietante para muchos. Cuando doy conferencias a grupos de estudiantes avanzados sobre el desarrollo emocional del niño y la dinámica de los trastornos mentales y psicosomáticos, espero que alguna que otra vez se me formule la apremiante pregunta relacionada con el determinismo. Es verdad que toda teoría sobre los estados emocionales, la personalidad sana y perturbada y las extravagancias de la conducta se basa en un supuesto determinista. Postular que en algún punto hay una zona libre de determinismo no resulta útil. El estudio de la personalidad basado en la obra de Freud, que ha posibilitado un enorme progreso en la comprensión del ser humano, es una ampliación de las bases teóricas de la biología, la que a su vez es una ampliación de las bases teóricas de la bioquímica, la química y la física. No hay una clara línea divisoria en parte alguna de la formulación teórica del universo si comenzamos con la teoría de los pulsares y concluimos con la teoría del trastorno psiquiátrico y de la salud en el ser humano, incluyendo la creatividad o el hecho de ver el mundo

creativamente, lo cual constituye la prueba más importante de que el hombre está vivo y de que aquello que está vivo es el hombre.

Evidentemente, es muy difícil para algunos seres humanos -quizá lo sea para todos- aceptar el determinismo como una realidad básica, y hay muchas vías de escape, de sobra conocidas, que permanecen abiertas. Si dirigimos la mirada a una de esas vías, siempre podemos abrigar la esperanza de que no resultará bloqueada. Por ejemplo, si consideramos la percepción extrasensorial, veremos un intento de probar que tal cosa existe, pero sentiremos ambivalencia respecto de los resultados, ya que si se prueba que existe, de inmediato una vía de escape del determinismo queda bloqueada y el resultado es otro ejemplo de tosco materialismo. El materialismo no es agradable en ningún sentido, pero tampoco podemos afirmar que todos nosotros deseamos pasarnos todo el tiempo buscando una vía de escape del determinismo.

El conferencista de psicología dinámica que reiteradamente escucha esta objeción a su disciplina de parte de algún estudiante a quien perturba el determinismo que ella supone, pronto llega a la conclusión de que el problema no afecta a todos los estudiantes durante todo el tiempo. En realidad, a la mayoría de las personas no les hace perder la calma el hecho de comprender, en la medida en que es posible comprenderlo, que la vida tiene una base determinista. De pronto el tema adquiere una importancia vital para un estudiante, o puede tener una importancia vital para cualquiera durante un breve lapso, pero lo cierto es que durante la mayor parte del tiempo la mayoría de las personas se sienten en libertad de elegir. Este sentimiento de que podemos elegir libremente y volver a crear es lo que resta pertinencia a la teoría determinista: en general nos sentimos libres. El determinismo puede ser simplemente uno de los hechos de la vida que nos hacen sentir incómodos de vez en cuando.

Lo que no se puede pasar por alto es que una gran proporción de personas -hombres, mujeres y niños- se sienten muy turbados por algo, y esa turbación puede adoptar la forma de una rebelión contra el determinismo. Debemos observar y descubrir qué significa ese miedo y tomarlo en serio. El sentimiento de libertad contrasta hasta tal punto con el de no ser libre que el estudio de ese contraste resulta imperativo.

Algo muy simple puede decirse sobre este tema tan complejo, y es que el trastorno psiquiátrico se experimenta como una especie de prisión, y una persona que padece una enfermedad psiquiátrica puede sentirse más encerrada en la enfermedad que otra que está realmente recluida en una cárcel. Debemos encontrar alguna manera de comprender qué es lo que la persona enferma describe como falta de libertad. Hay un modo de considerar esta cuestión propio de las teorías surgidas de la práctica psicoanalítica. Debe recordarse que, si bien es mucho lo que la teoría psicoanalítica tiene que aprender aún sobre la salud, también es mucho lo que ya conoce al respecto en términos de enfermedad. En la investigación de este problema es útil caracterizar la salud y la enfermedad psiquiátricas sobre la base de las defensas que se organizan en la personalidad humana. Esas defensas toman diversas formas y han sido descritas en toda su complejidad por varios autores psicoanalíticos. Es verdad, no obstante que las defensas son una parte esencial de la estructura de la personalidad humana, y que si no se organizaran defensas habría tan sólo un caos y la organización de defensas contra el caos.

Un concepto útil es el de que en la salud psiquiátrica la organización defensiva es flexible, mientras que en la mala salud psiquiátrica las defensas son relativamente rígidas. En la salud psiquiátrica, por ejemplo, se puede observar un sentido del humor que es parte de la capacidad de jugar, y el sentido del humor es algo así como un espacio de maniobra en el ámbito de la organización defensiva. Ese espacio inspira un sentimiento de libertad tanto en el sujeto como en quienes están relacionados o desean relacionarse con él. En el extremo representado por la mala salud psiquiátrica no hay ningún espacio de maniobra en el ámbito de la organización defensiva, y por lo tanto el sujeto se aburre de su estabilidad en la enfermedad. Es esta rigidez de la organización defensiva lo que hace que la gente se queje de falta de libertad. Esto no tiene mucho que ver con el concepto filosófico de determinismo, por cuanto las alternativas de libertad y falta de libertad corresponden a la naturaleza humana y son siempre urgentes en la vida de las personas. Son especialmente urgentes en la vida del bebé y el niño pequeño, y por lo tanto en la vida de los padres, que están siempre recurriendo a las alternativas de adaptación y entrenamiento, deseosos de dar al niño la libertad de seguir sus impulsos que hace

que la vida comience a parecer real y digna de ser vivida e inspira una visión creativa de los objetos, y luego lleva a la alternativa representada por la enseñanza y por la necesidad de los padres de recuperar su vida privada, incluso a expensas de los gestos impulsivos del niño y de sus reclamos de autoexpresión.

Hoy en nuestra cultura estamos recogiendo los frutos de una época en la que no se escatimaron esfuerzos para lograr que los niños comenzaran a sentirse en libertad de existir por derecho propio; algunas de las consecuencias de este empeño, según es fácil comprobar, resultan molestas cuando el niño llega a la adolescencia. Podemos observar una tendencia de la sociedad a reaccionar de tal modo que quienes tienen a su cargo el manejo de los adolescentes difíciles se sienten inclinados a cuestionar la validez de las teorías que indujeron a toda una generación a tratar de proporcionar a los niños un buen comienzo. En otras palabras, las personas amantes de la libertad están incitando a la sociedad a adoptar rígidas medidas que a la larga podrían conducir a una dictadura. Este es el peligro. Nos enfrentamos aquí con enormes problemas de manejo y con un fuerte desafío a la teoría que constituye la piedra angular de nuestra labor.

La libertad amenazada

Un estudio del concepto de libertad nos lleva, pues, a examinar las amenazas que la acechan. Esas amenazas existen, sin duda, y el momento adecuado para investigarlas es antes de que la libertad se pierda. En la medida en que la libertad incumbe a la economía interna del individuo, no es fácil de destruir; o sea que si se la considera en términos de flexibilidad de la organización defensiva, tiene que ver con la salud del individuo y no con el trato que recibe. Sin embargo, nadie es independiente del medio, y ciertas condiciones ambientales destruyen el sentimiento de libertad incluso en las personas que podrían haber disfrutado de ella. Una amenaza prolongada puede afectar la salud mental de cualquiera y, como ya lo he mencionado, la esencia de la crueldad consiste en destruir en un individuo la esperanza que confiere sentido al impulso creativo y al pensamiento y la vida creativos.

Si postulamos que sobre la libertad se cierne una amenaza, debemos poner en claro que el peligro resulta ante todo de que quienes son libres tanto en su interior como en su marco social tienden a considerar la libertad como algo natural. Hay en esto algo comparable a la necesidad que existe de hacer saber a los padres que se ocupan satisfactoriamente de sus bebés y sus niños, que lo que hacen no sólo es agradable sino también importante. Si todo marcha bien, los padres lo toman como algo natural y no se dan cuenta de que están construyendo los cimientos de la salud mental de una nueva generación. Pueden ser fácilmente descarriados por cualquier persona que tenga un sistema de ideas, es decir, por cualquier persona que se sienta impulsada a difundir una convicción o a allegar prosélitos a una religión. Lo que se estropea son siempre las cosas naturales; el tendido de una nueva autopista se hace siempre a través de la campiña, es decir, en un lugar donde sería posible hallar la serenidad. La serenidad no sabe cómo luchar por sus derechos: toda la dinámica parece estar del lado del afán ansioso de empujar hacia adelante y avanzar. Esta idea está expresada en la frase de John Maynard Keynes, "El precio de la libertad es la vigilancia permanente", que el *New Statesman* adoptó como lema.

Una amenaza pende, pues, sobre la libertad y sobre todos los fenómenos naturales, simplemente porque no hay en éstos un impulso a la propaganda; a los fenómenos naturales se los hace a un lado, y entonces es demasiado tarde para obrar. Podemos hacer un pequeño aporte señalando a las personas libres el valor que tienen para ellas la libertad y el sentimiento de libertad, incluso llamar su atención hacia el hecho indudable de que sentirse libre puede provocar las mismas restricciones de las que están libres. Esto se refiere, naturalmente, a las restricciones propias del medio, pero la libertad interior, que he descrito como flexibilidad de la organización defensiva, tiene escaso valor si sólo se la experimenta conscientemente cuando se es perseguido.

Sobre esta base es interesante, e incluso valioso, considerar otras razones de que todo lo que es natural se encuentre amenazado. Mi sugerencia es que lo que intentamos describir diciendo que es natural, si se relaciona con los seres humanos y la personalidad humana, tiene que ver con la salud. En otras palabras, la mayoría de las personas son relativamente saludables y disfrutan de su salud sin pensar demasiado en ello o incluso sin

saber que lo son. Pero en la comunidad hay siempre personas cuyas vidas están marcadas por enfermedades psiquiátricas de distinta gravedad o por una desdicha para la cual no encuentran explicación, personas que no saben con seguridad si están contentas de vivir ni si desean seguir viviendo. He tratado de resumir todo esto diciendo que padecen de rigidez en sus defensas. No siempre se advierte que hay algo más fundamental que las diferencias de clase. Más fundamental incluso que el contraste entre pobres y ricos, aunque los problemas prácticos relacionados con esas diferencias producen efectos tan intensos que fácilmente dominan la escena.

Cuando el psiquiatra o el psicoanalista miran en derredor, no pueden dejar de advertir el terrible contraste entre los que están en libertad de disfrutar de la vida y de vivir creativamente, y los que no tienen esa libertad porque sobre ellos se cierne la constante amenaza de la angustia, el derrumbe o algún trastorno de conducta que sólo adquiere sentido cuando se conocen todos los antecedentes. En otras palabras, para aquellos cuya falta de libertad supera cierto límite porque sufren los efectos de una falla ambiental o hereditaria, la salud es algo que sólo se puede contemplar de lejos, algo inalcanzable, y los que la poseen deberían ser destruidos. La magnitud del resentimiento que se acumula a causa de esta desigualdad es terrible y tiene su correlato en el sentimiento de culpa que provoca en las personas sanas el hecho de ser sanas. En este sentido, se puede equiparar a los sanos con los ricos y a los enfermos con los pobres. Las personas sanas se organizan febrilmente para socorrer a los enfermos, los desdichados, los frustrados, los proclives al suicidio, del mismo modo que en el ámbito económico los que tienen suficiente dinero se sienten impulsados a practicar la caridad, como para contener la previsible marea de resentimiento de los miembros de la comunidad que carecen de comida o del dinero que podría otorgarles la libertad de ponerse en movimiento y, tal vez, de hallar algo que merezca la pena de ser buscado.

Es imposible contemplar el mundo desde más de un punto de vista a la vez, y aunque los contrastes económico y psiquiátrico son muy similares entre sí, lo único que podemos hacer aquí es atraer la atención hacia un solo aspecto de la división en clases: el de la salud y la mala salud psiquiátricas. Podríamos referirnos al mismo tema en relación con la educación, la belleza o el cociente intelectual. Será suficiente con llamar la atención sobre la discrepancia que necesariamente existe entre quienes son lo bastante sanos desde el punto de vista psiquiátrico y quienes no lo son. Es muy fácil para los primeros desarrollar una especie de autocomplacencia que, por supuesto, no hace sino aumentar el odio de los segundos. Recuerdo a uno de mis amigos, un hombre excelente que se destacó como médico y era muy respetado en su vida privada. Era un individuo bastante depresivo. Recuerdo que en una discusión sobre la salud sorprendió a un grupo de colegas, todos ellos afanosamente dedicados a combatir las enfermedades, cuando inició su exposición con estas palabras: "Para mí la salud es algo repugnante". Lo dijo muy serio. Prosiguió (movilizando su sentido del humor) con una descripción de cómo uno de sus amigos, con el que compartía una vivienda en su época de estudiante, se levantaba temprano, se daba una ducha fría, hacía gimnasia e iniciaba el día rebosante de alegría. El, en cambio, seguía en la cama sumido en una profunda depresión, y sólo el temor a las consecuencias lo hacía levantarse. Para entender plenamente esta cuestión del resentimiento del enfermo psiquiátrico hacia las personas que están suficientemente bien y no se encuentran atrapadas en un sistema defensivo rígido ni en la sintomatología de una enfermedad, es necesario examinar la teoría del trastorno psiquiátrico. Cuando un psicoanalista pone el acento en el factor ambiental, siempre suscita extrañeza. Son precisamente los psicoanalistas quienes han llamado la atención hacia el conflicto interno del individuo que subyace a la psiconeurosis y a la enfermedad mental. Esta contribución del psicoanálisis ha sido de inmenso valor y ha permitido que personas adecuadamente preparadas trataran a los individuos en lugar de limitarse a culpar al ambiente. A las personas les agrada pensar en su enfermedad como en algo propio, y las alivia comprobar que el analista busca las raíces de esa enfermedad en ellos mismos. Esa búsqueda tiene éxito en diverso grado. Pero es importante que el analista haya sido elegido adecuadamente y haya aprendido a utilizar la técnica, y también es útil que tenga experiencia en su trabajo. De modo que el factor ambiental no se elimina por completo en ningún caso. Al investigar la etiología de la enfermedad, los psicoanalistas descubrieron que es necesario retroceder hasta aspectos muy tempranos de la relación entre el bebé o el niño pequeño y el ambiente. Lo que Heinz Hartmann llamó "el ambiente previsible normal" (2) yo lo he denominado "la madre devota corriente"; otros autores, por su parte, han empleado términos similares para describir un ambiente facilitador que debe poseer ciertas cualidades para que los procesos de maduración tengan lugar en el niño y

éste se convierta en una persona real, en el sentido de sentirse real en un mundo real.

Aunque sea importante descubrir los orígenes del sufrimiento de una persona en ella misma, en su historia y su realidad interna, resulta necesario admitir, o incluso proclamar, que en lo que se refiere a la etiología última, lo que importa es el ambiente. En otras palabras, si el ambiente es suficientemente bueno, el bebé, el niño pequeño, el niño en crecimiento, el niño mayor y el adolescente tendrán la oportunidad de crecer de acuerdo con el potencial que han heredado.

Por el contrario, si la provisión ambiental no es suficientemente buena, el individuo, en alguna medida y quizás en gran medida, no será capaz de desarrollar su potencial. En ambos casos se puede hablar de ricos y pobres desde el punto de vista psiquiátrico, y es fácil ver el resentimiento en acción a partir de esta diferencia. Lo que estoy sugiriendo es que aunque todas las otras diferencias de clase tienen vigencia y engendran resentimiento, ésta es tal vez la más importante de todas. Es verdad que muchos individuos que se desempeñaron excepcionalmente bien, conmovieron al mundo o hicieron un aporte sobresaliente tuvieron que pagar un precio elevado por ello, como si estuvieran en el límite entre los ricos y los pobres. Es posible advertir que hicieron una contribución excepcional a causa de su desdicha o impulsados por una amenaza que procedía de su interior. Queda en pie el hecho de que en este ámbito hay dos posiciones extremas: la de los que tienen la posibilidad de autorrealizarse y la de los que, a causa de fallas en las etapas tempranas, no pueden hacerlo. Nada tiene de sorprendente que los segundos se sientan agraviados por la existencia de los primeros. Los desdichados tratarán de destruir su felicidad. Los que son prisioneros de sus rígidas defensas tratarán de destruir la libertad. Los que no pueden disfrutar plenamente de su cuerpo tratarán de impedir el disfrute del cuerpo a los demás, incluso a sus propios hijos, a quienes aman. Los que no pueden amar tratarán de destruir la sencillez de una relación natural por medio del cinismo. Y, desde la otra orilla, los que están demasiado enfermos para vengarse y pasan su vida en hospitales psiquiátricos harán que los que están sanos se sientan culpables de estarlo y de gozar de la libertad de vivir en sociedad y de tomar parte en la política local o mundial.

Hay muchos modos de describir lo que estoy tratando de destacar: que la libertad misma pone en peligro a la libertad. Los que son lo bastante sanos y libres deben ser capaces de tolerar el triunfo que implica su estado. Y sin embargo, sólo a la suerte deben la oportunidad de ser sanos.

Biblioteca D. Winnicott

Terapia física del trastorno mental: lobotomía 1943

I. Lobotomía prefrontal

Carta al director de The Lancet, 10 de abril de 1943

Señor: El Dr. Fleming y el Sr. McKissock han descripto quince casos tratados con lobotomía prefrontal, y el Dr. Hutton, cincuenta casos. Precisamente porque el trabajo de ellos es de alto nivel, aprovecho esta oportunidad para llamar la atención hacia la particular objeción que plantea de inmediato el tratamiento del trastorno mental por cualquier método que deje una deficiencia o deformidad permanentes en el cerebro, aun cuando pueda demostrarse que en ciertos casos los resultados son favorables.

Hay quienes sostienen todavía la teoría de que la esquizofrenia, la enfermedad maniaco-depresiva, la psicosis y la melancolía son dolencias de base física; pero la teoría alternativa según la cual estas enfermedades mentales son trastornos del desarrollo emocional (con diversa participación del factor hereditario) aún no ha sido refutada. Sugiero que hasta tanto esta última teoría sea refutada, es muy grave en verdad que un médico someta a sus pacientes a una operación en que se cortan tejidos cerebrales. Quienes desean tratar de curar el trastorno mental con operaciones quirúrgicas, o mediante la provocación de convulsiones, primero deben probar que la locura es en efecto enfermedad del tejido cerebral.

Sostengo la opinión de que la locura común es una afección estrechamente asociada al genio y a un particular talento y a una personalidad de excepcional valor; por lo tanto, me inquieta, naturalmente, enterarme de que se efectúan tratamientos que impiden en forma absoluta una plena recuperación, aunque ellos puedan dar origen, en una cierta proporción de casos, a un vuelco hacia la cordura.

Además, a las personas que sufren dificultades mentales les es de gran ayuda poder contemplar la posibilidad de un derrumbe, o incluso tenerlo durante un período. A mi juicio, la idea del paciente que se somete voluntariamente al tratamiento se edifica en parte sobre este sólido cimiento. Pero ahora la gente se viene a enterar de que un derrumbe les significará una serie de convulsiones, o tal vez una deformación permanente de su cerebro; y creo que éste no es el modo de alentar su pronta comunicación de los síntomas, como lo propugnan correctamente quienes tratan la psicosis.

II. Lobotomía

Tomado de *British Medical Student's Journal*, vol. 3, 1949.

En muchos aspectos, el objetivo del estudiante de medicina es aprender, postergando hasta el momento de diplomarse esa actitud de investigación que es propia de la madurez y de la salud. Tal vez la lobotomía -el tratamiento del trastorno mental mediante un procedimiento quirúrgico que destruye el tejido cerebral- ofrezca un buen ejemplo de una terapia cuestionable y que no tiene por qué ser aceptada, ni siquiera con el objeto de satisfacer a los examinadores.

En la prensa médica he manifestado mi crítica personal a la lobotomía con la mayor vehemencia posible, porque creo que representa la peor de las tendencias de la práctica médica; pero siempre he formulado estas críticas respecto de las opiniones que sostienen quienes utilizan este método, nunca respecto de los médicos mismos, de quienes sé que son personas comunes que hacen lo mejor que pueden por sus pacientes, y sólo experimentan cuando creen sinceramente que los experimentos están justificados.

Debe recordarse que en las Islas Británicas hay gran cantidad de locos en los manicomios, lo cual constituye un tremendo dispendio de horas-hombre de médicos y enfermeros. A nadie podría criticársele que tratara de mitigar el peso que significan para la comunidad los locos sin esperanza de curación. Es cierto que la lobotomía hace que algunos pacientes muy difíciles se tornen menos difíciles, y alivia de su agudo y prolongado padecimiento a algunos. No es de sorprender que los neurocirujanos pasen de la técnica complicadísima que les permite remover tumores cerebrales a la mucho menos complicada extirpación de tejido cerebral para una afección común; de todas maneras-se argumentará-, el cerebro de los peores enfermos mentales ya está afectado -sifilítico, arterioesclerótico, deteriorado por procesos inflamatorios.

¿Cuáles son las razones, entonces, que me hacen opinar que debería dejar de hacerse esta operación?

Primero, diría que si el propósito que se persigue es aliviar ala comunidad de la carga de los enfermos incurables, ¿por qué no hacer una extirpación más total (p. ej., del pedúnculo cerebral) o seguir una política deliberada de eutanasia? La respuesta es que esto asignaría al médico una responsabilidad que no debe tener: la de decidir la vida o muerte de un prójimo. Esta es una cuestión diferente de las decisiones que tornan los médicos todos los días respecto de sus opiniones en materia de diagnóstico y tratamiento para curar enfermedades.

El simple argumento de que se justifica todo cuanto alivie a la comunidad y alivie el padecimiento personal no es suficientemente bueno. La argumentación en defensa de la lobotomía puede partir del aserto de que es un buen tratamiento para un enfermo mental, o sea, partir de la probabilidad de que cure, pero debe avanzar más allá y mostrar que no es perjudicial para las personas en general.

Aquí es preciso recordar que una cosa es curar a una paciente de un cáncer de pecho extirpándole el pecho y otra muy distinta "curar" a un enfermo mental extirpándole una parte de su funcionamiento cerebral. En el primer caso la persona queda intacta, en el segundo lo que se mutila es precisamente la persona.

La teoría actual es que el tejido cerebral es indispensable para que la mente pueda siquiera empezar a ser, y cualquier otra teoría, para ser aceptada, deberá primero reemplazar a ésta.

Quienes practican la lobotomía no han intentado ofrecer una nueva teoría, y han dejado en pie el supuesto de que el cerebro es el órgano físico necesario para el funcionamiento de la mente, y por consiguiente para la organización de la personalidad.

A esta altura de la argumentación debemos tener en cuenta que ciertos pacientes muy enfermos se han visto considerablemente mejorados por la lobotomía, incluso han dejado el hospital y han vuelto a su trabajo y a su vida familiar. Si el tratamiento se hubiese aplicado sólo a pacientes muy enfermos, entonces no se habría causado ningún daño, y a algunos se los habría beneficiado. Lamentablemente, un tratamiento no puede existir de este modo circunscripto: pronto es aplicado a casos menos graves. Surgen teorías y (en el caso de la lobotomía) la posibilidad del tratamiento confiere poder y dirección en el hospital neuropsiquiátrico al neurocirujano, que ha sido formado para practicar la cirugía del cerebro y no para llegar a ser un estudioso de la naturaleza humana. Primero, con respecto a la aplicación más general del tratamiento, es natural que cada unidad [hospitalaria] trate de reunir miles de casos a fin de tener un número redondo para un informe, y de esos miles algunos estarán, desde el punto de vista diagnóstico, en el extremo de los menos enfermos; y de hecho se aprecia en los informes que la lobotomía les fue practicada a pacientes que sufrían depresión, neurosis obsesiva, etc. -por cierto los casos no se limitan a los enfermos del cerebro-.

Esto plantea la vasta cuestión de la psicogénesis de la locura. Puede afirmarse que es imposible ser a la vez un cirujano del cerebro y una persona con buena formación en psicología. Las dos disciplinas son hartamente exigentes como para que un solo médico las abarque plenamente a ambas a la vez. Y sería más fácil para un psicólogo de primer nivel aprender neurocirugía, que para un neurocirujano aprender a ser psicólogo, por el simple hecho de que la psicología no puede aprenderse si no es a lo largo de cierto período durante el cual el aprendiz debe crecer y hacer frente a las demandas emocionales que la psicología le plantea. Ningún estudiante de medicina, por brillante que sea, puede meramente aprender psicología; debe dedicar varios años a madurar y a desarrollar su personalidad mientras va dominando poco a poco el tema. Más aún, la experiencia indica que la psicología, cuando se la enseña a estudiantes de medicina, fácilmente puede trastornar incluso a las que parecían ser personalidades estables. La regla del psicoanalista según la cual la psicología del inconsciente sólo puede enseñarse a una persona si está en análisis o ya ha tenido una experiencia previa exitosa de análisis, es sin duda alguna sólida.

Los informes sobre la psicología de los pacientes antes y después de practicárseles la lobotomía, informes que los neurocirujanos presentan de buena fe, casi siempre resultan en extremo ingenuos para un psicoanalista, que por fuerza está habituado a la gran complejidad del material humano y está más alerta que la mayoría de la gente ante las zonas de ignorancia en la comprensión de las personas.

Cuantiosas pruebas disponibles muestran, para quienes quieran estudiar los aspectos más profundos de la psicología, que la locura más corriente (la esquizofrenia, las depresiones, la paranoia, así como la neurosis obsesiva y la delincuencia) son trastornos del desarrollo emocional, no trastornos que dependan de las alteraciones en el tejido cerebral. Como es obvio, las alteraciones del tejido cerebral producen cambios en la personalidad y la conducta, pero en general las personas mentalmente enfermas lo están a pesar de tener su tejido cerebral sano. La enfermedad mental que no es un mero estado confusional es una pauta organizada, una organización de las defensas y de las resistencias, así como de las postergaciones del progreso emocional. Esta pauta le parecería lógica al investigador si conociera toda la verdad. Cuando se estudia a una persona loca con suficiente detalle, el curso de su enfermedad se vuelve inteligible como expresión de las dificultades inherentes a la vida -dificultades en el desarrollo personal, en la influencia ambiental, y en la interacción de ambos-. No puede sostenerse que como la sífilis cerebral produce delirios de grandeza, y como la arterioesclerosis produce ideas perseverantes o limitaciones intelectuales, entonces una perturbación emocional significa que hay por debajo de ella

cambios en el tejido del cerebro. En rigor, todas las pruebas apuntan en el sentido contrario.

Sin embargo, al neurocirujano que de entrada está presto a ver la locura como un conjunto de enfermedades separadas, acompañadas de cambios en el tejido cerebral, no es sencillo persuadirlo de que sus pacientes siguen siendo seres humanos, y por más que muestren retraimiento, degeneración e incontinencia, siguen debatiéndose con los problemas de la vida que, para los más afortunados entre nosotros, simplemente son más fáciles de resolver. Cuando los que no son psicólogos ven desaparecer los síntomas y resistencias después de una lobotomía, se sienten apuntalados en su teoría y ni se les ocurre que la remoción de las resistencias puede significar la pérdida definitiva de la individualidad para la persona en cuestión.

En realidad, únicamente los psicoanalistas respetan las resistencias y ven en ellas la lucha inconsciente de la persona por encontrarse a sí misma. La tendencia de la terapia moderna (no psicoanalítica), en su totalidad, es evitar la resistencia.

La operación de lobotomía es quizás el mejor ejemplo que haya jamás de evitación de la resistencia. De hecho, ninguna persona que en nuestros días sienta que se está enfermando mentalmente puede estar segura de que no será agraviada mediante una intervención física en su tejido cerebral. Esta no es precisamente la mejor manera de conseguir que la gente se interne en forma voluntaria cuando aún se encuentra en las tempranas etapas de un trastorno psiquiátrico. Muchos que se recobrarían espontáneamente si se los tolerase durante algunos meses, y en lo posible se los pusiera a resguardo y se les impidiera suicidarse cuando se hallan en un estado depresivo, de hecho deben debatirse en su vida corriente con el temor (bien fundado) de que no se podrán recuperar salvo que se les aplique como mínimo una serie de convulsiones, y tal vez su cerebro resulte alterado en forma irreversible. Luego de una intervención de esta clase en el cerebro físico de una persona, este hombre o mujer jamás podrá estar seguro de su identidad: ya no hay nadie ahí que pueda estar seguro, porque ya no está la persona que fue edificada a lo largo del tiempo desde el nacimiento.

Si yo me conduzco hoy de una manera aceptable, esto es algo que se ha edificado a lo largo de toda mi vida, un aporte social positivo, un ejemplo infinitamente complejo y altamente significativo de la relación que hay entre todo lo que es parte de mí, desde mi nacimiento, con todo lo que es mi ambiente. Si a raíz de haberseme practicado una lobotomía me conduzco aún mejor, no por ello estaré haciendo un mejor aporte, porque no soy yo el que así me conduzco.

Los seres humanos tienen derecho a albergar toda clase de sueños, incluidos los más sádicos, y nuestra misión como médicos con formación científica es proporcionar al público una realidad con la cual pueda cotejar sus sueños. Los pacientes sueñan que los médicos están enamorados de ellos, pero el juramento médico prohíbe esto, y es muy raro que un médico haga abuso de las oportunidades que se le brindan para la intimidad. Los sueños pueden cotejarse con la realidad.

Del mismo modo, los pacientes sueñan que hay médicos malos que los someten a fantaseadas operaciones mutilantes. En general, los médicos no operan quirúrgicamente salvo en condiciones sumamente controladas y aplicando los principios científicos para justificar por completo su proceder. Personalmente me parece que la lobotomía está en la frontera entre la ciencia y la superstición. Pienso que no debería someterse a la gente a esta ordalía con la que incluso les da miedo soñar. Quienes practican la lobotomía aterran a los pacientes en un grado mucho mayor que el alivio que llevan a los pocos individuos que están bajo su cuidado; generan temor a los médicos y aumentan el miedo a la locura. Esto tiene vastas consecuencias. El miedo a la locura lleva a una huida hacia una cordura extrema, que es un paso en falso de la civilización; implica una huida hacia lo lógico, lo consciente y lo planificable, y una pérdida de contacto con la integridad individual y con las ocultas profundidades de la personalidad de cada persona.

En mi opinión, la responsabilidad que asumen quienes cortan ciegamente el cerebro de las personas sólo porque éstas son locas es tremenda, y les incumbe tomárselo mucho más en serio que hasta ahora y demostrar que conocen las implicaciones más generales que tiene su práctica.

III. Notas sobre las implicaciones generales de la lobotomía Utilizadas para iniciar un debate sobre la lobotomía en la Escuela de Economía de Londres, 13 de noviembre de 1951

Reseña preliminar

1. El hecho de la enfermedad mental.
 2. Los problemas actuales del manejo.
 3. La revolución en la atención que se brinda en los hospitales neuropsiquiátricos.
 4. El valor de los tratamientos físicos.
 5. La evolución gradual de la opinión de los profesionales sobre los diversos tratamientos.
- Enunciación de la situación actual de los tratamientos físicos en psiquiatría.

Posición personal

Consideremos una serie de tipos de tratamientos físicos; en un extremo, atención física, permiso para hacer una regresión luego: agregado de narcóticos luego: drogas que ayudan a revivir situaciones olvidadas luego: choque insulínico (trabajo en equipo calificado) luego: terapia electroconvulsiva (trabajo comparativamente poco calificado) (TEC) luego: lobotomía luego: eutanasia.

Consideraciones filosóficas

1. TEC: al ser un trabajo poco calificado, surte efectos sobre las teorías de los profesionales acerca del crecimiento de la personalidad humana y sus anormalidades.
2. La lobotomía altera la sede del self, da primacía al alivio del padecimiento y promueve la creación de equipos calificados de neurocirujanos que constituyen intereses creados, lo cual puede afectar la evaluación científica. Teoría de la locura como organización del self apropiada a las circunstancias.

Influencia de las emociones sobre el juicio

Diferenciación de dos temas (interrelacionados, por supuesto): a) eficacia de (digamos) la lobotomía en comparación con la de (digamos) el psicoanálisis; esto implica discutir el significado de la palabra "eficacia" en este contexto; y b) consideraciones filosóficas, ética de la intervención en el funcionamiento cerebral, ética de una terapia que entraña cambios irreversibles.

Observación: En la actualidad, en los artículos psiquiátricos hay una amplia discusión de a) sin referencia a b).

Importancia relativa de diversos órganos del cuerpo para la existencia de una psique

individual

Obviamente, una psique sana exige un cuerpo sano e intacto. No obstante, es posible examinar el valor relativo que tienen para la psique diversas partes del cuerpo.

Mutilación del cerebro versus castración:

angustia por la mutilación del cerebro, angustia de castración (consciente, inconsciente)
mutilación del cerebro como símbolo de la castración

Falso corolario: la mutilación del cerebro es sólo un símbolo de la castración, o sea, en sí misma no tiene por qué generar temor, evitación, condena, etc.

Ejemplos (en aras de la simplicidad, sólo masculinos)

a. Mutilación de los principales nervios motores que alimentan las extremidades superiores. Resultado: la invalidez. Podría efectuársela (supongamos) como cura de la masturbación, o el robo, o los actos agresivos contra personas. Es impensable, no conocemos ningún cirujano que realizaría esta operación en nuestro país.

Sin embargo, ella dejaría la psique intacta. Un biógrafo podría escribir: "Soportó la afrenta con dignidad". Tal vez la víctima habría dicho: "¡Perdónalos, no saben lo que hacen!". La circuncisión suele practicarse para curar o prevenir la enuresis, la masturbación, las aberraciones sexuales -lo cual muestra que la cirugía puede fácilmente convertirse en servidora de la superstición y el odio inconsciente-.

b. Castración, o sea, remoción de los testículos. En este caso conocemos los resultados. La psique resulta afectada hasta cierto punto, al alterarse las mociones instintivas. El efecto sobre la psique es, pues, más directo que el de la remoción de otras glándulas internas (como se las llama), o sea, las glándulas que producen hormonas.

En la actualidad jamás se practicaría la castración como tratamiento de un trastorno de conducta, ni a pedido del sujeto (aunque forma parte de la organización masoquista que se formule precisamente este pedido). La operación deja intacta a la psique en cierta medida, pero el cambio es irreversible a menos que pueda prepararse un extracto testicular capaz de reemplazar exactamente las hormonas internas perdidas, en cuyo caso la psique volvería a estar intacta, aunque el individuo debería amoldarse a su incapacidad de procrear. A veces los cirujanos unen los dos conductos que llevan los espermatozoides desde los testículos, de modo tal que el paciente no tema fecundar a la mujer con la que cohabita en forma compulsiva. Esto no es necesariamente irreversible. (Cf. las mujeres después de la extirpación de a) el útero, b) los ovarios, y el agregado de extractos ováricos para sustituir las hormonas.)

c. Consideraciones secundarias. Puede decirse que la extirpación de los dos riñones deja intacta a la psique, salvo por el hecho de que gradualmente se produce uremia y una deformación tóxica cada vez mayor de la personalidad, hasta la muerte. La amputación de un miembro afecta naturalmente al individuo, y en este caso es importante la causa por la cual se amputó; pero la psique queda intacta. La ceguera, la sordera, etc., afectan al individuo pero dejan intacta a la psique; es la persona misma la que se amolda o no se amolda a la mutilación.

Por lo que se sabe, habitualmente las convulsiones provocadas eléctricamente no causan perjuicio al tejido cerebral, aunque es muy difícil probarlo. Pocos de nosotros se someterían de modo voluntario a una serie de diez convulsiones. (Podemos dejar de lado los accidentes que se producen en esta clase de tratamiento, como en cualquier otro -dosaje excesivo, fractura de la

columna vertebral, etc.-, ya que ellos no modifican el problema principal).

d) Tratamiento quirúrgico del cerebro es el próximo punto por considerar. Con frecuencia los tumores cerebrales pueden ser extirpados, y ésta es una de las más notables operaciones que realiza la cirugía; es totalmente exitosa en algunos casos, en tanto que en otros queda comprometida una mayor o menor porción de materia cerebral, de modo tal que luego de la operación el paciente no puede recobrar por entero la normalidad. Algo de su personalidad ha desaparecido o se ha alterado, y esto es irreversible. Lo mismo puede decirse de otras operaciones ejecutadas sobre el tejido cerebral para la cura quirúrgica de anormalidades del cerebro.

Lo que está en discusión no es este grupo de fenómenos, pero es importante tenerlos en cuenta, ya que ponen de relieve el axioma de que el tejido cerebral, en líneas generales, es el prerrequisito somático (o físico) de la existencia de la psique. Algunas partes del cerebro son más importantes que otras en este aspecto (p. ej., los centros motores y sensoriales son menos importantes), pero ningún otro órgano puede comparársele en cuanto a su importancia para la existencia de la psique.

Pregunta: ¿Esto es evidente por sí mismo, o es algo que necesita ser establecido?

Tema fundamental

Lo que se discute es la mutilación de tejido cerebral normal y sano para el tratamiento de trastornos de la psique, o sea, para modificar el comportamiento de un individuo, aminorar su sufrimiento, simplificar su atención o restaurar su eficiencia funcional. En este caso se hace algo que ataca a la psique misma, al trastornar su base física.

De una persona así tratada ya no podemos decir: "El soportó la mutilación con fortaleza de ánimo", porque se habrá alterado el sentido de la palabra "él". No podemos decir: "Ahora ella sufre menos que antes", porque "ella" ya no es la misma de antes. Todo cuanto podemos decir es: "En tanto que antes él o ella en su totalidad sufría (o tenía una conducta anómala), ahora el nuevo él o ella subtotal sufre menos (o tiene una conducta menos anómala)".

He dicho que es impensable que un cirujano realice hoy en nuestro país las operaciones a) o b). Sin embargo, esta otra operación, infinitamente más terrible, ha sido ejecutada en miles de personas en los últimos diez años, y quienes abogan por este tratamiento reclaman un campo cada vez mayor para su actividad. Al principio sólo eran lobotomizados los casos desahuciados de los hospitales neuropsiquiátricos; luego gradualmente fueron tratados de ese modo los neuróticos obsesivos y los melancólicos cuyo padecimiento no era tolerado por los médicos que estaban a cargo de ellos. Ahora se aboga por este tratamiento para toda suerte de trastornos psicósomáticos. Pronto el único síntoma de una persona que no la hará acreedora a él será la obsesión de ser tratada mediante lobotomía -una enfermedad contagiosa que se encuentra principalmente (¡caramba!) entre los psiquiatras-.

Efectos sobre el público en general

Este es un tema que debe ser investigado por el psicólogo social. La mayor frecuencia con que se practica la lobotomía, ¿aumenta o disminuye el miedo del individuo a la locura?

¿Podrá ser que la apatía del público respecto de este problema, que es como el de la eutanasia si se la practicara diariamente, se deba al temor?

Temor asociado al problema de la lobotomía

1. Temor consciente a que una persona que depende de uno y está demente sea enviada de vuelta a su casa desde el hospital neuropsiquiátrico.
2. Temor de que si uno se interna voluntariamente en un hospital neuropsiquiátrico, será mutilado en forma irreversible.
3. Temor al deseo de ser mutilado (masoquista, culpa inconsciente, etc.); cf. temor al suicidio.
4. Temor a la idea del médico malévolo; este temor siempre acecha por detrás de la creencia habitual en el médico que lo atiende a uno cuando está enfermo. Que el médico sea malévolo es impensable cuando uno está enfermo.
5. La cuestión del alma y su relación con el psique-soma. Un bebé recién concebido, ¿comienza a la par del alma, o en algún nivel que está por encima de ésta? En este problema hay envueltas convicciones religiosas muy profundas, y la mayoría de la gente prefiere dar por sentado que el alma es implantada, del mismo modo que Dios no es imaginado sino percibido.

La cuestión en toda su crudeza

Para enunciar la cuestión en toda su crudeza: o estoy loco yo, o está loco el psiquiatra de que hablamos.

En el primer caso, el Dr. X cerrará contrato conmigo y ordenará mi lobotomía (con la mejor de las intenciones), y entonces ya no habrá más D.W.W.; el vasallo resultante será un D.W.W. subtotal, sin duda mucho más feliz y libre de todo sentido social y fervor misionero, en condiciones de gozar de los placeres propios de la falta de un objetivo verdadero.

En el segundo caso, el psiquiatra está loco y yo lo psicoanalizo. Por supuesto, él no quiere ser psicoanalizado, no se analiza, y yo quedo frustrado como analista; pero él mantiene su psique intacta. Esta es la diferencia entre estas dos espantosas alternativas.

Podrán apreciar por qué considero muy grave esta cuestión, sobre la cual el mundo tiene que optar; ya que es la sociedad de hoy la que debe decidir, y no los psiquiatras abrumados de problemas clínicos inmediatos. ¿Quién será considerado el loco? Ahora bien: mientras que yo estoy luchando por la existencia misma de mi psique, mi adversario sabe que la de él quedará intacta, y que si se resiste al tratamiento psicoanalítico, al menos será él mismo el que se resista. Lo envidio.

IV. Lobotomía prefrontal

Carta al director del British Medical Journal, 28 de enero de 1956

Señor:

La correspondencia sobre lobotomía que se ha reiniciado nos recuerda que no existe ningún otro lugar, fuera de sus columnas, donde este tema pueda ser ampliamente debatido.

Años atrás expresé el punto de vista de que la lobotomía era el peor de los errores honestos cometidos por la medicina últimamente, y a menudo se me pregunta si el tiempo me ha hecho cambiar de opinión. En realidad, no. Mi opinión no tiene mucho peso, pues no me he tomado el trabajo especial de examinar apacientes lobotomizados, y mi objeción no se basa en un estudio clínico directo. Se basa, sin embargo, en un estudio indirecto como lo es el análisis de pacientes, algunos de los cuales han estado en hospitales neuropsiquiátricos. Aunque encontrase un caso en el que la lobotomía produjo una notoria mejoría, mi punto de vista no se modificaría. Lo cierto es que a raíz de la existencia de la lobotomía como método de tratamiento, todo lo que encontré fue desazón.

Debe recordarse que la lobotomía es una perturbación deliberada de un tejido cerebral sano con el propósito de producir cambios mentales que, según el psiquiatra, son buenos. No puede compararse en absoluto con el intento de extirpar un tumor cerebral o de mitigar una hemorragia subdural. Así pues, toda la cuestión gira en torno de la concepción del psiquiatra acerca de lo que es bueno, y los psiquiatras no han hecho ninguna tentativa de debatir el significado de la palabra "bueno" en este contexto.

Las cartas de los Dres. D.W. Standley (3 de diciembre de 1955, pág. 1390) y Clifford Allen (1? de diciembre de 1955, pág. 1502) me motivan a reenunciar mi punto de vista:

1) Hay actualmente en la comunidad numerosos casos afligentes de personas que fueron sometidas a la lobotomía, y la preocupación de los parientes de esas personas no gira en torno del derrumbe de un empeño humano, que es comprensible, sino de las secuelas de un procedimiento quirúrgico muy cuestionable. Se han producido cambios irreversibles en pacientes cuya enfermedad podía, al menos teóricamente, remitir antes de esa operación. No es probable que los psiquiatras, responsables de echar sobre los hombros de la comunidad una carga más espantosa que la de un niño deficiente, asuman el peso emocional de estos casos.

2) Todos los pacientes de hospitales neuropsiquiátricos, se hayan internado por su propia voluntad o no, enseguida pasan a preocuparse de este problema: ¿me someterán a una TEC, o un choque insulínico, o a una lobotomía? Por alguna razón, los psiquiatras parecen ignorar esto. Los enfermos mentales casi no hablan de otra cosa. Se encuentran en un dilema que jamás se les debería plantear; en este dilema, el médico parece ponerse del lado de impulso autodestructivo, y en este aspecto la lobotomía es mucho peor que los demás métodos físicos. Esos pacientes están permanentemente acechados por el peligro de la lobotomía, que según han llegado a saber,- un procedimiento quirúrgico que los modificará como personas, convirtiéndolos en alguna otra cosa, no saben en qué. Quienes son capaces de sanarse artificialmente organizan una seudorrecuperación de sí mismos llevados por el miedo, y así pueden escapar al mundo que está más allá de la psiquiatría. Casi no hay en la actualidad asilos para los pacientes que necesitan un período de derrumbe y pueden hacer uso de él; sólo existen hospitales neropsiquiátricos para efectuar una cura, lo más rápida posible, de los enfermos mentales; y por desgracia el miedo a la lobotomía se ha vuelto un factor de real gravitación en la rapidez con que entran y salen los pacientes en tales hospitales. Esta rápida rotación de los internados luce muy bien en los papeles.

3) La existencia de la lobotomía como procedimiento aceptado es muy negativa para médicos y enfermeros, al proporcionar un ejemplo extremo de una psiquiatría que elude el estudio de la naturaleza humana y de la salud mental como cuestión vinculada a la madurez y desarrollo emocional del individuo. No hay nada mejor que la lobotomía para aislar a la psiquiatría, como terapia ciega, de la psiquiatría como preocupación compleja pero interesante por el ser humano que encuentra difícil vivir y cuyos problemas podemos ver representados en nosotros mismos.

Mucho se ganaría si la profesión médica renunciase a la práctica de la lobotomía. Tanto que, en mi

opinión, la posible pérdida de alivio terapéutico en ciertos casos quedaría reducida a una insignificancia.

Quedo de usted, etc.

D.W. WINNICOTT

Biblioteca D. Winnicott

Luchando por superar la fase de desaliento malhumorado

1963

Trabajo basado en una conferencia dictada ante el personal superior del
Departamento de Menores del Concejo del Condado de Londres,
en febrero de 1961. Revisado y publicado en 1963

El actual interés mundial por la adolescencia y sus problemas denota las circunstancias especiales de la época en que vivimos. Si deseamos explorar este campo de la psicología, bien podemos comenzar por preguntarnos a nosotros mismos si los adolescentes de uno y otro sexo desean ser comprendidos. Creo que la respuesta es: "No". En realidad, los adultos deberían comunicarse entre sí, secretamente, lo que han llegado a comprender acerca de la adolescencia. Sería absurdo escribir un libro sobre la adolescencia destinado a los adolescentes, porque es un período de la vida que debe ser vivido. Fundamentalmente es un período de descubrimiento personal, en el que cada individuo participa de manera comprometida en una experiencia de vida, un problema concerniente al hecho de existir y al establecimiento de una identidad.

Sólo hay una cura real para la adolescencia: la maduración. Combinada con el paso del tiempo produce, a la larga, el surgimiento de la persona adulta. No se puede apresurar el proceso aunque, por cierto, se lo puede forzar y destruir con una manipulación torpe, o bien puede deteriorarse desde adentro cuando el individuo padece una enfermedad psiquiátrica. A veces necesitamos que se nos recuerde que si bien la adolescencia es algo que siempre llevamos adentro, cada adolescente se hace adulto en pocos años. Es fácil provocar la irritación del adulto ante los fenómenos de la adolescencia con sólo referirse a ésta, por descuido, como un problema permanente, olvidando que cada adolescente está en vías de convertirse en un adulto responsable que se interesa y preocupa por la sociedad.

Si examinamos los procesos de maduración, veremos que en esta fase de la vida el niño o niña debe hacer frente a cambios importantes, relacionados con la pubertad; adquiere capacidad sexual y aparecen las manifestaciones sexuales secundarias. El modo en que el adolescente afronta estos cambios y las angustias que ellos generan se basa, en grado considerable, en una pauta organizada en su temprana infancia, cuando atravesó por una fase similar de rápido crecimiento físico y emocional. En esta fase más temprana, los niños sanos y bien cuidados adquirieron el llamado "complejo de Edipo", o sea la capacidad de hacer frente a las relaciones triangulares, de aceptar en toda su potencia la capacidad de amar y las complicaciones consiguientes.

El niño sano llega a la adolescencia equipado con un método personal para habérselas con nuevos sentimientos, tolerar la desazón y rechazar o apartar de sí las situaciones que le provoquen una angustia insoportable. Ciertas características y tendencias individuales, heredadas o adquiridas, derivan igualmente de las experiencias vividas por cada adolescente en su temprana infancia y su niñez; son pautas residuales de enfermedad asociadas al fracaso (más que al éxito) en el manejo de los sentimientos propios de los dos primeros años de vida.

Las pautas formadas en conexión con experiencias vividas durante la infancia y la niñez temprana incluyen, por fuerza, muchos elementos inconscientes y no pocas cosas que el niño ignora porque aún no las ha vivenciado.

Siempre surge el mismo interrogante: esta organización de la personalidad, ¿cómo hará frente a la nueva capacidad instintiva? ¿Cómo se modificarán los cambios propios de la pubertad para amoldarlos a la pauta de personalidad de cada adolescente? Es más: ¿cómo abordará cada uno algo tan novedoso como el poder de destruir y aun matar, un poder que no se mezclaba con sus sentimientos de odio cuando era un pequeñuelo que daba sus primeros pasos?

En esta etapa de la vida el ambiente desempeña un papel importantísimo, a tal extremo que en un informe descriptivo lo mejor es presumir la existencia e interés continuados de los padres biológicos y la organización familiar más amplia. Gran parte del trabajo de un psiquiatra concierne a problemas relacionados con fallas ambientales producidas en alguna etapa de la vida; este hecho subraya la importancia vital del ambiente y el medio familiar. Podemos dar por sentado que la gran mayoría de los adolescentes viven en un ambiente suficientemente bueno. La mayoría de ellos alcanzan de hecho la madurez adulta, aun cuando en su proceso de maduración les den dolores de cabeza a sus padres. Con todo, hasta en circunstancias óptimas, con un ambiente que facilite los procesos de maduración, cada adolescente aún tendrá que superar muchos problemas personales y fases difíciles.

El aislamiento del individuo

El adolescente es esencialmente un ser aislado. Cuando se lanza hacia algo que puede dar como resultado una relación personal, lo hace desde una posición de aislamiento. Las relaciones individuales, actuando de a una por vez, son las que con el tiempo lo conducen hacia la socialización. El adolescente repite una fase esencial de la infancia: el bebé también es un ser aislado, al menos hasta que puede afirmar su capacidad de relacionarse con objetos que escapan al control mágico. El infante adquiere la capacidad de reconocer y acoger con beneplácito la existencia de objetos que no forman parte de él, pero esto es un logro. El adolescente repite esta lucha.

Es como si debiera partir de un estado de aislamiento. Primero debe poner a prueba sus relaciones sobre objetos subjetivos. De ahí que a veces los grupos de adolescentes de menor edad nos parezcan aglomeraciones de individuos aislados que intentan -todos a la vez- formar un conjunto mediante la adopción de ideas, ideales, modos de vestir y estilos de vida mutuos, como si pudieran agruparse a causa de sus preocupaciones e intereses recíprocos. Por supuesto, pueden llegar a constituir un grupo si son atacados como tal, pero es una agrupación reactiva que cesa al terminar la persecución. No es satisfactoria, porque carece de dinámica interna.

Este fenómeno del aislamiento y la necesidad de asociarse basándose en los intereses mutuos imprimen un matiz especial a las experiencias sexuales de los adolescentes más jóvenes. Por lo demás, ¿no es cierto acaso que en esta etapa el adolescente no sabe todavía si será homosexual, heterosexual o simplemente narcisista? En verdad, puede ser doloroso para un adolescente percatarse de que sólo se ama a sí mismo; esto puede ser peor para el varón que para la

muchacha, porque la sociedad tolera la presencia de elementos narcisistas en la adolescente, pero se muestra intolerante con el muchacho que se ama a sí mismo. A menudo ellos y ellas pasan por un largo período de incertidumbre acerca de si llegarán a tener impulsos sexuales.

En esta etapa, la masturbación compulsiva puede ser un esfuerzo reiterado por liberarse del sexo, más que una forma de experiencia sexual. En otras palabras, puede ser un intento reiterado de abordar un problema puramente fisiológico que se torna apremiante, antes de empezar a comprender a fondo el significado de lo sexual. Las actividades heterosexuales u homosexuales compulsivas también pueden servir, por cierto, para liberar la tensión sexual cuando aún no se ha adquirido la capacidad de unión entre dos seres humanos completamente desarrollados. Es más probable que esta unión aparezca primero en el juego sexual con meta inhibida, o bien en una conducta afectuosa que haga hincapié en la dependencia o interdependencia.

Nos hallamos una vez más ante una pauta personal que aguarda el momento oportuno para unirse a los nuevos desarrollos instintivos; empero, en el largo período de espera, los adolescentes tienen que hallar el modo de desahogar su tensión sexual. Por eso es previsible que los más jóvenes recurran a la masturbación compulsiva, aunque tal vez se sientan molestos por la insensatez de ese acto que ni siquiera les produce necesariamente placer y tiene sus complicaciones. Por supuesto, el investigador rara vez llega a conocer la verdad acerca de estas cuestiones tan secretas; un buen lema para él sería: "Quien haga preguntas, debe prever que le contestarán con mentiras".

El tiempo oportuno para la adolescencia

El hecho de que los adolescentes puedan serlo en el momento correcto, o sea, a la edad que abarca el desarrollo de la pubertad, ¿no indica acaso una sociedad sana? Los pueblos primitivos ocultan los cambios de la pubertad bajo diversos tabúes, o bien transforman al adolescente en adulto en el lapso de algunas semanas o meses valiéndose de ciertos ritos y pruebas severas. En nuestra sociedad actual, el adulto se forma mediante procesos naturales a partir del adolescente que avanza impulsado por las tendencias de crecimiento. Esto significa muy probablemente que hoy en día el joven recién llegado a la edad adulta es un individuo fuerte, estable y maduro.

Claro está que debemos pagar un precio por esto, en tolerancia y paciencia. Además, este adelanto somete a la sociedad a una nueva tensión: para los adultos a los que les ha sido birlada su adolescencia, es afligente verse rodeados de muchachos y chicas que gozan de una adolescencia floreciente.

A mi entender, hay tres progresos sociales principales que, actuando en forma conjunta, han alterado todo el clima en que se desenvuelven los adolescentes.

Las enfermedades venéreas ya no son un factor disuasivo

El fantasma de estas enfermedades ya no asusta a nadie. Las espiroquetas y los gonococos ya no son los agentes de un Dios castigador (como se creía, por cierto, hace cincuenta años). Ahora se pueden combatir con penicilina y otros antibióticos adecuados.

Recuerdo muy bien el caso de una muchacha a la que conocí después de la Primera Guerra Mundial. Conversando conmigo, me dijo que el miedo a las enfermedades venéreas había sido el único freno que le impidió convertirse en prostituta. Comenté que tal vez, algún día, esas enfermedades podrían prevenirse o curarse, y ella replicó horrorizada que no imaginaba cómo podría haber superado la adolescencia -que apenas había dejado atrás- sin ese miedo del que se

había valido para no desviarse del camino recto. Ahora es madre de una familia numerosa y se diría que es una persona normal, pero debió librar la lucha de su adolescencia y enfrentar el desafío de sus instintos. Fueron tiempos difíciles para ella; robó y mintió un poco, pero emergió como un adulto.

Los anticonceptivos

El avance de las técnicas anticonceptivas le ha dado al adolescente la libertad de explorar. Es una nueva libertad, que le permite descubrir la sexualidad y la sensualidad no sólo aunque no desee ser padre o madre, sino también cuando expresamente quiere evitar que venga al mundo un bebé no deseado, que no tendrá buenos padres que lo críen. Por supuesto, siempre ocurren y seguirán ocurriendo accidentes que derivan en abortos desgraciados y peligrosos, o en el nacimiento de hijos ilegítimos.

No obstante, creo que al examinar el problema de la adolescencia debemos aceptar que el adolescente moderno, si tiene ganas de hacerlo, puede explorar todo el campo de la vida sensual sin sufrir la agonía psíquica provocada por la concepción accidental. Si bien ésta es una verdad a medias, por cuanto aún resta la agonía psíquica vinculada al miedo a tener un accidente, este nuevo factor ha alterado el problema en los últimos treinta años. Ahora percibimos que la agonía psíquica no deriva tanto del miedo como del sentimiento de culpa individual. No quiero decir con esto que todo niño nazca ya con un sentimiento de culpa, sino que el niño sano adquiere (mediante un proceso muy complejo) un sentido de lo bueno y de lo malo y la capacidad de experiencias un sentimiento de culpa. Además, cada niño tiene ideales propios y una noción de lo que desea para su futuro.

Aquí entran en juego poderosísimos factores conscientes e inconscientes, sentimientos y miedos antagónicos que sólo pueden explicarse en función de la fantasía total del individuo. Por ejemplo, una muchacha se sintió compelida a endilgarle a su madre dos hijos ilegítimos antes de sentar cabeza, casarse y fundar una familia. Lo hizo motivada, entre otras cosas, por un deseo de venganza relacionado con el lugar que ella ocupaba en su familia y por la idea de que le "debía" dos bebés a su madre; sentíase obligada a saldar esta deuda antes de iniciar una vida independiente. A esta edad -y, a decir verdad, en todas las edades- las motivaciones conductuales pueden ser extremadamente complejas y cualquier simplificación faltaría a la verdad. Por suerte, en la mayoría de los casos de adolescentes en dificultades, la actitud de la familia (de por sí compleja) refrena las actuaciones alocadas y ayuda al adolescente a superar los episodios desagradables.

Se terminaron las guerras

La bomba de hidrógeno tal vez esté produciendo cambios aun más profundos que las dos características de nuestra época que acabo de mencionar. La bomba atómica afecta la relación entre la sociedad adulta y la marea de adolescentes que parece entrar permanentemente en ella. La nueva bomba no es tanto el símbolo de un episodio maniaco, de un momento de incontinencia infantil expresado mediante una fantasía hecha realidad: el furor convertido en destrucción efectiva. La pólvora ya simbolizó todo esto, así como los aspectos más profundos de la locura, y hace ya mucho tiempo que el mundo fue alterado por la invención de ese polvo que transformaba la magia en realidad. La consecuencia más trascendental de la amenaza de una guerra nuclear es que de hecho significa que no habrá otra guerra. Se argüirá que en cualquier momento podría estallar un conflicto en algún lugar del mundo, pero, a causa de la nueva bomba, sabemos que ya no podremos resolver un problema social organizándonos para librar una nueva guerra. Por consiguiente, ya no hay nada que justifique impartir una severa disciplina militar o naval. No podemos proporcionarla a nuestros jóvenes, ni justificar su inculcación en nuestros niños, a menos que apelemos a una parte

de nuestra personalidad que debemos llamar cruel o vengativa.

Ya no tiene sentido tratar a nuestros adolescentes difíciles preparándolos para luchar por su patria y su rey. Hemos perdido un recurso que estábamos habituados a usar, y tal pérdida nos retrotrae violentamente a este problema: existe algo llamado adolescencia, que constituye de por sí un hecho concreto, y la sociedad debe aprender a convivir con ella.

Podría decirse que la adolescencia es un estado de prepotencia. En la vida imaginativa del hombre, la potencia no es una mera cuestión de rol activo y rol pasivo en el acto sexual, sino que incluye la idea del hombre que triunfa sobre otro hombre y la admiración de la adolescente por el vencedor. Creo que ahora tendremos que envolver todo esto en la mística de café y los ocasionales tumultos en que se echa mano al cuchillo. Hoy en día la adolescencia tiene que contenerse -más aún: debe contenerse como nunca se vio obligada a hacerlo hasta ahora- y hemos de tener en cuenta que posee un potencial bastante violento.

Cuando pensamos en las atrocidades que comete de vez en cuando la juventud moderna, debemos contraponerle todas las muertes y crueldades que ocasionaría esa guerra que ya no estallará, toda la sexualidad liberada en cada guerra que hemos tenido y que ya no tendremos. Así pues, la adolescencia ha venido para quedarse... y con ella han venido la violencia y la sexualidad inherentes.

Los tres cambios enumerados se cuentan entre los que están actuando sobre nuestras actuales preocupaciones sociales. Una de las primeras lecciones que debemos aprender es ésta: el adolescente no es un personaje al que podamos echar del escenario a empellones, valiéndonos de tejemanejes falsos.

La lucha por sentirse real

La negativa a aceptar soluciones falsas, ¿no es acaso una característica primordial de los adolescentes? Su feroz moralidad sólo acepta lo que se siente como algo real. Esta moralidad, que caracteriza igualmente a la infancia, llega mucho más hondo que la perversidad y tiene por lema "Sé fiel a ti mismo". El adolescente está empeñado en tratar de encontrar ese self o "sí-mismo" al que debe ser fiel.

Esto se relaciona con un hecho que ya he mencionado: la cura para la adolescencia es el paso del tiempo, lo cual significa muy poco para el adolescente que rechaza una cura tras otra porque encuentra en ellas algún elemento falso. Una vez que puede admitir que transigir es una actitud permisible, quizá descubra diversos modos de suavizar la inflexibilidad de las verdades esenciales. Por ejemplo, una solución es identificarse con figuras parentales o alcanzar una madurez sexual prematura; puede producirse un desplazamiento del énfasis de la violencia a las proezas deportivas, o bien de las funciones corporales a los logros o realizaciones intelectuales. Por lo general los adolescentes rechazan estos tipos de ayuda, porque todavía no son capaces de aceptar la transigencia. En cambio, tienen que atravesar lo que podríamos denominar una fase de desaliento malhumorado, durante la cual se sienten fútiles.

Al decir esto pienso en un muchacho que vive con su madre en un departamento pequeño. Es muy inteligente, pero desperdicia las oportunidades que le brinda la escuela secundaria. Pasa las horas tendido en su cama, amenazando con tomar una sobredosis de algo y escuchando melancólicos discos de jazz. A veces echa llave a la puerta del departamento y su madre debe llamar a la policía para que la ayude a entrar. Tiene muchos amigos; cuando vienen todos, trayendo comida y cerveza, el departamento se anima repentinamente. La fiesta puede durar toda una noche o un fin de semana y en ella abunda bastante el sexo. El muchacho tiene una amiga estable y sus impulsos suicidas se relacionan con las ideas que le rondan por la supuesta indiferencia de ella.

Le falta una figura paterna pero, en realidad, ignora esta carencia. No sabe qué quiere ser, lo cual aumenta su sentimiento de futilidad. No le faltan oportunidades, pero las pasa por alto. No puede dejar a su madre, pese a que ambos están cansados de soportarse mutuamente.

El adolescente que evita toda solución de compromiso, en especial el recurrir a identificaciones y experiencias vicarias, debe partir de la nada, desechando por entero los trabajosos logros de la historia de nuestra cultura. Los vemos pugnar por empezar desde el principio, como si no pudieran tomar nada de nadie. Forman grupos basándose en uniformidades de menor importancia y en ciertos aspectos superficiales visibles de cada grupo, que varían con la edad y el lugar de residencia. Buscan una forma de identificación que no los traicione en su lucha por conquistar una identidad, por sentirse reales, por no amoldarse a un rol asignado por los adultos y, en cambio, pasar por todos los procesos y experiencias necesarios, sean cuales fueren. Se sienten irreales, salvo en tanto rechacen las soluciones falsas, y eso los induce a hacer ciertas cosas que son demasiado reales desde el punto de vista de la sociedad.

Por cierto que la sociedad queda atrapada, y en grado sumo, en esa curiosa mezcla de desafío y dependencia que caracteriza a los adolescentes. Quienes se ocupan de ellos se preguntan, perplejos, cómo pueden mostrarse desafiantes hasta cierto punto y, al mismo tiempo, manifestar una dependencia pueril y aun infantil. Además, los padres se dan cuenta de que están desembolsando su dinero para posibilitar la actitud desafiante de sus hijos aunque, por supuesto, son ellos quienes sufren las consecuencias de esos desafíos. Este es un buen ejemplo de cómo los que teorizan, escriben y hablan operan en un estrato diferente de aquel en que viven los adolescentes. Los progenitores o sus sustitutos afrontan apremiantes problemas de manejo. No les preocupa la teoría, sino el impacto recíproco entre el adolescente y su padre.

Por consiguiente, podemos hacer una lista parcial de las necesidades que atribuiríamos a los adolescentes:

La necesidad de evitar la solución falsa, de sentirse reales o de tolerar el no sentir absolutamente nada.

La necesidad de desafiar, en un medio en que se atiende a su dependencia y ellos pueden confiar en que recibirán tal atención.

La necesidad de aguijonear una y otra vez a la sociedad, para poner en evidencia su antagonismo y poder responderle de la misma manera.

Salud y enfermedad

Las manifestaciones del adolescente normal guardan relación con las de varios tipos de enfermos. Por ejemplo, la idea de repudiar las soluciones falsas se corresponde con la incapacidad de transigir del paciente esquizofrénico; con esto contrasta la ambivalencia psiconeurótica, así como la impostura y el autoengaño que hallamos en personas sanas. Hay una correspondencia entre la necesidad de sentirse real, por un lado, y los sentimientos de irrealidad asociados a la depresión psicótica y la despersonalización, por el otro. También la hay entre la necesidad de desafiar y un aspecto de la tendencia antisocial, tal como se manifiesta en la delincuencia.

De esto se infiere que en un grupo de adolescentes las diversas tendencias suelen ser representadas por los individuos más enfermos. Un miembro del grupo toma una sobredosis de una droga; otro guarda cama, afectado por la depresión; un tercero echa mano fácilmente a su navaja. En cada caso, detrás del individuo enfermo, cuyo síntoma extremo ha hecho intrusión en la sociedad, se agrupa una pandilla de adolescentes aislados. Aun así, la mayoría de estos individuos -lleguen o no a participar en acciones grupales-, aunque tienen una tendencia antisocial, carecen del

impulso suficiente por debajo de ella, para traducir el síntoma en actos molestos y provocar una reacción social. El enfermo tiene que actuar por los otros.

Digámoslo una vez más: si el adolescente ha de superar esta etapa de su desarrollo por medio de un proceso natural, debemos prever que ocurrirá un fenómeno al que podríamos llamar "fase de desaliento malhumorado del adolescente". La sociedad tiene que incluir este fenómeno entre sus características permanentes, tolerarlo e ir a su encuentro, pero no debe curarlo. Cabe preguntarse si nuestra sociedad es lo bastante sana como para hacer esto.

Un hecho viene a complicar la cuestión: algunos individuos (ya sean psiconeuróticos, depresivos o esquizofrénicos) están demasiado enfermos para alcanzar una etapa de desarrollo emocional que pueda denominarse adolescencia, o sólo pueden llegar a ella de un modo muy distorsionado. Me ha sido imposible incluir en esta breve exposición un cuadro de la enfermedad psiquiátrica grave, tal como se presenta en este nivel de edad. No obstante, hay un tipo de enfermedad que no se puede dejara un lado en ninguna exposición referente a la adolescencia: la delincuencia.

Aquí volvemos a percibir una estrecha relación entre las dificultades normales de la adolescencia y la anormalidad que podríamos denominar "tendencia antisocial". La diferencia entre ambas no radica tanto en sus respectivos cuadros clínicos, sino más bien en la dinámica (o sea, en el origen) de cada una. En la base de la tendencia antisocial siempre hay una privación. Quizás haya consistido simplemente en que, en un momento crítico, la madre se hallaba deprimida o en un estado de retraimiento, o bien se desintegró la familia. Hasta una privación leve puede someter las defensas disponibles a una tensión y esfuerzo excesivos y acarrear consecuencias duraderas, si ocurre en un momento difícil de la vida de un niño. Detrás de la tendencia antisocial siempre está la historia de una vida hasta cierto punto sana, en la que se produjo un corte tras el cual la situación nunca volvió a ser como antes. El niño antisocial busca de una manera u otra, con dulzura o violencia, el modo de lograr que el mundo reconozca la deuda que tiene hacia él; para ello, trata de inducirlo a reformar la estructura o marco roto. Lo repito una vez más: la privación está en la base de la tendencia antisocial.

No podemos decir que en la base de una adolescencia sana (tomada en un sentido general) haya una privación inherente; con todo, hay algo difuso, igual a la privación pero cuyo grado de intensidad no llega a imponer una tensión y esfuerzo excesivos a las defensas disponibles. Esto significa que los miembros extremos del grupo con el que se identifique el adolescente actuarán en nombre de todos sus integrantes. La dinámica de este grupo que se sienta a escuchar blues, o lo que esté de moda, tiene que contener toda clase de elementos propios de la lucha del adolescente: el robo, los cuchillos o navajas, las fugas y las violaciones de domicilio.

Si no pasa nada, los jóvenes que integran el grupo empiezan a sentirse inseguros de la realidad de su protesta; con todo, en sí mismos no están suficientemente perturbados como para cometer un acto antisocial. Pero si en el grupo hay una chica o muchacho antisocial que esté dispuesto a cometer un acto de tal índole que provoque una reacción social, todos los demás se sentirán inducidos a unírsele, se sentirán reales, y esto le proporcionará al grupo una estructura temporaria. Cada uno será leal al individuo extremadamente antisocial que haya actuado en nombre del grupo y le prestará apoyo, aunque ninguno habría aprobado lo hecho por él.

Creo que este principio se aplica al uso de otros tipos de enfermedad. La tentativa de suicidio de un miembro del grupo es muy importante para todos los demás; lo mismo puede decirse cuando uno de ellos no puede levantarse de la cama, paralizado por la depresión. Todos están al tanto de lo que está sucediendo. Este acontecer pertenece a todo el grupo. La composición de éste varía, sus integrantes pasan de un grupo a otro, pero por alguna razón cada uno de estos adolescentes utiliza a los miembros extremos del grupo para ayudarse a sí mismo a sentirse real, en su lucha por soportar este período de desaliento malhumorado.

Todo se reduce al problema de cómo ser adolescente durante la adolescencia. Serlo es todo un desafío para cualquiera. Esto no significa que nosotros, los adultos, debamos decir constantemente: "¡Miren a esos queridos muchachitos que pasan por su adolescencia! Tenemos que tolerarles todo y dejar que rompan nuestras ventanas". El meollo del asunto no es éste, sino que ellos nos desafían y nosotros respondemos al reto como parte de las funciones de la vida adulta. Insisto en señalar que respondemos al desalo, en vez de dedicarnos a curar algo intrínsecamente saludable.

La gran amenaza del adolescente es la que va dirigida a esa pequeña parte de nosotros mismos que no ha tenido una adolescencia efectiva. Ese pedacito de nuestro ser hace que miremos con resentimiento a quienes son capaces de tener su fase de desaliento malhumorado, y que deseemos encontrar una solución para ellos. Hay centenares de soluciones falsas. Todo cuanto digamos o hagamos estará mal. Nos equivocaremos al prestarles apoyo y nos equivocaremos al retirárselo.

Quizá nos atrevamos a no ser "comprensivos". Con el tiempo, descubrimos que ese muchacho o esa chica ha salido de la fase de desaliento malhumorado y ya es capaz de identificarse con sus progenitores, con grupos más amplios y con la sociedad, sin sentirse amenazado de muerte, sin temor a desaparecer como individuo.

Biblioteca D. Winnicott

El lugar de la monarquía

(1970)

Me propongo examinar el lugar de la monarquía en Gran Bretaña. Aunque no poseo un conocimiento particular de la bibliografía sobre la institución monárquica ni me especializo en historia, creo tener una excusa válida para mi intento, y es que la monarquía es algo con lo que convivimos y sobre lo que nos mantenemos constantemente informados a través de la televisión, la prensa popular, las conversaciones con los choferes de taxi y el intercambio de opiniones con los amigos en el bar. Vivo muy cerca del Palacio de Buckingham y me entero, viendo izada la bandera, de que la reina está en él. Pero la pregunta permanente y vital que todo el mundo se formula hoy en Gran Bretaña es: ¿Ha salvado Dios a la reina? Lo que hay detrás es el dicho "¡El rey ha muerto, que viva el rey!", importante porque implica que la monarquía sobrevive a la muerte del monarca reinante. Este es el punto capital.

Como se habrá advertido, aunque no soy demasiado sentimental en lo que respecta a la realeza y las familias reales, tomo muy en serio la existencia de la monarquía, puesto que creo que sin ella la vida en Gran Bretaña sería muy diferente, sin entrar a considerar esta otra cuestión: ¿un sistema distinto de gobierno sería mejor o peor? Sin entrar a considerar tampoco los complejos aspectos de una evaluación objetiva de las cualidades personales de un rey o una reina determinados.

Como paso preliminar a la reflexión sobre la monarquía y su lugar en la comunidad, es natural que nos formulemos esta pregunta: ¿qué dice la gente común cuando se la aborda de manera adecuada y se le da la oportunidad de expresar una opinión personal? En su mayoría manifiestan dos tipos de actitud: la que se basa en los sentimientos y la conversacional.

La actitud conversacional es la que encuentra expresión en el juego que llamamos hablar. La verbalización nos permite explorar muchas posibilidades, y en un debate podemos sostener simultáneamente opiniones opuestas y discutir sólo por placer. En este tipo de exposición de actitudes, sin duda valioso, la mayoría de las personas deja de lado la tremenda complicación que significan las motivaciones inconscientes. Al inconsciente se lo considera una molestia, algo que arruina la diversión. El inconsciente tiene que ver con el psicoanálisis y con el tratamiento de las personas enfermas. En el bar decimos lo que creemos saber y aportamos racionalizaciones que pasan por razones. Y es preferible que no tomemos las cosas demasiado en serio, ya que si lo hiciéramos tal vez nos encontraríamos haciendo el amor o la guerra antes de haber tenido tiempo de decir "amén". La conversación seria, sin embargo, es prueba de civilización, y debe exhortarse a quienes conversan a que tomen en cuenta el inconsciente. La actitud basada en los sentimientos, siendo, como es, una respuesta total, incluye al inconsciente. Pero las personas no pueden, de buenas a primeras, actuar de acuerdo con lo que sienten como personas totales.

En la actitud verbalizada respecto del lugar de la monarquía en nuestra cultura, demasiado a menudo la cuestión de la realeza es tratada como un cuento de hadas. Algunos piensan que ese cuento de hadas es agradable, satisfactorio, y que enriquece nuestra vida cotidiana. Otros, que es una práctica escapista, que debilita nuestra decisión de cambiar lo que hay de malo en la economía, de hacer algo respecto de las

viviendas malas o inadecuadas, la soledad de los ancianos, el desvalimiento de los disminuidos físicamente, la miseria y la pobreza o la tragedia de las persecuciones motivadas por prejuicios. Tal actitud puede resumirse en la palabra "escapismo", y sobre esta base se condena el cuento de hadas.

En estrecha correspondencia se encuentra el término "sentimental", que califica la actitud de quienes nunca despiertan del todo a la realidad, no son capaces de ver el horror de los tugurios y se refugian en la ficción.

Los que emplean el término "escapismo" desprecian a los sentimentales; éstos no saben qué hacer exactamente con los del otro bando, hasta que un día, perplejos, se encuentran involucrados en una situación política, por ejemplo en una revolución que para ellos carece de sentido.

El uso inconsciente de la monarquía

La suposición en que se apoya lo que estoy diciendo es difícil de comprender o imaginar. Concierno a la base de la existencia del individuo humano y al aspecto más fundamental de las relaciones objetales. El axioma es el siguiente: lo que es bueno siempre está siendo destruido. Esto incluye el concepto de intención inconsciente. La verdad que encierra es de algún modo similar a la que encierra el dicho "La belleza está en el ojo del que contempla" [\(1\)](#).

Esta es una de las realidades de la vida. Se observa en nuestro himno nacional: "¡Dios salve a la reina (al rey)!" ¿Los salve de qué? Es fácil pensar que se alude a salvarlos de algún enemigo, aunque el tema se trata debidamente en otros versos. (Lo de "sus viles triquiñuelas" suena divertido, pero sabemos que no es lo esencial del asunto.) A lo que los seres humanos no pueden dejar en paz es a lo bueno: tienen que conseguirlo y destruirlo.

Supervivencia que no depende de la preservación

Es pertinente preguntarse: ¿por qué existen las cosas buenas si su existencia y su bondad provocan a la gente y pueden llevar a que se las destruya? Hay una respuesta que alude a las cualidades de las cosas buenas: éstas pueden sobrevivir. La supervivencia es posible gracias a las propiedades de las cosas buenas que permanentemente están siendo destruidas. Porque sobreviven se las ama, se las valora e incluso se las venera. Han superado la prueba de que se las usara despiadadamente y de haber sido el objetivo, que no hicimos nada por proteger, de nuestros impulsos e ideas más primitivos.

La monarquía es puesta a prueba constantemente. Puede sobrevivir en los momentos difíciles gracias al apoyo de los realistas o los legitimistas, pero en última instancia todo depende de los reyes y las reinas, cuya ascensión al trono no es el fruto de una decisión personal.

Aquí es donde interviene el principio hereditario. Ese hombre (o esa mujer) no ocupa el trono porque así lo haya decidido, ni porque lo hayamos decidido nosotros, ni porque haya sido votado o tenga méritos para ocuparlo, sino por derecho de herencia.

Vistas las cosas de ese modo, es casi un milagro que la monarquía haya subsistido en Gran Bretaña por más de un milenio. Ha habido momentos de incertidumbre, falta de herederos, personas no queridas o no queribles entronizadas de grado o por fuerza, y se ha derramado sangre de reyes. Pero muy pocas veces cesó la monarquía; tanto es así que inmediatamente pensamos en Cromwell, quien quizás haya contribuido a hacer comprender al país que un buen dictador puede ser peor que un mal rey.

Dos consideraciones importantes inspira el hecho de que sobreviva una cosa buena que ha estado expuesta a toda la gama de sentimientos sin contar con protección (la cual implicaría la inhibición de los impulsos y la postergación del momento de la verdad, de la prueba real).

I.

Una de estas consideraciones se refiere a los individuos involucrados en cada momento. La supervivencia de la cosa (en este caso la monarquía) la hace valiosa y permite que gente de todo tipo y edad advierta que la voluntad de destruir no tiene que ver con el odio sino con una clase primitiva de amor, y que la destrucción sólo ocurre en la fantasía inconsciente o en los sueños que cada uno forja mientras duerme. Si la cosa es destruida, lo es en la realidad psíquica interna personal. En la vida de vigilia, la supervivencia del objeto, sea cual fuere, produce alivio y un sentimiento de confianza desconocido hasta entonces. Queda en claro que, a causa de sus propias cualidades, las cosas pueden sobrevivir, a pesar de nuestros sueños y de la escenografía de destrucción de nuestra fantasía inconsciente. El mundo comienza a existir como un lugar por derecho propio; un lugar en el que vivir y no un lugar temible o en el que uno se sienta coartado o perdido o con el que se deba tratar sólo en los momentos de ensoñación o fantaseo.

Gran parte de la violencia que hay en el mundo tiene que ver con el intento de lograr una destrucción que en sí misma no es destructiva, a menos, claro está, que el objeto no consiga sobrevivir o se sienta impulsado a vengarse. De modo que para el individuo es muy valiosa la supervivencia de las cosas más importantes, una de las cuales es, en nuestro país, la monarquía. La realidad se vuelve más real, y menos peligroso el impulso de exploración primitiva.

La otra consideración tiene que ver con la política. En un país que no sea demasiado grande, que tenga una historia y que, en lo posible, sea una isla (con el mar por toda frontera), se puede mantener una dualidad, un sistema político integrado por un gobierno al que es factible cambiar periódicamente y una monarquía indestructible ("¡El Rey ha muerto, que viva el Rey!").

Es obvio -y sin embargo debe ser repetido cada tanto- que el funcionamiento del sistema democrático parlamentario (conceptualmente opuesto a la dictadura) depende de la supervivencia de la monarquía, y *pari passu* la supervivencia de la monarquía depende de que la gente esté convencida de que votando puede acabar con un gobierno en una elección parlamentaria o librarse de un primer ministro. Damos por sentado aquí que el derrocamiento de un gobierno o un primer ministro debe basarse en los sentimientos expresados mediante una votación secreta y no en encuestas (de Gallup u otras), ya que las encuestas no reflejan los sentimientos profundos, la motivación inconsciente ni las tendencias en apariencia ilógicas.

El rechazo de un gobernante o un partido político implica algo menos inmediato: la elección de otro jefe político. En el caso de la monarquía, la cuestión está resuelta de antemano. De este modo la monarquía puede inspirar una sensación de estabilidad en un país que atraviesa por una etapa turbulenta, que es lo que periódicamente debería ocurrir.

El lugar de la persona que ocupa el trono

Por fortuna la supervivencia de la monarquía no depende de la psicología ni de la comprensión lógica, ni tampoco del hábil discurso de un filósofo o un líder religioso. En última instancia, depende de la persona que ocupa el trono. Sería interesante examinar la teoría que puede construirse en torno de estos fenómenos tan significativos.

Todo el tiempo somos conscientes de que, aunque una monarquía esté basada en mil años de historia, basta un día para destruirla. Pueden destruirla una falsa teoría o el periodismo irresponsable. Pueden acabar burlonamente con su existencia quienes sólo ven en ella un cuento de hadas, un ballet o un juego, cuando en realidad están contemplando un aspecto de la vida misma. Ese aspecto de la vida debe ser explicado claramente, porque en general no se lo toma en cuenta en la conversación descriptiva. Tiene que ver con la zona intermedia en que se produce la transición del sueño a la vigilia y de la vigilia al sueño. Este es el lugar

para el juego y la experiencia cultural, así como el lugar que ocupan los objetos y fenómenos transicionales, testimonios de la buena salud psiquiátrica (2).

Aunque la teoría de la personalidad y la vida humanas se elabora principalmente en función de las alternativas del sueño personal y la realidad compartida, si observamos sin preconcepciones veremos que la mayor parte de la vida de los adultos, adolescentes, niños, niños pequeños y bebés transcurre en esa zona intermedia. La civilización misma podría describirse partiendo de esta base. Es preferible que el estudio de esa zona se realice en primer término con bebés cuidados por una madre suficientemente buena y un padre que lleva una apropiada vida hogareña. He explicado tan claramente como me es posible que lo que caracteriza a la zona de fenómenos transicionales es la aceptación de la paradoja que vincula la realidad externa con la experiencia interior. Es una paradoja que nunca debe resolverse. En relación con el bebé que aferra un pedazo de género o un osito de felpa esenciales para su tranquilidad y felicidad, símbolo de una madre o un elemento materno (o paterno) permanentemente disponibles, nunca expresamos la duda: ¿creaste eso o encontraste algo que ya estaba allí? Aunque la pregunta es pertinente y significativa, la respuesta no lo es.

En lo que respecta a la monarquía, el hombre o la mujer que ocupa el trono es el sueño de cada cual, y sin embargo es una persona dotada de todas las características humanas.

Sólo si estamos muy alejados de esa mujer, la reina, podemos soñar y situarla en la zona del mito. Si estuviéramos muy próximos a ella, es de suponer que nos resultaría difícil prolongar el sueño. Para mí, como para muchos millones de personas, esa mujer representa mi sueño y al mismo tiempo es un ser humano a quien puedo ver, mientras espero sentado en un taxi, cuando sale en su auto del Palacio de Buckingham para cumplir alguna función que es parte del rol que le fue asignado por el destino y en el que la mantenemos la mayoría de nosotros. Mientras maldigo por la demora que me hará llegar tarde a mi cita, sé que necesitamos la formalidad, la deferencia y las molestias del "sueño convertido en realidad". Posiblemente la mujer que es la reina también odia todo eso alguna vez, pero nunca nos enteramos, porque casi no tenemos acceso a los detalles de su vida y la persona de esta mujer particular, lo cual es necesario para que se mantenga su significado de sueño. Sin su significado de sueño, sería una vecina más.

Por supuesto que intentamos levantar el velo. Disfrutamos leyendo acerca de la reina Victoria e inventamos historias a la vez sentimentales y procaces, pero en el centro de todo eso se encuentra una mujer (o un hombre) que tiene o no tiene la capacidad de sobrevivir, de existir sin reaccionar ante la provocación ni la seducción, hasta que, llegada la hora de su muerte, un sucesor designado por herencia asume esa terrible responsabilidad. Es una responsabilidad terrible porque es irreal en su completa realidad, porque donde hay vida puede haber muerte, porque en el momento crucial hay aislamiento, un grado de soledad que no tiene paralelo.

Cuando examinamos esta zona intermedia en la que vivimos y jugamos, en la que somos creativos, no debemos resolver la paradoja sino tolerarla. Para aclarar este punto cabe hacer referencia a los cuadros de la Corona. Estos cuadros, que tienen un inmenso valor artístico, fueron coleccionados por la reina y sus antepasados durante siglos, y son de su propiedad. Pero al mismo tiempo pertenecen a la nación -a cada uno de nosotros-, porque la reina es nuestra reina y la encarnación de nuestro sueño. Si la monarquía fuera abolida, de inmediato esa colección de objetos encantadores se convertiría en una lista de mercancías tasadas en un catálogo, que pasarían a manos de cualquiera que tuviese abundancia de libras o dólares en un momento determinado.

Tal como están las cosas, con la reina representándonos en la propiedad, no necesitamos pensar en falsos términos de valor monetario..

Resumen

En consecuencia, la supervivencia de la monarquía depende: de sus cualidades intrínsecas; de su prescindencia en los altercados políticos (generalmente de carácter verbal) que se producen en el Parlamento o durante los

comicios; de su dependencia respecto de nuestro sueño o nuestro potencial inconsciente total; de su dependencia de las cualidades de la mujer (o el hombre) que ocupa el trono y las características de la familia real, así como de cuestiones aleatorias de vida o muerte por accidente o enfermedad; de la salud psiquiátrica general de la comunidad, incluida una proporción no demasiado alta de personas resentidas a causa de la privación o enfermas a causa de las privaciones que sufrieron en sus relaciones más tempranas; de factores geográficos, y así sucesivamente.

Sería un error creer que vamos a preservar lo que consideramos bueno. En última instancia será la capacidad de supervivencia del monarca real lo que decide el asunto. En la actualidad, al parecer, somos afortunados. Somos capaces de apreciar la tensión que acompaña al gran honor y privilegio de ocupar el trono de este país, un país no demasiado grande, rodeado por el mar, que una canción describía como "una agradable y un poco estrecha isleta".

Conclusión

Mi tesis es que no se trata de salvar la monarquía. Es más bien a la inversa. La existencia ininterrumpida de la monarquía es una de las indicaciones que tenemos de que aquí y ahora se cumplen las condiciones que hacen posible que la democracia (que es un reflejo de los asuntos familiares en un marco social) caracterice el sistema político y tornan muy improbable el surgimiento de una dictadura, sea benévola o maligna (ambas se basan en el miedo). En tales condiciones los individuos, si son emocionalmente sanos, pueden desarrollar un sentimiento de ser, realizar parte de su potencial personal, y jugar. NOTAS:

(1) La exposición más completa de Winnicott sobre las cuestiones aquí tratadas se encontrará en "The Use of an Object", en *Playing and Reality*, Londres, Tavistock Publications, 1971; Nueva York, Basic Books, 1971; Harmondsworth, Penguin Books, 1985.

(2) Véase *Playing and Reality*, ob. cit., en especial el capítulo 1, "Transitional Objects and Transitional Phenomena".

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

La madre de devoción corriente, 1966

¿Cómo decir algo nuevo sobre un tema bien conocido? Mi nombre ha sido vinculado a esta frase, y quizás debiera, en primer término, dar una explicación al respecto.

En el verano de 1949 iba caminando con Isa Benzie, productora de la BBC, quien actualmente está jubilada y cuyo nombre me place recordar, y ella estaba diciendo que yo podría dar una serie de nueve charlas sobre cualquier tema que me agradara. Ella estaba, evidentemente, tratando de hallar un slogan, pero yo lo ignoraba. Le contesté que no tenía ningún interés en decirle a la gente qué hacer. Por empezar, yo no lo sabía. Pero que me gustaría hablarles a las madres sobre lo que hacen correctamente, por el simple hecho de que cada una de ellas realiza con devoción la tarea a su cargo, que consiste en cuidar un niño, o quizás mellizos. Dije que esto

sucede corrientemente, y que un niño que no sea atendido desde el comienzo por una especialista constituye una excepción. Isa Benzie halló la clave en cuestión de segundos, y exclamó: "¡Espléndido! La Madre de Devoción Corriente." Y así fue.

Como imaginarán he sido un tanto ridiculizado debido a esta frase, y hay muchas personas que suponen que soy sentimental con respecto a las madres, que las idealizo, que no tomo en cuenta a los padres, y que no puedo entender que algunas madres son bastante terribles o realmente ineptas. Me veo obligado a soportar estos pequeños inconvenientes porque no estoy avergonzado de la connotación de estas palabras.

Existe otra crítica que proviene de aquellos que además me han oído decir que el fracaso de las madres en actuar con devoción corriente es uno de los factores en la etiología del autismo. Esto se entiende como una acusación cuando uno realmente sigue la lógica y se refiere a los efectos del fracaso de la madre de devoción corriente. ¿Pero no es natural que, si lo que llamamos devoción es realmente importante, su ausencia o un fracaso relativo en esta área tenga consecuencias desfavorables? Retomaré el tema cuando analice qué es lo que se entiende por culpa.

Considero que no puedo evitar decir cosas obvias. Es una observación trivial que cuando digo devoción simplemente quiero significar devoción. Supongamos que usted es el encargado de acomodar las flores del altar de su iglesia al final de cada semana. Si está a cargo de esa tarea, simplemente no la olvidará. Los viernes, usted se asegura de que las flores estén allí para acomodarlas; o, si tiene gripe, telefonará a alguien o le enviará un mensaje con el lechero, aunque no le agrada que sea otra persona la que acomode las flores. Pero los domingos, cuando los fieles se reúnen, el altar nunca está vacío o con flores marchitas en floreros sucios que desmerezcan el santuario en vez de adornarlo. Y sin embargo no puede decirse, espero, que usted esté ansioso y

preocupado desde el lunes hasta el jueves. El asunto está simplemente adormecido en algún lugar de su mente, y se despierta, y lo despierta a usted el viernes, o quizás el sábado.

De un modo similar, las mujeres no pasan el tiempo alborotadas pensando que deberían estar cuidando un bebé. Juegan al golf, tienen un trabajo que las absorbe, incurren naturalmente en todo tipo de conductas masculinas tales como ser irresponsables, dar todas las cosas por seguras o correr carreras de autos. Esto equivale al período que va de lunes a viernes, en el ejemplo de las flores del altar.

Luego, un día, descubren que se han convertido en anfitrionas de un nuevo ser humano que ha decidido instalarse y que, como el personaje interpretado por Robert Morley en *El hombre que vino a cenar*, va incrementando sus demandas hasta un día lejano en que vuelven a reinar la paz y la tranquilidad, y en que ellas pueden volver a expresarse de un modo más directo. Durante este prolongado viernes-sábado-domingo, han estado en una fase de expresión a través de la identificación con lo que con suerte se convierte en un bebé, y se vuelve autónomo, mordiendo la mano que le dio de comer.

Sucede que existe este útil período de nueve meses durante el cual hay tiempo para que la mujer realice un pasaje gradual de un tipo de egoísmo al otro. El mismo fenómeno puede ser observado en el padre; también ocurre con la gente que decide adoptar un bebé, se convence de la idea de adoptar, se exalta, y llega a un punto en el que el bebé debe materializarse; desafortunadamente para los que adoptan, a veces surge una decepción en este momento, y cuando encuentran al bebé, ya no están tan seguros de desearlo.

Quiero hacer hincapié en la importancia de este período de preparación. Cuando era estudiante de medicina, tenía un amigo que era poeta. Varios de nosotros -él incluido- compartíamos un

excelente alojamiento en los suburbios de North Kensington. Así es como encontramos el alojamiento:

Mi amigo el poeta, que era muy alto y perezoso y fumaba sin cesar, iba caminando por un barrio cuando vio una casa que parecía agradable. Tocó el timbre. Una mujer le abrió la puerta, y a él le gustó la expresión de su rostro. Entonces, le dijo: "Quisiera alojarme aquí." Ella dijo: "Tengo un cuarto libre. ¿Cuándo vendrá usted?" El respondió: "Ya estoy aquí." Entonces entró en la casa y, cuando la mujer le mostró el cuarto, dijo: "Estoy enfermo, así que me acostaré ya mismo. ¿A qué hora sirven el té?" Y se acostó y permaneció en cama durante seis meses. En pocos días, todos estábamos cómodamente instalados en la casa, pero el poeta era el favorito de la dueña.

Pero la naturaleza ha decretado que los bebés no eligen a sus madres. Simplemente llegan, y las madres tienen tiempo para reubicarse, para descubrir que, por unos meses, su Oriente no está en el este sino en el centro (¿o tal vez un poco descentrado?).

Yo sugiero, como ustedes saben, y supongo que todo el mundo está de acuerdo, que corrientemente la mujer entra en una fase (de la que corrientemente se recupera durante las semanas y los meses que siguen al nacimiento del bebé) en la cual, en gran medida, ella es el bebé y el bebé es ella. No hay nada místico en esto. Después de todo, ella fue un bebé alguna vez, y tiene en sí el recuerdo de haber sido un bebé; también tiene recuerdos de haber sido cuidada, y estos recuerdos la ayudan o interfieren en sus propias experiencias como madre.

Creo que, para el momento en que el bebé está maduro para el nacimiento, la madre, si ha sido bien cuidada por su compañero o por el Estado, o por ambos, está preparada para una experiencia en la cual sabe perfectamente bien cuáles son las necesidades del bebé. Ustedes comprenderán que no me refiero simplemente a su

capacidad de saber si el bebé está o no hambriento, o algo por el estilo; me refiero a una cantidad de cosas sutiles, cosas que sólo mi amigo el poeta podría expresar con las palabras apropiadas. Por mi parte, me conformo con utilizar la palabra sostén y con extender su significado a todo lo que la madre es y hace en este período. Considero que se trata de un período crítico, pero apenas me atrevo a decirlo porque sería una pena que una mujer mostrase afectación justamente en un momento en el que tiende naturalmente a comportarse en forma espontánea. Esto es lo que ella no puede aprender de los libros. Ni siquiera Spock le resulta útil precisamente en este momento, en el que siente que el bebé necesita ser tomado en brazos, o acostado, ser dejado solo o cambiado de posición en la cuna, o cuando ella sabe que lo esencial es la más simple de todas las experiencias, aquella basada en el contacto en ausencia de actividad, en la cual existe un espacio para el sentimiento de unidad entre dos personas que en realidad son dos y no una sola. Estas cosas le dan al bebé la oportunidad de ser, a partir de la cual puede surgir a continuación todo lo que tiene que ver con la acción y con la interacción. Aquí está la base para lo que gradualmente se convierte, para el niño, en la experiencia de ser.

Todo esto es sumamente sutil, pero su continua reiteración constituye la base de la capacidad de sentirse real del bebé. Con esta capacidad el bebé puede enfrentar al mundo, o, mejor dicho, puede avanzar en los procesos madurativos que hereda. Cuando se dan estas condiciones, como generalmente ocurre, el bebé puede desarrollar la capacidad de experimentar sentimientos que hasta cierto punto se corresponden con los de una madre identificada con su bebé, o, mejor dicho, intensamente dedicada a su bebé y a todo lo que sea el cuidado de su bebé. A los tres o cuatro meses, el bebé es a veces capaz de demostrar que sabe lo que significa ser una madre, es decir, lo que significa ser una madre en estado de consagración a algo que no es precisamente ella misma.

Es preciso recordar que lo que aparece inicialmente a una edad temprana requiere largo tiempo para establecerse como mecanismo más o menos fijo dentro de los procesos mentales del niño.

Como es de esperar, lo que estuvo presente alguna vez puede ciertamente perderse. Pero lo que considero importante aquí es que lo más complejo sólo puede surgir a partir de lo más simple, y en un individuo sano, la complejidad de la mente y la personalidad se desarrolla de modo y con un crecimiento uniforme, siempre de lo simple a lo complejo.

Con el tiempo, el bebé comienza a necesitar que su madre falle en adaptarse, siendo esta falla también un proceso gradual que no puede aprenderse en los libros. Sería molesto para un niño seguir experimentando omnipotencia cuando ya está en condiciones de tolerar frustraciones y fallas relativas del ambiente. ¡Se puede obtener bastante satisfacción de la rabia!, siempre que ésta no se convierta en desesperación.

Cualquier padre sabe a qué me refiero cuando digo que aunque haya sometido a su bebé a las frustraciones más terribles, nunca lo ha decepcionado, o sea, que el apoyo de su yo al yo del bebé ha sido confiable. El bebé nunca se despertó llorando y encontró que no había nadie que lo escuchara. Cuando comenzó a hablar, tampoco se lo quiso distraer con mentiras.

Pero, por supuesto, todo esto implica no solamente que la madre fue capaz de preocuparse por el cuidado de su hijo, sino que además tuvo suerte. No necesito enumerar las cosas que pueden ocurrir hasta en las familias mejor organizadas. De todos modos, mencionaré tres ejemplos para ilustrar tres tipos de problemas. El primero es puramente fortuito: una madre se enferma y muere, y no puede evitar faltarle a su hijo precisamente del modo en que odia hacerlo. O vuelve a quedar embarazada en un plazo menor

que el que había considerado apropiado. Hasta cierto punto se la podría considerar responsable de esta complicación, pero estas cosas no son tan simples ni tan fáciles de controlar. O una madre se deprime y siente que no le está dando a su hijo lo que éste necesita, pero no puede evitar tal estado de ánimo, que bien puede ser una reacción ante algo que ha irrumpido en su vida privada. En este caso, si bien es cierto que está causando problemas, nadie podría culparla.

En otras palabras, por muy diversas razones algunos niños son defraudados cuando aún no están capacitados para evitar que su personalidad resulte dañada o mutilada a causa de ello.

En este punto, debo retomar la idea de la culpa. Es necesario que seamos capaces de considerar el crecimiento y el desarrollo humanos con todas sus complejidades internas o personales para el niño, y que podamos decir: aquí ha fallado el factor de la madre de devoción corriente, sin culpar a nadie. Por mi parte, no tengo ningún interés en adjudicar culpas. Las madres y los padres se culpan a sí mismos, pero ésta es otra cuestión, y efectivamente se sienten culpables de cualquier cosa, de tener un hijo mogólico, por ejemplo, de lo cual ciertamente no se los puede hacer responsables.

Pero debemos ser capaces de examinar la etiología y de afirmar, si es necesario, que algunas de las alteraciones que encontramos en el desarrollo se deben a una falla del factor "madre de devoción corriente" en un determinado punto o etapa. Esto no tiene nada que ver con la responsabilidad moral. Es otra cuestión. De todos modos, ¿cuán bueno hubiese sido yo como madre?

Pero existe un motivo especial por el que creo que debemos ser capaces de adjudicar importancia etiológica (no culpa), y es que éste es el único modo en que podemos reconocer el valor positivo del factor "madre de devoción corriente": la necesidad vital para cada bebé de que alguien facilite las primeras etapas de los ã

procesos de crecimiento psicológico, o psicosomático, o, mejor dicho, el crecimiento de la más inmadura y absolutamente dependiente personalidad humana.

En otras palabras, no creo en la historia de Rómulo y Remo, por más respeto que me merezcan las lobas. Fue un ser humano quien halló y cuidó a los fundadores de Roma, si hemos de admitir que hay algo de cierto en este mito. No quiero decir con esto que nosotros como hombres y mujeres les debemos algo a las mujeres que hicieron eso por cada uno de nosotros. No les debemos nada. Pero estamos obligados a aceptar racionalmente el hecho de que, en un principio, éramos absolutamente dependientes (en lo psicológico), y que absolutamente significa absolutamente. Por fortuna, nos encontramos con la devoción corriente.

¿Es posible decir algo acerca de los motivos por los cuales es necesario que una madre sea capaz de realizar en un comienzo esta íntima adaptación a las necesidades de su hijo? (Nota)

Es fácil decir bastante acerca de las necesidades más obvias, aunque más complicadas, de los niños mayores y de aquellos que han tenido éxito en la evolución desde la relación exclusiva con sus madres hasta las relaciones triangulares. Es evidente que los niños necesitan un entorno estable dentro del cual resolver sus conflictos de amor y odio y sus dos tendencias principales, una basada en una orientación hacia el progenitor del mismo sexo, y la otra basada en una orientación hacia el progenitor del sexo opuesto. En este sentido puede hablarse de contiendas homo y heterosexuales en las relaciones objetales.

Ustedes querrán, de todos modos, que intente explicar las necesidades del niño en esta temprana etapa en la cual casi siempre existe una figura materna que está en condiciones de no tener muchas otras preocupaciones en un período en el cual la

dependencia del bebé es absoluta. He escrito bastante sobre este tema, y no puedo hacer más que resumirlo si tengo que explicarlo en pocas palabras. Quiero destacar que en estas primeras semanas de vida, tan importantes, las etapas iniciales de los procesos madurativos tienen su primera oportunidad de convertirse en experiencias para el bebé. Cuando el entorno facilitador es suficientemente bueno, debiendo ser éste humano y personal, las tendencias heredadas del bebé hacia el crecimiento alcanzan sus primeros logros importantes. Podemos dar ciertas denominaciones a estos logros. El principal es la integración. Todas las partículas de sensación y de actividad que conforman aquello que conocemos como un determinado bebé comienzan a unirse de manera tal que existen momentos de integración en los cuales el bebé es una unidad, aunque, por supuesto, una unidad altamente dependiente. Decimos que el apoyo del yo de la madre facilita la organización del yo del bebé. A la larga, el bebé se vuelve capaz de afirmar su propia individualidad y hasta de experimentar un sentido de identidad. Todo esto aparenta ser muy simple cuando funciona bien, y se basa en la relación más temprana, en la cual el bebé y la madre están de acuerdo. No hay nada místico en esto. La madre tiene con el bebé un tipo de identificación muy compleja, por cuanto se siente muy identificada con él pero, indudablemente, sigue siendo adulta. El bebé, por otra parte, tiene una identidad con la madre en los tranquilos momentos de contacto que, más que logros del bebé, son logros de la relación que la madre hace posible. Desde el punto de vista del bebé no existe nada más que el bebé y, en consecuencia, al comienzo la madre es parte de él. En otras palabras, aquí se produce algo que la gente denomina identificación primaria. Esto es el comienzo de todo, y le da un sentido a palabras tan simples como ser.

Podríamos utilizar la palabra afrancesada existir y hablar sobre la existencia, y podríamos transformar esto en una filosofía y denominarla existencialismo, pero por un motivo u otro preferimos comenzar con la palabra ser y seguir con la enunciación

yo soy. Lo importante es que yo soy no significa nada a no ser que, en un comienzo, yo seas uno junto con otro ser humano que aún no se ha diferenciado. Por esta razón, es más correcto hablar de ser que utilizar los términos yo soy, que pertenecen a la siguiente etapa.

Nunca se destacará lo bastante el hecho de que el ser es el comienzo de todo, sin el cual el hacer y el ser objeto de carecen de significado. Es posible inducir a un bebé a la alimentación y al funcionamiento de todos los procesos vitales, pero el bebé no siente estas cosas como experiencias a menos que esté basado en un quantum de ser suficiente como para establecer el sí-mismo que finalmente es una persona.

Lo opuesto a la integración es una falla en la integración, o la desintegración a partir de un estado de integración. Esto es intolerable. Es una de las angustias inconcebibles más básicas de la infancia, que se evitan por medio del tipo de cuidado corriente que de hecho casi todos los niños reciben de un ser humano adulto.

Enumeraré muy brevemente uno o dos procesos básicos de crecimiento similares. No se puede dar por sentado que la psique del niño se formará adecuadamente en conjunción con el soma, es decir, con el cuerpo y su funcionamiento. La existencia psicosomática es un logro, y aunque se basa en una tendencia heredada hacia el crecimiento, no puede concretarse sin la activa participación de un ser humano que sostenga y cuide al bebé. Una falla en esta área está relacionada con todas las dificultades que afectan a la salud física, las cuales se originan en realidad en la inestabilidad de la estructura de la personalidad. Ustedes podrán comprobar que la falla de estos procesos tempranos de crecimiento nos conduce inmediatamente al tipo de sintomatología que encontramos en los hospitales psiquiátricos, de manera que la prevención de las enfermedades mentales debe comenzar con el cuidado de los niños y con todo lo que hacen naturalmente las

madres que quieren tener un bebé a quien cuidar.

Otro aspecto que podría mencionar tiene que ver con los comienzos de las relaciones objetales. Esto ya se aproxima a una visión más compleja de la psicología. Sin embargo, ustedes reconocerán el modo en que, cuando existe una buena relación entre el bebé y la madre, comienzan a aparecer objetos que el bebé puede usar en forma simbólica; no solamente el dedo para chupar sino además algo para agarrar, que puede llegar a ser un juguete. Una falla en este punto debe ser evaluada en términos de un fracaso de la capacidad para las relaciones objetales.

Podrá observarse que, aunque al principio nos referíamos a cosas muy simples, también nos referíamos a aspectos de vital importancia, aspectos que conciernen al establecimiento de las bases para la salud mental. Gran parte de la evolución tiene lugar en etapas posteriores, pero sólo cuando existe un buen comienzo todo lo que se realiza en las etapas posteriores puede ser efectivo. A veces las madres se alarman al pensar que lo que están haciendo tiene tanta importancia, y, en ese caso, es mejor no decírselo.

Saberlo las hace actuar con afectación, y entonces los resultados no son tan buenos. No es posible aprender estas cosas, y la ansiedad no es un sustituto para este tipo tan simple de amor, que es casi físico. Ustedes me preguntarán, ¿por qué entonces preocuparse por señalar todo esto? Pero quiero recalcar que alguien debe preocuparse por estas cosas, porque de lo contrario nos olvidamos de la importancia de estas relaciones tempranas e interferimos con ellas fácilmente. Esto es algo que no debemos hacer jamás. Cuando una madre simplemente tiene la capacidad de ser madre, nunca debemos interferir. Ella no será capaz de luchar por sus derechos porque no comprenderá. Todo lo que sabrá es que ha sido herida. Pero la herida no es un hueso roto o un corte en el brazo. Es un daño en la personalidad del bebé. Cuán frecuentemente sucede que una madre se pase años de su vida intentando reparar esta

herida que en realidad fue causada por nosotros al interferir innecesariamente en algo tan simple que parecía no tener importancia.

Biblioteca D. Winnicott

Manejo residencial como tratamiento para niños difíciles (1947)

En colaboración con Clare Britton.

La evolución de un proyecto de albergue en época de guerra

Sucedió que los autores debieron tomar parte en un proyecto de guerra que surgió en cierto condado de Gran Bretaña en tomo al problema presentado por los niños evacuados de Londres y otras grandes ciudades. Es bien sabido que parte de los niños evacuados no lograron adaptarse a sus ubicaciones y que, mientras que algunos de ellos regresaron a sus familias y a los ataques aéreos, muchos permanecieron en aquéllas y se constituyeron en una verdadera molestia, salvo cuando se pudo proporcionarles condiciones especiales de manejo. Como psiquiatra visitante y asistente social psiquiátrica residente, formamos un pequeño equipo psiquiátrico destinado a lograr que un proyecto de este tipo tuviera éxito en nuestro país. Nuestra tarea consistía en asegurarnos de que todos los recursos disponibles se utilizaran realmente para manejar los problemas que se planteaban: uno de nosotros (D. W. W.), como pediatra y psiquiatra de niños que había ejercido sobre todo en Londres, pudo relacionar los problemas específicamente vinculados con la situación de guerra y los problemas correspondientes de la experiencia en tiempo de paz.

El plan que se desarrolló fue necesariamente complejo, y sería difícil decir que un diente del engranaje tenía más importancia que cualquier otro. Por lo tanto, hemos de describir lo que ocurrió, porque se nos pidió que lo hiciéramos, y sin que pretendamos ser particularmente responsables por lo que de bueno hubo en todo ello; los criterios expresados son propios y se dan sin ninguna referencia a los otros participantes en el proyecto. Quizás sería mejor decir que también en nuestra tarea de asegurar que los niños recibieran realmente cuidado y tratamiento teníamos que tener presente la situación total, porque en todos los casos se necesitaba mucho más de lo que podía hacerse y de lo que, en realidad, se hacía; y en cada caso, por lo tanto, la evaluación de la situación total ejercía considerable influencia práctica. Lo que deseamos describir en particular es precisamente esa relación entre el trabajo realizado con cada niño y la situación total.

Debe mencionarse que no hubo intento alguno de hacer de este proyecto un caso especial o un modelo piloto. No se buscó ni se aceptó subsidios de una entidad con fines de investigación. No se pretende afirmar que el proyecto con el que estuvimos relacionados fue particularmente eficaz o exitoso, o que alcanzó mejores resultados en nuestro condado que en otros. Es probable que la forma en que se desarrollaron las cosas en este condado hubiera resultado inadecuada para cualquier otro; y lo que sucedió puede tomarse como ejemplo de una adaptación natural a las circunstancias.

De hecho, un rasgo significativo de todos los proyectos de guerra de este tipo fue la falta de un planeamiento rígido, lo cual permitió que cada Departamento Regional del Ministerio de Salud (de hecho cada condado en

cada región) se adaptara a las necesidades locales; con el resultado de que al concluir la guerra nos encontramos con tantos tipos de proyecto como condados. Podría considerarse que esto, constituye un fracaso del planeamiento general; pero en este sentido sugerimos que la oportunidad de adaptarse tiene más valor que la previsión. Si se elabora y se aplica un proyecto rígido, se produce un forzamiento nada económico de situaciones cuando las circunstancias locales no admiten una adaptación; más importante aún, las personas que se ven atraídas a la tarea de aplicar un programa fijo son muy distintas de las que se interesan por la tarea de desarrollar el proyecto por sí mismos. La actitud del Ministerio de Salud, al que cupo manejar estas cuestiones, nos parece haber apelado a una originalidad creadora y, por ende, a un interés vivo por parte de quienes debían organizar el trabajo y los proyectos de trabajo de acuerdo con las necesidades locales.

En toda actividad relativa al cuidado de seres humanos, lo que se necesita son individuos con originalidad y un hondo sentido de la responsabilidad. Cuando, como en este caso, los seres humanos son niños, niños que carecen de un ambiente específicamente adaptado a sus necesidades individuales, los participantes que prefieren seguir un plan rígido quedan descalificados para la tarea. Todo amplio proyecto para el cuidado de niños carentes de una vida hogareña adecuada debe ser, por lo tanto, del tipo que permite un amplio grado de adaptación local y que atrae a personas de criterio igualmente amplio para trabajar en él.

El problema existente

Los niños evacuados de las grandes ciudades eran enviados a los hogares de personas corrientes. Pronto se tornó obvio que parte de esos niños resultaba difícil de ubicar, y no por el hecho de que algunos hogares fueran inadecuados.

Los problemas de ubicación planteados en estos términos pronto degeneraban en casos de conducta antisocial. Un niño que no se adaptaba a una ubicación regresaba a su casa y al peligro, o bien cambiaba de ubicación; varios cambios de ubicación indicaban una situación degenerativa, y tendían a ser el prelude de algún acto antisocial. En esa etapa la opinión pública devenía un factor importante en la situación: por un lado, había alarma pública, y las actividades de los tribunales que representaban las actitudes habituales para con la delincuencia, y por el otro, estaba la preocupación organizadora del Ministerio de Salud por desarrollar interés local destinado a proporcionar a esos niños otro tipo de manejo que impidiera su presentación final en los tribunales.

Los síntomas en estos casos eran de muy diversas clases. Mojarse en la cama e incontinencia fecal ocupaban el primer lugar, pero encontramos toda suerte de dificultades posibles, incluyendo los robos en pandillas, el incendio de parvas de heno, descarrilamiento de trenes, ausentismo escolar, huidas, y asociación con soldados. Desde luego, también hubo signos más evidentes de ansiedad, así como estallidos maníacos, fases depresivas, enfurruñamientos, conducta desusada o enajenada y deterioro de la personalidad con pérdida de interés en la ropa y la higiene.

Pronto se descubrió que los cuadros sintomáticos carecían de valor diagnóstico, y sólo revelaban angustia como resultado de una falla ecológica en el nuevo hogar adoptivo. Las condiciones anormales de la evacuación prácticamente tornaban imposible reconocer la enfermedad psicológica, en el sentido de una profunda perturbación endopsíquica aparentemente no relacionada con el ambiente. Esta situación se vio complicada por el proceso natural de mutua elección que llevó a los niños psicológicamente sanos a elegir las mejores ubicaciones.

La reacción inicial de las autoridades ante la aparición de un grupo conflictual de niños fue la de dar a esas criaturas tratamiento psicológico individual, así como proporcionar los elementos necesarios para ubicarlos mientras recibían tratamiento. Con todo, poco a poco se vio que en este sentido era necesario contar con manejo residencial. Además, pronto se tornó evidente que ese manejo constituía por sí mismo una terapia y que el manejo adecuado, como terapia, debía ser práctico, pues estaba en manos de personas que carecían de

una formación acabada, es decir, de custodios que no eran expertos en psicoterapia sino que estaban informados, guiados y apoyados por el equipo psiquiátrico.

Como medida básica, por lo tanto, se organizaron albergues para el cuidado residencial de los niños evacuados difíciles. En nuestro condado se utilizó en primer término una gran institución que estaba fuera de uso, pero debido a las dificultades de esa experiencia inicial las autoridades locales tuvieron la idea de establecer varios albergues pequeños, que se manejarían en forma personal (1), mientras que el nombramiento de un Asistente Social Psiquiátrico que debía residir en ese condado surgió de la necesidad de coordinar el trabajo de los diversos albergues, y de organizar la experiencia de modo que todo el proyecto se viera beneficiado por ella.

En las primeras etapas se pensó que era posible ofrecer un tratamiento que permitiera a cada niño encontrar una nueva ubicación, pero la experiencia demostró que esa idea se basaba en una subestimación de la gravedad del caso. Era tarea del psiquiatra llamar la atención sobre el hecho de que esos niños estaban seriamente afectados por la evacuación, y que casi todos ellos tenían razones personales por las que ninguna ubicación les resultaba buena; para demostrar, de hecho, que esos fracasos en la evacuación se producían casi siempre en niños que provenían de hogares perturbados, o que nunca habían tenido en su propia casa el ejemplo de un buen ambiente.

La terapia por el manejo en albergues residenciales necesitaba una política estable, y fue necesario modificar las intenciones originales con respecto a los albergues para que los niños pudieran permanecer durante períodos indefinidos, hasta dos, tres o cuatro años. En la mayoría de los casos, los niños que resultaban difíciles de ubicar carecían de un hogar satisfactorio, o habían experimentado la desintegración del hogar, o bien, justo antes de la evacuación, debieron soportar la carga de un hogar a punto de desintegrarse. Lo que necesitaban, por ende, no era tanto un sustituto de su propio hogar sino experiencias hogareñas primarias satisfactorias.

Por experiencia hogareña primaria se entiende la experiencia de un ambiente adaptado a las necesidades especiales del bebé y del niño pequeño, sin las cuales es imposible establecer los fundamentos de la salud mental. Sin una persona específicamente orientada hacia sus necesidades, el bebé no puede encontrar una relación eficaz con la realidad externa. Sin alguien que le proporcione gratificaciones instintivas satisfactorias, el bebé no puede encontrar su cuerpo ni desarrollar una personalidad integrada. Sin alguien a quien amar y odiar, no puede llegar a darse cuenta de que ama y odia a una misma persona, y encontrar así su sentimiento de culpa y su deseo de reparar y restaurar. Sin un ambiente físico y humano limitado que pueda conocer, no puede descubrir la medida en que sus ideas agresivas resultan realmente inocuas, y, por lo tanto, no puede establecer la diferencia entre fantasía y realidad. Sin un padre y una madre que estén juntos, y que asuman una responsabilidad conjunta por él, no puede encontrar y expresar su necesidad de separarlos, y experimentar alivio cuando fracasa en ese intento. El desarrollo emocional de los primeros años es complejo y resulta imposible saltar etapas, y todo niño necesita indispensablemente cierto grado de ambiente favorable para superar las primeras y esenciales etapas de este desarrollo.

Para que tengan valor, estas experiencias hogareñas primarias proporcionadas tardíamente en los albergues debían ser estables durante un período medido en años y no en meses; y resulta fácil comprender que los resultados nunca podían ser tan buenos como los de buenos hogares primarios. Por lo tanto, el éxito en la tarea de los albergues debe considerarse en términos de aliviar el fracaso del hogar verdadero.

Como corolario de todo esto, una tarea eficaz en el albergue debe apelar a todo lo que pueda encerrar algún valor en el propio hogar del niño.

La tarea

Hay varias maneras de describir el problema concreto:

- 1) La protección al público de la "molestia" ocasionada por los niños difíciles de ubicar.
- 2) La resolución de sentimientos públicos conflictuales de imitación y preocupación.
- 3) El intento de impedir la delincuencia.
- 4) El intento de tratar y curar a esos niños "estorbo" sobre la base de su enfermedad.
- 5) El intento de ayudar a los niños sobre la base de su sufrimiento oculto.
- 6) El intento de descubrir la mejor forma de manejo y tratamiento para este tipo de caso psiquiátrico, aparte de la emergencia específica de la guerra.

Se verá que estas diversas formas de plantear la tarea deben tenerse en cuenta cuando se hace esta pregunta: "Cuáles fueron los resultados?" Podríamos decir lo siguiente, con respecto a estas distintas formulaciones de la tarea:

- 1) En lo que se refiere a disminuir la "molestia" de los niños difíciles, 285 fueron hospedados y manejados en albergues; y esto constituyó un éxito, excepto en el caso de unos 12 que huyeron.
- 2) Con respecto a la irritación pública, muchas personas se sintieron frustradas a menudo por el hecho de que los "delitos" de los niños se trataban como signos de angustia, en lugar de acciones que merecían un castigo; por ejemplo, un granjero a quien unos chicos le incendiaron el granero se quejaba de que los culpables parecían haberse beneficiado, en lugar de lo contrario, por su acto antisocial. En cuanto a la preocupación del público, muchas personas que estaban genuinamente preocupadas por el estado de cosas se sintieron aliviadas al saber que el problema había sido encarado. El trabajo de los albergues adquirió valor de noticia.
- 3) En una proporción de casos, se logró prevenir definitivamente la delincuencia, por ejemplo, cuando un niño inevitablemente destinado al tribunal de menores antes de la admisión al proyecto, logró con esa ayuda pasar por la adolescencia y encontrar un empleo, sin incidentes mayores y sin control del Ministerio del Interior. En otras palabras, se manejó la dificultad como una cuestión de salud individual y social, y no como de mera venganza pública (inconsciente): la delincuencia potencial se trató, como lo que es: una enfermedad.
- 4) Si consideramos que se trata de un problema de enfermedad, se devolvió la salud a una pequeña proporción de niños, y muchos otros pudieron alcanzar una condición psicológica mucho mejor.
- 5) Desde el punto de vista de los niños, en muchos de ellos se descubrió un intenso sufrimiento, así como una enajenación oculta e incluso a veces manifiesta; y en el curso del trabajo rutinario se alivió en cierta medida, y se compartió en gran medida, mucho dolor. En pocos casos personales pudo efectuarse también psicoterapia, pero sólo lo suficiente como para demostrar la enorme necesidad (sobre la base del sufrimiento real) de más terapia personal de la que jamás resultará posible.
- 6) Desde el punto de vista sociológico, el funcionamiento del proyecto total constituyó una indicación de (a forma de tratar a los niños potencialmente antisociales y enajenados (2), que padecen de trastornos no provocados por la guerra, si bien la evacuación hizo público el hecho de su existencia.

El proyecto crece

Así, el proyecto surgió de las agudas necesidades locales y del sentimiento, en época de guerra, de que cualquier gasto resultaría justificado siempre y cuando la aplicación del proyecto resolviera el problema. Debido a la guerra, fue necesario requisar casas y, en unos pocos meses, había cinco albergues en el grupo, así como relaciones amistosas con muchos otros. Desde luego, se proveyeron enfermerías para el tratamiento de los evacuados físicamente enfermos, incluso en demasía, por lo que quedaba disponible lugar para alguno de los enfermos psicológicos de los albergues.

El arreglo fue el siguiente:

La autoridad nacional, el Ministerio de Salud, cubrió el ciento por ciento del presupuesto del Consejo del Condado, esto es, aceptó plena responsabilidad financiera por este trabajo. El Consejo nombró un comité de residentes en el Condado, eligiéndolo entre ciudadanos destacados (cuyo secretario era el representante ante el Consejo) con poderes para actuar así como para informar y recomendar a su autoridad superior inmediata. Se nombró también un Asistente Social Psiquiátrico full-time para cooperar con el psiquiatra visitante que recorría el condado una vez por semana. A partir de ese momento, el pequeño equipo psiquiátrico estaba en condiciones de prestar a las cuestiones personales la atención que resulta esencial para su tarea y, al mismo tiempo, a través de reuniones del comité, podía mantener contacto con el aspecto administrativo general de la situación. De hecho, cuando se alcanzó esta etapa, la amplia visión central del Ministerio pudo enfocar cuestiones de detalle.

El niño y el mundo externo

Cuando se examina estas disposiciones se comprende que se logró así establecer un círculo.

Los niños con problemas, debido a que constituían una molestia, habían creado una opinión pública que apoyaba las medidas destinadas a ayudarlos y que, de hecho, satisfacía sus necesidades.

Sería erróneo decir que la demanda produce oferta en los asuntos humanos. Las necesidades de los niños no producen buen trato, y ahora que ha terminado la guerra, resulta difícil conseguir cosas como albergues para los mismos niños, cuyas necesidades fueron satisfechas en tiempo de guerra. El hecho es que, en épocas de paz, el valor de molestia de los niños con problemas disminuye, y la opinión pública retorna a su estado de indiferencia somnolienta. En tiempos de guerra, la evacuación llevó los problemas de tales niños al campo; también los exageró en momentos en que la tensión emocional general de la comunidad y la escasez de artículos y de mano de obra, tornaban imperativa la prevención de daños y robos, y hacían ver con malos ojos todo aquello que causara molestias a la policía.

No se trató de que la angustia de esos niños provocara una preocupación por ellos, sino más bien de que el temor de la sociedad frente a la conducta antisocial que padecía en un momento inoportuno puso en marcha una cadena de hechos que podían ser utilizados por quienes conocían el sufrimiento de los niños para proporcionar una terapia bajo la forma de manejo residencial prolongado, con cuidado personal a cargo de un equipo adecuado y bien informado.

El equipo psiquiátrico

Debido a la situación descrita, la tarea del equipo psiquiátrico ofrecía dos aspectos: por un lado, era necesario poner en práctica los propósitos del Ministerio y, por el otro, se imponía satisfacer y estudiar las necesidades de los niños. Por fortuna, el equipo tenía responsabilidad directa frente a un comité que prefería recibir información sobre todos los detalles.

En esta experiencia de guerra, el comité voluntario estuvo compuesto siempre por los mismos miembros y, por lo tanto, se desarrolló junto con el proyecto. Por ser estable, el comité compartió con el equipo psiquiátrico un gradual "crecimiento en la tarea", de modo que cada éxito o fracaso contribuyó a formar toda una experiencia que tuvo aplicación general y que benefició a todos los albergues.

Para ilustrarlo, es posible referir casos específicos, aun cuando el desarrollo principal fue general y no susceptible de ilustración.

- 1) Gradualmente se adoptó la idea de nombrar como custodios a matrimonios. Al principio se trató de un experimento, que sólo podía realizarse en una atmósfera de mutua comprensión, por las complicaciones debidas a los problemas de la propia familia de los custodios y su relación con los niños del albergue.
- 2) La cuestión del castigo corporal se planteó en el comité, en el momento adecuado, por medio de un memorándum, lo cual llevó a la formulación de un criterio definido.
- 3) Se propuso la idea, que gradualmente se adoptó, de que era mejor tener una sola persona (en este caso el Asistente Social Psiquiátrico) en el centro de todo el proyecto, en lugar de que la responsabilidad se compartiera en la parte administrativa del proyecto, con la consiguiente superposición y desperdicio de experiencia, ya que sería imposible integrarla con la experiencia total.
- 4) El psiquiatra fue originalmente nombrado para efectuar terapia. Ello se modificó, y se le asignó la tarea de clasificar casos antes de su admisión, y de decidir en cuanto a la elección de albergues. Eventualmente se convirtió en el terapeuta indirecto de los niños a través de sus charlas regulares con los custodios y su personal.

En éstas y en otras innumerables formas, el comité y el equipo psiquiátrico empleado por aquél, mantuvieron flexibilidad y desarrollaron juntos una adaptación a la tarea.

Resulta imposible sobreestimar la importancia de todo esto, que pone en evidencia al comparar esa situación con la relación directa con un Ministerio. En la administración pública británica es esencial que los funcionarios adquieran experiencia en todos los diversos departamentos del gobierno. El resultado es que si uno establece una relación personal y comprensiva con el jefe de un departamento en un ministerio, cuando se producen los inevitables cambios que traen aparejados el adiestramiento y la promoción, hay que comenzar desde el principio con otro individuo. Cuando esto ha ocurrido varias veces, uno comprueba que si bien siente que ha crecido con el trabajo mismo, ya no puede sentir que el jefe de la sección ha crecido también, ni esperar comprensión en cuanto a los detalles de la tarea. Puesto que indudablemente esta situación debe aceptarse como un fenómeno inevitable en las grandes organizaciones centrales, se debe recurrir a tales organizaciones en busca de una dirección general, pero hay que abandonar todo intento de mantenerse en contacto con los detalles. Y, no obstante, en ninguna tarea el detalle es más importante que en la relacionada con niños; y por eso siempre debe haber un comité de "liaison" constituido por personas interesadas que representan a la organización madre y que, a pesar de ello, son capaces y están dispuestos a descender a los detalles que constituyen la principal preocupación de quienes trabajan directamente en el campo.

Era importante que el asistente social psiquiátrico pudiera asumir una gran responsabilidad, y ello fue posible gracias a su conocimiento de que contaba con el apoyo del representante ante el Consejo y del psiquiatra. Este último, por el hecho de vivir apartado de los problemas inmediatos, podía considerar los detalles locales sin un compromiso emocional profundo y, al mismo tiempo, por ser médico, podía aceptar responsabilidad por los riesgos que debían enfrentarse con el fin de hacer lo mejor posible para los niños.

He aquí un ejemplo de los beneficios del apoyo y la responsabilidad técnicas. Un custodio llama por teléfono al asistente social psiquiátrico y le dice: "Uno de los chicos se subió al techo, ¿qué puedo hacer?" No se atrevía a asumir plena responsabilidad, pues no contaba con formación psiquiátrica, y sabía que el niño tenía tendencias suicidas. El asistente social psiquiátrico sabe que cuenta con un respaldo psiquiátrico cuando responde: "No le preste atención y corra el riesgo". El custodio sabe que ésta es la mejor actitud, pero sin respaldo hubiera tenido que dejar lo que estaba haciendo en ese momento, descuidar las necesidades de los otros chicos, quizás llamar a los bomberos, y dañar así al niño al atribuirle tanta importancia a él y a su travesura. De hecho, el resultado de su respuesta fue que durante la comida siguiente el niño estaba en su lugar y nadie había hecho alboroto.

El asistente social psiquiátrico y el psiquiatra visitante constituían un equipo psiquiátrico que evitaba toda situación engorrosa por el hecho de ser pequeño y que, no obstante, podía asumir responsabilidad con respecto

a un campo amplio. Era posible tomar decisiones rápidas y poner en práctica actitudes dentro del marco de los poderes del comité que los había nombrado y ante el que eran directamente responsables.

He aquí algunos otros ejemplos de detalles que demostraron ser importantes:

Encontramos necesario tomarnos el trabajo de reunir los fragmentos de la historia de cada niño y permitir que el niño supiera que por lo menos una persona sabía todo lo relativo a él.

Todos los miembros del personal del albergue eran importantes. Un niño podía estar recibiendo ayuda especial a través de su relación con el jardinero o la cocinera. Por esa razón, la elección del personal era una cuestión que nos interesaba mucho.

Podía suceder que, repentinamente, un custodio no pudiera tolerar más a un niño en particular, y que la evaluación objetiva de ese problema exigiera un conocimiento muy íntimo de la situación. Nos manejábamos con el principio de que un custodio debe estar en condiciones de expresar sus sentimientos a alguien que podía, si era necesario, tomar una decisión, o impedir que el problema llevara a una crisis innecesaria.

Clasificación para la ubicación

Los distintos tipos de trabajo psiquiátrico requieren distintas maneras de clasificar a los pacientes. A los fines de ubicar satisfactoriamente a estos niños en los albergues, la clasificación de acuerdo con los síntomas resultaba inútil y no se la utilizó. Se desarrollaron y aplicaron los siguientes principios.

1. En muchos casos resultó imposible establecer provechosamente un diagnóstico adecuado hasta que no se hubo observado al niño en un grupo durante un período de tiempo.

Con respecto a la cantidad de tiempo necesaria, una semana es mejor que nada, pero tres meses es mejor que una semana.

2. Si es posible obtener la historia del desarrollo del niño, la existencia o no existencia de un hogar bastante estable, constituye un hecho de importancia fundamental.

En el primer caso, es posible utilizar la experiencia que el niño tiene del hogar, y el albergue puede hacer acordar al niño de su propio hogar y ampliar la idea de hogar ya existente. En el segundo caso, el albergue debe proporcionar un hogar primario, y entonces la idea que tiene el niño de su propio hogar se mezcla o se confunde con el hogar ideal de sus sueños, en comparación con el cual el albergue resulta un lugar bastante pobre.

3. Si existe un hogar, de cualquier tipo, es importante conocer sus anormalidades.

Por ejemplo, un progenitor que sea un caso psiquiátrico, certificado o imposible de certificar, un hermano dominante o antisocial, condiciones de vivienda que constituyen por sí mismas una persecución. La vida en el albergue puede corregir hasta cierto punto estas anormalidades con el correr del tiempo, y capacitar muy gradualmente al niño para considerar objetivamente su propio hogar, e incluso comprensivamente.

4. Si se conocen más detalles, es de gran importancia saber si el niño tuvo o no una relación satisfactoria con la madre.

Si tiene la experiencia de una buena relación temprana, aunque se haya perdido, puede recuperarse en la relación personal con algún miembro del personal. Si ese buen comienzo nunca se dio, el albergue no tiene ninguna posibilidad de crearlo, ab initio. A menudo la respuesta a este serio problema es una cuestión de grados, a pesar de lo cual vale la pena buscarla. En muchos casos es imposible obtener una historia fidedigna,

y entonces se torna necesario reconstruir el pasado a través de la observación del niño en el albergue durante varios meses.

5. Durante el período de observación en el albergue hay ciertas indicaciones especialmente valiosas, como la capacidad de jugar, de perseverar en el esfuerzo constructivo y de encontrar amigos.

Si un niño puede jugar, ya se cuenta con un signo favorable. Si disfruta con el esfuerzo constructivo y persevera en él sin una exagerada supervisión y sin necesidad de aliento, entonces hay mayores esperanzas de que la vida en el albergue ejerza una influencia benéfica. La capacidad para hacer amigos también es un signo valioso. Los niños ansiosos cambian de amigos con frecuencia y excesiva facilidad, y las criaturas seriamente perturbadas no pueden llegar a pertenecer a una pandilla, es decir, un grupo cuya cohesión depende del manejo de la persecución. La mayoría de los niños ubicados en albergues de evacuación se mostraron al comienzo incapaces de jugar, de sostener un esfuerzo constructivo o de consolidar amistades.

6. Los defectos mentales tienen importancia evidente, y en cualquier grupo de albergues para niños difíciles debe haber una separación especial para los que tienen bajo nivel intelectual.

Ello no se debe tan sólo a que necesitan manejo y educación especiales, sino también a que agotan inútilmente al personal y despiertan un sentimiento de desesperanza. En una tarea tan difícil como son los niños con problemas, debe existir alguna esperanza de recompensa, aunque ésta no llegue nunca.

7. La conducta extravagante o dispersa, y las características insólitas distinguen a algunos niños que, en general, constituyen material nada prometedor para la terapia mediante el manejo en el albergue.

Tales niños desconciertan a los miembros del personal y los llevan a sentir que ellos también están locos. De cualquier manera, los niños de este tipo necesitan psicoterapia personal, si bien, aun cuando sea posible proporcionarles ese tratamiento, su curación es a menudo algo que está más allá de la comprensión con que contamos hoy. En realidad, son casos de investigación para analistas emprendedores, y hay pocas instituciones satisfactorias para estas criaturas.

La clasificación bosquejada constituyó la base para la ubicación, pero la consideración esencial siempre debe ser: ¿qué pueden soportar este albergue, estos custodios, este grupo de niños, en este momento particular? Pronto se comprobó que era nocivo ubicar a un niño en un albergue simplemente porque necesitaba cuidados y había una vacante allí. Todo niño nuevo, perturbado en la forma en que lo estaban estos fracasos de ubicación, no puede dejar de significar, al comienzo, una complicación y no un beneficio para la comunidad de un albergue. Estos niños (salvo quizás en las primeras semanas, engañosas e irreales) no contribuyen con nada y absorben energía emocional. Si se los acepta en el grupo, entonces pueden contribuir en alguna medida, bajo supervisión, pero éste es el resultado de arduos esfuerzos por parte del personal y de los niños ya establecidos allí.

No hay nada más útil para los custodios de un albergue que esto: al destinar un niño nuevo, es necesario presentárselo a los custodios antes de resolver definitivamente el problema relativo a su ubicación. Cuando se sigue esta política, el equipo sugiere que el niño sea ubicado en el albergue, pero los custodios pueden aceptarlo o rechazarlo. Si éstos consideran que pueden recibir a ese nuevo niño, entonces ya han comenzado a quererlo. Con el otro método, el de reclutar niños sin una consulta previa, los custodios no pueden evitar los sentimientos negativos iniciales hacia el niño, y los otros sentimientos sólo aparecen con el correr del tiempo y con mucha suerte. Esta decisión conjunta con respecto a la admisión resultó muy difícil de poner en práctica, pero se hicieron todos los esfuerzos necesarios para evitar las excepciones a la regla, debido a la enorme diferencia práctica entre los dos métodos.

La idea terapéutica central

La idea central del proyecto consistía en proporcionar una estabilidad que los chicos pudieran llegar a conocer, que pudieran poner a prueba, en la que gradualmente llegaran a creer, y en torno de la cual pudieran jugar. Esta estabilidad era en esencia algo que existía al margen de la capacidad de los niños, individual o colectivamente, para crearla o mantenerla (3).

La estabilidad ambiental era transmitida de la comunidad en general a los niños. El Ministerio proporcionaba el trasfondo, con la ayuda del Consejo. De ese trasfondo surgía el comité, que en este proyecto estaba afortunadamente constituido por un grupo de personas experimentadas y responsables, que permitían confiar en su continuidad. Luego estaba el personal del albergue, así como los edificios y terrenos, y la atmósfera emocional general. La tarea del equipo psiquiátrico consistía en traducir la estabilidad esencial del proyecto en términos de estabilidad emocional en los albergues. Sólo cuando los custodios se sienten felices, satisfechos y estables, pueden los niños beneficiarse de su relación con ellos. En estos albergues los custodios se encuentran en una posición tan difícil que necesitan indispensablemente la comprensión y el apoyo de alguien. En el proyecto que describimos, el equipo psiquiátrico era el encargado de proporcionar ese apoyo.

Lo esencial, pues, era la creación de estabilidad, y sobre todo de estabilidad emocional, en el personal del albergue, aunque, desde luego, ello nunca podía lograrse completamente. No obstante, ésa era siempre la finalidad de la tarea. A fin de ayudar a crear un trasfondo emocional estable para los niños, se recomendó al comité y se adoptó, la política de emplear custodios casados, ya mencionada. Los custodios casados pueden tener hijos propios, y entonces surgen enormes complicaciones. Con todo, esas complicaciones se ven compensadas por el enriquecimiento de la comunidad del albergue a través de la existencia de una familia real en su seno.

Alguna vez se dijo en tono de crítica: "El albergue parece estar hecho para su personal", pero para nosotros no se trataba de una crítica. El personal debe llevar una vida satisfactoria, debe tener tiempo libre, vacaciones adecuadas y, en tiempos de paz, una recompensa económica adecuada, para que se pueda realizar algún trabajo con los niños enfermos y antisociales. No basta con proporcionar a un precioso albergue un buen personal. Para que el manejo residencial resulte eficaz, el personal debe permanecer en el albergue durante un período suficientemente prolongado como para que pueda ocuparse de los niños hasta que llegue el momento de dejar la escuela y empezar a trabajar, pues la tarea del personal no termina hasta que han puesto a los niños en el mundo.

I

No hay ningún entrenamiento particular para custodios de albergues, y aunque lo hubiera su selección como personas adecuadas para la tarea tendría mayor importancia que su formación. Resulta imposible generalizar con respecto al tipo de persona que puede ser un buen custodio. Nuestros custodios eficaces han diferido entre sí ampliamente en cuanto a educación, experiencia previa e intereses, y han provenido de diversos sectores de la vida. Damos una lista de las ocupaciones previas de algunos de ellos: maestro, asistente social, asistente eclesiástico, artista comercial, instructor y directora de una escuela, maestro y directora de un instituto correccional, empleado en una institución de asistencia pública, asistente social de personas.

Encontramos que la naturaleza de la formación y la experiencia previas importa muy poco en comparación con la capacidad para asimilar experiencia y para manejar en forma genuina y espontánea los hechos y las relaciones de la vida. Esto reviste máxima importancia, pues sólo quienes tienen bastante confianza como para ser ellos mismos y manejarse con naturalidad, pueden actuar con congruencia a lo largo de los días. Además, los niños que llegan a los albergues someten a los custodios a tan severa prueba que sólo quienes son capaces de ser ellos mismos soportan el esfuerzo. Debemos señalar, sin embargo, que hay momentos en que los custodios deben "actuar naturalmente" en el sentido en que un actor lo hace. Ello resulta particularmente importante en el caso de los niños enfermos. Si un niño se presenta llorando y dice: "Me corté el dedo", justo

en el momento en que el custodio está preparando su planilla de impuesto a los réditos, o cuando la cocinera ha anunciado que se va, aquél debe actuar como si el niño no se hubiera presentado en un momento tan molesto, pues esos niños a menudo son demasiado enfermos o ansiosos como para aceptar las dificultades personales del custodio, además de las propias.

Por lo tanto, tratamos de elegir a quienes poseen esa capacidad para ser consecuentemente naturales en su conducta, pues nos parece un rasgo esencial para esa tarea. También consideramos importante la posesión de alguna aptitud, para la música, la pintura; la cerámica, etc. Por encima de todas estas cosas, sin embargo, es vital que los custodios sientan un genuino amor por los niños, pues sólo eso les permitirá ayudarlos a pasar por las inevitables dificultades de la vida en un albergue.

Las personas brillantes que organizan muy bien un albergue y pasan a otro para hacer allí lo mismo, constituyen una desventaja en lo que a los niños respecta. Lo que toma valioso el hogar es su naturaleza permanente y no la eficacia con que está organizado.

No esperamos que los custodios pongan en práctica ningún régimen prescrito ni que apliquen planes aprobados. Los individuos a quienes es necesario indicar qué deben hacer no sirven, porque las cosas importantes deben decidirse en el momento y en una forma que resulte natural para quien debe actuar. Sólo así se torna real la relación del custodio y, por ende, importante para el niño. Se alienta a los custodios a construir un hogar y una vida de comunidad según su propia capacidad, y se comprueba que lo harán de acuerdo con sus propias creencias y forma de vida. Por lo tanto, nunca habrá dos albergues iguales.

Comprobamos que hay algunos que prefieren organizar grupos grandes de niños, y otros que prefieren tener relaciones personales íntimas con unas pocas criaturas. Algunos se inclinan por el trabajo con niños anormales de un tipo u otro, y otros prefieren manejar retardados mentales.

La educación de los custodios para la tarea es importante, y se ha considerado previamente como parte de la tarea del psiquiatra y del asistente social psiquiátrico. Lo más eficaz es realizar esa educación en el trabajo mismo, mediante el examen de los problemas que se plantean. Es conveniente que los custodios tengan suficiente confianza en sí mismos como para poder pensar en términos psicológicos y discutir los problemas con otros colegas y con personas experimentadas.

La elección de personal para el albergue aparte de los custodios ofrece dificultades peculiares, sobre todo cuando los niños son más bien antisociales. En el caso de niños normales, los ayudantes pueden ser personas jóvenes que se están formando para la tarea, practicando la toma de responsabilidad y actuando por su propia iniciativa, con vistas de llegar a ser custodios en el futuro. Cuando los niños son antisociales, sin embargo, el manejo debe ser firme y a veces, incluso, dictatorial, de modo que los ayudantes deben transmitir constantemente órdenes del custodio aunque prefieran seguir su propia iniciativa. Por lo tanto, se cansan con facilidad o bien disfrutan de no tener que tomar decisiones, en cuyo caso tampoco son muy útiles. Estos problemas son inherentes a la tarea.

II

Si se reconoce cuán íntimamente está ligado el sentimiento de seguridad de un niño a su relación con los padres, se torna evidente que ninguna otra persona puede darle tanto. Todo niño tiene derecho a un hogar propio en el que pueda crecer, y sólo una desgracia lo priva de él.

En nuestra tarea en el albergue, por lo tanto, aceptamos que no podemos dar a los niños nada tan bueno como su propio hogar y que sólo podemos ofrecerle un sustituto.

Cada albergue trata de reproducir -tan acabadamente como puede- un ambiente hogareño para cada uno de sus niños. Ello significa, en primer lugar, proveerlo de cosas positivas: una morada, comida, ropa, amor y

comprensión humanos; un horario, instrucción escolar, maternal e ideas que contribuyan a enriquecer el juego y a realizar un trabajo constructivo. El albergue proporciona también padres sustitutivos y otras relaciones humanas. Y luego, cuando todo esto ha sido provisto, cada niño, según el grado de su desconfianza y de desesperanza con respecto a la pérdida de su propio hogar (y a veces su reconocimiento de todo lo que era inadecuado en él), se dedica a poner a prueba al personal del albergue tal como lo haría con sus propios padres. A veces lo hace directamente, pero la mayor parte del tiempo se contenta con lograr que otro niño lo haga por él. Un elemento importante en estas pruebas es el de que no se trata de algo que pueda lograrse y concluirse. Siempre hay alguien que se constituye en un estorbo. A menudo un miembro del personal dice: "Todo estaría muy bien si no fuera por Tommy...", pero en realidad todos los demás pueden permitirse estar "bien" precisamente porque Tommy constituye una molestia y les demuestra que el hogar puede soportar la prueba a que lo somete Tommy y, por ende, probablemente soportar también la que ellos podrían imponerle.

La respuesta habitual de un niño ubicado en un buen albergue tiene algo así como tres fases. Durante la primera y breve fase, el niño se muestra notablemente "normal" (transcurrirá mucho tiempo antes de que vuelva a ser tan normal); alienta nuevas esperanzas, rara vez ve a la gente tal como es, y el personal y los otros chicos todavía no le han dado motivos para sentirse decepcionado. Casi todos los niños pasan por un breve período de buena conducta al llegar al albergue. Es una etapa peligrosa, pues lo que el niño ve y a lo que responde en el custodio y su personal es su propio ideal de un padre y una madre buenos. Los adultos se inclinan a pensar: "Este niño se da cuenta de que somos buenos y confía fácilmente en nosotros". Pero el niño no ve que sean buenos; no los ve en absoluto, simplemente imagina que lo son. Es un síntoma de enfermedad creer que algo pueda ser ciento por ciento bueno, y el comienza con un ideal que está destinado a derrumbarse.

Tarde o temprano, el niño entra en la segunda fase, el derrumbe de su ideal. Comienza por poner a prueba en forma física al edificio y la gente. Quiere saber cuánto daño puede causar y hasta dónde puede llegar impunemente. Luego, si comprueba que es posible manejarlo físicamente, es decir, que el lugar y la gente que lo habita nada tienen que temer de él desde el punto de vista físico, comienza su verificación mediante sutilezas, creando discordias entre los miembros del personal, tratando de que la gente se pelee, de que se traicionen mutuamente, y haciendo todo lo posible para beneficiarse con todo ello. Cuando un albergue no se maneja satisfactoriamente, la segunda fase se convierte en un rasgo casi constante.

Si el albergue soporta estas pruebas, el niño pasa a la tercera fase, se acomoda con un suspiro de alivio, y se une a la vida del grupo como un miembro corriente. Debe tenerse en cuenta que sus primeros contactos reales con los otros niños asumirán probablemente la forma de una pelea o algún tipo de ataque, y hemos observado que, con frecuencia, el primer niño atacado por el recientemente llegado se convierte más tarde en su primer amigo.

En síntesis, los albergues proporcionan cosas buenas positivas, y oportunidades para que su valor y su realidad sean constantemente puestos a prueba por los niños. El sentimentalismo no tiene sentido en el manejo de niños, y ningún beneficio final puede resultar de ofrecerles condiciones artificiales de indulgencia; mediante una justicia cuidadosamente administrada, es necesario enfrentarlos gradualmente con las consecuencias de sus propias acciones destructivas. Cada niño podrá soportar todo esto en tanto haya podido sacar algo bueno y positivo de la vida en el albergue, esto es, en tanto haya encontrado personas que son verdaderamente dignas de confianza y haya comenzado a construir un sentimiento de confianza en ellos y en sí mismo.

Debe recordarse que los niños necesitan que se respete la ley y el orden, y que ese respeto constituye un alivio para ellos, pues significa que la vida en el albergue y las cosas buenas que éste representa serán preservadas a pesar de todo lo que ellos puedan hacer.

El inmenso esfuerzo que representan veinticuatro horas dedicadas al cuidado de estos niños no se reconoce con facilidad en los sectores de más jerarquía, y, quien sólo está de visita en un albergue y no emocionalmente comprometido con él puede olvidar fácilmente este hecho. Cabría preguntar por qué los custodios permiten que se los complique emocionalmente. La respuesta es que esos niños, que buscan una experiencia hogareña primaria, no progresan en absoluto a menos que alguien se comprometa emocionalmente con ellos. Cuando

estos niños comienzan a sentir esperanzas, lo primero que hacen es envolver afectivamente a alguien. La experiencia subsiguiente constituye la esencia de la terapéutica por medio de albergues.

Se deduce, por lo tanto, que los albergues deben ser pequeños. Además, los custodios no pueden aceptar ni un niño más de lo que pueden soportar emocionalmente en cualquier momento dado, pues si se coloca un niño de más a su cuidado, se ven obligados a protegerse mediante una indiferencia con respecto a alguien que no está preparado para soportarla. El número de personas por el que un ser humano puede preocuparse seriamente en cualquier momento dado tiene un límite, y si se pasa por alto este hecho, el custodio se ve obligado a realizar un trabajo superficial e inútil, y a reemplazar con un manejo dictatorial la sana mezcla de amor y firmeza que prefiere utilizar. O bien, y ésta es una experiencia bastante común, se derrumba y anula todo lo logrado hasta ese momento, pues todo cambio de custodios produce bajas entre los niños e interrumpe la terapia natural de la tarea en el albergue.

Notas:

(1) Cf. Curtis Report. ou the Cace of Children (1946), H. M. S. O. Londres.

(2) La palabra enajenado se utiliza aquí deliberadamente, pues ninguna otra palabra resulta correcta y el término oficial, "inadaptado" desvirtúa toda la cuestión.

(3) Sin duda, los experimentos en el sentido de que los niños establezcan su propio gobierno central siempre deberían hacerse, si hay que hacerlos, con quienes han tenido una buena experiencia temprana en el hogar. En el caso de estos chicos deprivados, parece cruel obligarlos a hacer precisamente aquello sobre lo cual no abrigan esperanzas.

Biblioteca D. Winnicott

Michael Balint (1954)

I. Tipos de carácter: el temerario y el precavido

El 20 de octubre de 1954, el Dr. Balint leyó en una Reunión Científica de la Sociedad Psicoanalítica Británica un artículo titulado “Los parques de atracciones, lo emocionante y las regresiones”, que más tarde pasó a formar parte de su libro *Thrills and Regressions*, Londres, Hogarth Press, 1959. Winnicott estuvo presente y, al parecer, escribió estos comentarios algunos días más tarde, reflexionando sobre lo dicho en esa ocasión.

Fecha del 25 de octubre de 1954.

Con frecuencia resulta útil examinar las características heterogéneas presentes en las personas normales comparándolas con las características opuestas que se encuentran en las personas enfermas. Balint ha sugerido que, al estudiar la mezcla de dependencia e independencia de los sanos, es valioso contrastar dos tipos extremos de pautas de conducta; ha designado estos tipos con ciertos nombres que omitiré aquí pues no los juzgo necesarios.

Están aquellos que buscan lo emocionante y lo disfrutan, se abandonan a la emoción y en el acto de participación en ese arrebato ignoran todo peligro; y están aquellos que prefieren tener algo de lo cual agarrarse, que ante una situación emocionante se agarran casi de cualquier cosa, y la consideran peligrosa cuando en realidad no lo es.

Balint llama la atención, con provecho, sobre la forma en que se conecta el problema de estos tipos contrastantes con el de la regresión.

Podría decirse que el temerario amante de las emociones hace una regresión al estado de narcisismo primario, que lo sitúa artificialmente en una situación que es parte de él mismo -como en una caricatura del temprano estado en que el individuo sólo concibe el ambiente como parte de su self y todavía no ha repudiado lo que es DISTINTO DE MI-

Como observadores vemos los peligros, pero el individuo implicado es ciego a ellos. Esta ceguera puede esconderse tras el desarrollo de una habilidad personal, o bien puede esconderse en la confianza depositada en habilidades técnicas ajenas, siendo esto una forma sutil de agarrarse del otro.

En el segundo tipo de pauta de conducta, donde el rasgo predominante es el agarrarse de un objeto presuponiendo el peligro, quizá lo que hay sea una huida hacia delante (en lugar de hacia atrás) hacia una relación con objetos que, dentro del desarrollo del individuo, aún no han llegado a ser propiamente externos, repudiados, DISTINTOS DE MI.

No nos sorprenderá hallar un estado a mitad de camino entre esos dos extremos, estado con el cual ambos se relacionan y con respecto al cual ambos son una fuga. Sugiero que en estas dos organizaciones defensivas cumple un papel central el establecimiento personal de ese estado que las palabras YO SOY describen mejor que ninguna otra. Tan pronto ese estado YO SOY se convierte en un hecho, de inmediato evoluciona hacia un ESTAR SIENDO o SEGUIR SIENDO; o sea, queda incluido un factor temporal.

Si estas organizaciones defensivas surgen en conexión con el establecimiento del estado YO SOY, es preciso averiguar cuál es la angustia correspondiente a dicho estado. En la salud, el cuidado materno que traduce el amor en las acciones físicas indispensables y brinda una adaptación suficientemente buena a las cambiantes necesidades lleva al bebé a través de los primeros estados del YO SOY y las tempranas experiencias del ESTAR SIENDO, permitiéndole que se establezca su sentido de existir. Un cuidado materno inadecuado pone de manifiesto la angustia potencial del estado YO SOY. SER implica una actitud hacia lo que es DISTINTO DE MI. Podría afirmarse que al momento del YO SOY le sigue de inmediato la expectativa de una intrusión que genera una reacción; en otros términos, le sigue la expectativa de una destrucción del estado YO SOY. Son esenciales para este estado los procesos innatos del individuo y su continuidad temporal, pero la reacción frente a la intrusión quiebra esa continuidad del estar siendo. La falla ambiental en el momento crítico conlleva la amenaza de desintegración, y surge una nueva pauta defensiva según los lineamientos de la reacción ante la intrusión, que es la base de la personalidad paranoide. (La persecución real, repetida, forma parte esencial de esta incómoda defensa.)

Estas cuestiones quedan desdibujadas en la observación directa de bebés, pero se vuelven sumamente importantes en las regresiones y progresiones controladas que se dan en la práctica analítica.

Los bebés que tienen la fortuna de ser bien manejados desde el principio parecen llegar a EXISTIR y a sentirse reales casi automáticamente. En la medida en que el individuo no ha tenido esa fortuna y fue mal manejado en un comienzo (madre deprimida, angustiada, enferma, etc.), habrá de organizar en alguna medida una pauta de conducta defensiva que implica una regresión a una identificación primaria caricaturesca, o bien un intento prospectivo de alcanzar una relación con objetos externos. De este modo, considero personalmente que la idea de Balint es constructiva.

El estado YO SOY cobra nuevo significado a medida que el bebé se desarrolla, siempre bajo amenaza salvo que la adaptación ambiental sea adecuada o se convierta en algo que el propio niño puede producir o proporcionar en parte, como gradualmente ocurre. A menudo se comprueba que los problemas de la adolescencia son una nueva variante de este tema básico del ESTAR SIENDO, que sufre una nueva amenaza a raíz de las mociones biológicas que quiebran la dependencia respecto del hogar. Así pues, en la pubertad, aun entre los chicos y chicas que han de ser más tarde adultos sanos, se aprecia una separación natural entre los que buscan lo emocionante y los que buscan agarrarse de algo. Sin embargo, en la salud es siempre válido que ninguno de estos extremos predomine, y para aquellos que fueron muy afortunados en un comienzo la cuestión del YO SOY no presenta dificultades. Huelga agregar que el estado YO SOY, el estado de ESTAR SIENDO y el sentimiento de realidad, no es un fin en sí mismo, sino una posición desde la cual puede vivirse la vida.

A la larga encontramos que el mundo contiene estos tres grupos: aquellos para quienes la cuestión de la EXISTENCIA no es difícil, aquellos que no conservan ninguna esperanza de sentirse reales y lo único que saben es que esto sucede en raros momentos (como cuando cae una bomba), y, en el medio, aquellos que están atrapados en una lucha perenne por establecer su existencia personal, lo cual consiguen en compañía de otros que libran la misma lucha y bajo la influencia integradora de alguna filosofía.

Volviendo a la infancia, fácilmente puede verse que estos mismos problemas aparecen y reaparecen en todas las diversas circunstancias con que estamos familiarizados. Los bebés que sobrellevan una severa prueba pueden sucumbir a otra más tarde, pero es evidente que en la medida en que el niño supera la primera de esas pruebas, en esa misma medida estará en buenas condiciones para enfrentar un mal manejo en etapas posteriores. Desgraciadamente (o afortunadamente), sigue siendo válido que en la etapa más temprana, la del

primer momento YO SOY, la dependencia del ambiente es absoluta. (¡Cómo habría de sorprendernos que, en la historia de las religiones, esta etapa del desarrollo personal le haya sido cedida a Dios!)

En la historia de cada bebé, encontramos este mismo problema de la dependencia-independencia muy precozmente desplegado en el acto de chuparse el pulgar (o algún otro acto equivalente). En el crecimiento natural, hay un largo período durante el cual el bebé no tiene que abordar el aspecto del pulgar como PARTE DE MI o DISTINTO DE MI. El bebé se aferra al pulgar pero también disfruta su separación; o bien, a través del pulgar se aferra a la boca y también disfruta la separación respecto de la boca, etc. Con el correr del tiempo se comprueba que el pulgar es parte del self, y a la sazón se ha desarrollado una nueva capacidad: el uso de la fantasía. El pulgar hace las veces de un objeto externo o de un objeto que es DISTINTO DE MI -lo representa simbólicamente, diríamos-. Si la posibilidad de acceder al objeto externo es insuficiente, el pulgar puede ser utilizado como sustituto. A esta transición misma se le da cabida lenta y gradualmente, según el tiempo propio de cada niño. El bebé (cuando descansa del arduo proceso de discriminar entre el mundo y el self) recibe o adopta objetos transicionales a los que mima o rechaza, sin que sean clasificados como símbolos del pulgar o del pecho. En la salud, entonces (que implica un manejo sano), hay amplio espacio de tiempo para un desarrollo natural.

Cuando, a raíz de un mal manejo, se interfiere con los procesos naturales, el bebé desarrolla defensas según la dotación que traiga de etapas anteriores. Un ejemplo de error grosero en el manejo es impedirle al bebé que se chupe el pulgar. En ese caso (y suponiendo que antes haya habido un manejo satisfactorio, de modo tal que ya se hayan efectivizado momentos YO SOY), el bebé puede organizar pautas de conducta defensivas de acuerdo con los lineamientos indicados por Balint: renegación de la necesidad de entablar relaciones y énfasis excesivo en las relaciones con los objetos más claramente externos. Sugiero que la-alternancia de estas dos defensas puede fácilmente ser observada en la clínica.

Las mismas defensas alternantes pueden reaparecer, o ser generadas, en todas las demás etapas. Por ejemplo, la retención de las heces puede alternar con la incontinencia; o el caminar, el trepar y los rudimentos del vagabundear en una etapa muy temprana (dependencia de la técnica personal) pueden alternar con una dependencia extrema de los cuidados externos (dependencia de la técnica de quienes están a cargo del niño).

En el estado, mucho más complejo, de la posición depresiva (Klein), en el que el niño tiene un mundo personal interno del que es responsable y en el cual la interacción de las fuerzas elementales da origen a estados de esperanza y de desesperación, se reconoce una organización defensiva (llamada defensa maníaca) donde el acento está puesto en la renegación de la depresión. Esta defensa da un respiro frente a la desesperación. Rycroft ha señalado que las dos pautas de conducta extremas de Balint pueden enriquecer el estudio de la defensa maníaca. Según esto, la cualidad de la defensa maníaca, y quizás la tendencia a adoptar esta defensa, pueden extraer algunos elementos de las organizaciones defensivas tempranas y muy tempranas originadas en la amenaza al estado YO SOY o a la integración. La tendencia a la oscilación maníaco-depresiva se asemeja, por cierto, a la alternancia de renegación de la dependencia y de dependencia exagerada (el agarrarse a las cosas) de objetos DISTINTOS DE MI. Las alternativas de Balint en este caso evitan las angustias propias del establecimiento del estado central YO SOY así como la "depresión" central, o preocupación por el otro, o sentido de responsabilidad, propios de la posición depresiva. Uno puede tomarse un respiro de la responsabilidad. En sí mismo, el vaivén maníaco-depresivo no brinda oportunidad para tomarse ningún respiro, sino que es una alternancia de dos estados igualmente incómodos, de los cuales la manía resulta irreal y la depresión resulta intolerable.

Pero no está tan claro si hay o no una aplicación directa de la temática de Balint en materia de relaciones interpersonales como las que se dan entre personas totales, donde el tema central es el complejo de Edipo y el niño está envuelto típicamente en el círculo familiar. En esta etapa (el niño de 2 a 4 años), han surgido nuevas y vastas organizaciones defensivas -y nuevos tipos de angustia-. Han aparecido las ideas de la castración y la muerte, el instinto se ha vuelto fálico y genital, y la fantasía permite ahora a: niño jugar a la mamá y el papá, soñar con el acto sexual e identificarse por turnó con cada uno de sus padres, así como tolerar ser excluido durante breves períodos.

De todas maneras, aun en los más normales tal vez puedan apreciarse, en la fantasía y el juego, las reliquias de los dos tipos contrastantes. Es probable que en esta etapa el equivalente se encuentre en las opciones de matar al padre rival o identificarse con él o ella, en la relación triangular básica. (A propósito omito la injerencia burda de conflictos irresueltos y de pautas de conducta correspondientes a etapas anteriores en esta otra etapa, más avanzada, del complejo de Edipo propiamente dicho.)

En la adolescencia, como ya se indicó, la idea de Balint cobra una nueva y particular aplicación a raíz de las nuevas dificultades del YO SOY. Por consiguiente, las actividades del adolescente, que son transicionales entre el juego y el trabajo, tienden a quedar matizadas por los fenómenos de la dependencia y la independencia, de la temeridad y el agarrarse de las cosas, aun entre los sanos.

No obstante, en la salud la temeridad queda disimulada en una habilidad especial, y el agarrarse de las cosas queda disimulado en el justificado respeto de la capacidad y confiabilidad de los otros, y de la tradición.

II. Reseña de "The doctor, his patient and the illness

[El médico, su paciente y la enfermedad] Londres, Pitman, 1957. Esta reseña apareció en International Journal of psycho-Análisis, 1958.

Me complace comentar este libro no sólo porque trata un tema muy importante, sino también porque creo que en esta clase de trabajos el autor expresa su personalidad. Tal vez resulte ser un libro precursor.

No se ocupa de psicoanálisis pero concierne al psicoanalista en su relación con el público en general. Estamos habituados a la reacción de la sociedad frente a la idea de lo inconsciente reprimido y de la sexualidad infantil, pero no estamos del todo sensibilizados ante otro peligro, y es que si somos buenos, también somos atormentadores. Ofrecemos algo pero a la vez parece que lo sustrajéramos. Podría ocurrir que el psicoanálisis, pese a sobrevivir ala persecución, fuese destruido porque al ser bueno reserva sus beneficios para los pocos individuos que están en condiciones de someterse a un análisis.

En el trabajo descrito en este libro, Balint procura concretamente ampliar los alcances del análisis utilizando las potencialidades de la práctica médica general. Catorce médicos clínicos formaron un grupo con Michael y Enid Balint, bajo los auspicios de la Clínica Tavistock. Poco a poco este grupo fue alcanzando una formulación del problema, y tal vez se discernan los comienzos de una solución. En lo que sigue intentaré exponer algo del contenido del libro y las razones por las cuales pienso que es importante para el psicoanálisis.

La clínica médica brinda un buen medio para la difusión de la psicoterapia según lineamientos psicoanalíticos. Ciertos aspectos de la medicina clínica hacen que sus practicantes sean particularmente apropiados para realizar esta labor. Resultará evidente que no puede partirse de la base de que cada uno de ellos tendrá un análisis personal. A los médicos hay que usarlos tal como son, y si son capaces de desarrollar una vida social y tal vez están casados y tengan familia, y pueden salir adelante con la inmensa carga de la práctica clínica, es probable que sean personas maduras en el sentido que importa para ejercer la psicoterapia. De hecho, hoy suele coincidir en que gran parte del trabajo de un médico clínico es psicoterapia, le guste o no le guste.

Sin embargo, se señala que muchos médicos excelentes son potencialmente enfermos en un sentido psiquiátrico, y se aconseja que no abandonen el campo de la medicina física en el que se sienten cómodos.

La primera formulación del grupo es que la droga más importante es el propio médico. Como señala Balint en el prefacio, en ningún libro de texto se brinda orientación acerca de la dosis en que el médico debe prescribirse a sí mismo. Hay en verdad poquísima bibliografía sobre "los posibles riesgos de esta clase de medicación en las diversas condiciones alérgicas que se encuentran en pacientes individuales, riesgos que deberían ser cuidadosamente controlados, ni tampoco sobre los efectos colaterales indeseables de esta clase. de droga".

Podría decirse que el trabajo de este grupo fue una tentativa de recopilar una farmacopea relativa al médico mismo como droga.

Hay en especial un aspecto del médico clínico que lo sitúa en una destacada posición para hacer psicoterapia, y en rigor le da una ventaja sobre el psicoanalista así como sobre otros especialistas de diversa especie, y es su disponibilidad para el paciente y la continuidad de su atención profesional durante varios años. Teniendo en cuenta esto, no hay necesidad alguna de que la psicoterapia termine, salvo que alcance una intensidad tal que no sea posible mantenerla más que por un período limitado. El trabajo efectuado por el grupo de Balint contribuye al problema del psicoanalista frente a ciertos pacientes cuyo análisis no parece llegar a su fin luego del período prefijado. La mayoría de los analistas han tenido experiencia con pacientes que en verdad necesitan volver de vez en cuando. Si esto sucede, tal vez el analista piense que algo anduvo mal, mientras que para el médico clínico es muy natural que el paciente vuelva de tanto en tanto, ya sea en un momento crítico o simplemente para obtener la tranquilidad que le brinda la existencia y salud permanentes del médico. Todo el vecindario conoce al médico clínico y a su familia, y es posible que su principal psicoterapia la realice, no con los pacientes que concurren a su consultorio, sino con los que usan en forma positiva la posibilidad de ver al médico en caso de necesidad.

Hasta ahora me he referido a cuestiones generales. La obra de los Balint y su grupo es también más específica; por ejemplo, se ocupa de la psicoterapia que ciertos pacientes parecen exigir. Uno de los principios se enuncia así: "las propuestas del paciente y las respuestas del médico", aclarando mediante ejemplos que cuando un paciente va al médico le propone algo (dolores, angustias o diversas constelaciones de síntomas), sin que le sea dable predecir cómo responderá el médico. Esta respuesta es "un factor muy importante, que contribuye a las vicisitudes de la enfermedad en curso". Luego se examinan los efectos colaterales del médico como droga. Por ejemplo, están los efectos del examen físico que algunos médicos estiman siempre indispensable, así como los del médico que quiere tranquilizar y cuyas propias angustias dominan la escena de una manera u otra.

Bajo el título "la connivencia del anonimato" se llama la atención sobre una importantísima cuestión, bien conocida también en la asistencia social. Sucede a veces que hay muchos médicos involucrados con un solo paciente o familia, que no se comunican libremente entre sí. Nadie asume la responsabilidad principal. En el campo de la asistencia social se denomina "trabajo con casos" [case work] el empeño de reunir todos esos elementos diversos y asignar dicha responsabilidad a un asistente social único encargado del caso. Se ha señalado que puede haber muchos organismos interesados en un caso y el problema central tal vez quede repartido entre ellos sin que exista un mecanismo de re-integración. Este estado de cosas -la falta de coordinación en los esfuerzos- se denomina en el libro "la connivencia del anonimato", expresión ésta que nos plantea si realmente transmite lo que el autor procuró decir con ella. Yo sugeriría que lo que este grupo describe es la dispersión de los agentes responsables, mostrando que en ciertos casos esta dispersión tiene como causa un trastorno psiquiátrico del paciente o de uno u otro de los protagonistas del drama social. Sin embargo, esta otra expresión no capta en su totalidad lo que el autor ha querido significar. Se explica con claridad en el libro el efecto de esta connivencia del anonimato en la evolución del caso.

Otro de los temas tratados es la formación (suplementaria) del médico clínico, formación que obviamente resulta indispensable, siempre y cuando el médico disponga de tiempo y haya un modo de ofrecérsela. De hecho, este grupo recibió cierta cuota de instrucción de otros miembros pertenecientes al cuerpo de profesionales de la Clínica Tavistock. Importa comprender, empero, que la falta de un conocimiento teórico confiable no es el principal problema; el principal problema es el uso que se hace del médico, toda la gama de usos que puede hacer de él el paciente, ya sea que su enfermedad sea fundamentalmente física, fundamentalmente psicógena, o en esencia una mezcla de ambas cosas.

El grupo comienza a formular cuál es "la particular atmósfera psicológica de la clínica médica". Debate algunas de las razones del éxito o el fracaso clínicos, así como de las indicaciones que llevan a instituir una psicoterapia más formal, que genera sus propios problemas de iniciación y finalización. Balint no pierde nunca de vista el hecho de que la tarea primordial no consiste en brindar una psicoterapia especializada, sino que la psicoterapia se transmita, imperceptiblemente, en toda la labor del médico clínico, incluido su manejo del caso

cuando el paciente padece una enfermedad física.

Balint hace hincapié en lo que él llama la "función apostólica" del médico, término al que se le da notable prominencia en el libro y que puede ser engañoso. Explica su uso de la siguiente manera: "Siempre ocurría como si el médico tuviese en su poder el conocimiento revelado de lo que era correcto y lo que era incorrecto que esperasen y soportasen los pacientes; más aún, como si tuviese el deber de convertir a su fe a todos sus pacientes ignorantes e incrédulos". Para los médicos clínicos integrantes de este grupo, fue sin duda muy importante saber que debían conocer sus propias motivaciones y, en rigor, su propia personalidad. Estos médicos tenían que habérselas con algo semejante (aunque no igual) a la necesidad primaria del analista, que es la de someterse a su propio análisis. Pero aun si a los médicos que realizan este trabajo les fuese posible ser analizados, deberían emprender la tarea particular que se examina en los capítulos titulados "La función apostólica", vale decir, aun así tendrían que empezar desde el comienzo y tratar de reevaluar las premisas en que descansa el ejercicio de la medicina clínica. Podría agregarse que a ningún analista le vendría mal reevaluar de vez en cuando las premisas de su labor. No se trata forzosamente de modificar lo que ya está hecho. Quienquiera ejerza como médico necesita ser capaz de considerar lo que hace y ocuparse de sus propias actitudes y acciones, del mismo modo en que considera los síntomas que presenta el paciente y su respuesta al tratamiento. Es evidente que para Balint esto es muy importante; comenta: "El estudio de la función apostólica es tal vez el modo más directo de estudiar el efecto principal -el terapéutico- de esta droga" (o sea, el médico).

Sin duda, el psicoanálisis tiene algo que aprender del estudio que el médico clínico debe efectuar de su propia actitud y de la prescripción que hace de sí mismo (obviamente, lo inverso también es cierto). Balint afirma que lo que el psicoanalista sabe acerca de la terapia médica general está contenido, primordialmente, en la bibliografía sobre la teoría y la práctica de la interpretación, en especial la parte referida al manejo de la tendencia a "actuar" de los pacientes. Como es natural, el médico clínico se ve envuelto en la actuación de sus pacientes, y tal vez sea válido que en la mayoría de los casos pueda ocuparse de los problemas inmediatos correspondientes a un ejemplo especial de actuación, y omitir el análisis del tema central. Sin embargo, es interesante que comprenda cuál es ese tema inconsciente o central mientras está envuelto en la actuación periférica.

El psicoanalista se percata intensamente del papel del médico clínico cuando uno de sus analizandos requiere atención médica a raíz de un asma, o de sufrir vahídos, o de tener la sensación de que la muerte es inminente en las primeras horas de la mañana. En otras palabras los analistas se percatan por cierto de la función del médico clínico en el manejo general del paciente en análisis, pero es posible que no se den cuenta en igual medida de que un enorme número de pacientes que no está en absoluto en análisis es tratado con éxito por sus médicos clínicos.

P S I K O L I B R O



Biblioteca D. Winnicott

C.G.Jung Reseña de "Memories, dreams, reflections" 1964

Londres, Collins and Routledge, 1963.

Esta reseña apareció en *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 45, 1964.

La publicación de este libro brinda a los psicoanalistas la oportunidad -tal vez la última que tengan- de llegar a un acuerdo con Jung. Si no logramos llegar a un acuerdo con Jung nos autoproclamaremos defensores de una causa falsa.

Jung fue un ser, una persona real, a quien le ocurrió vivir en la época de Freud, e inevitablemente lo conoció. Los efectos del encuentro entre ambos ofrecen material para un estudio serio, y para el estudioso de la naturaleza humana no es menos interesante la forma en que se separaron. Los psicoanalistas pueden elegir alinearse junto a Freud y calibrar a Jung tomándolo a Freud como vara de medida, o bien echar una mirada a uno y a otro y posibilitar que se encuentren y se junten y se separen. En este último caso deben conocer su Jung, y el valor de este libro es que nos permite conocer a Jung tal como era cuando aún no había sido afectado por Freud y todas sus obras.

Por "este libro" me refiero a las primeras 115 páginas. Estos tres primeros capítulos son genuinamente autobiográficos. He aquí una autobiografía que puede ocupar un sitio junto a las otras autobiografías realmente convincentes; uno no tiene dudas acerca del valor de estos capítulos como declaración verdaderamente autorreveladora. En mi reseña me ocuparé de estos importantes capítulos, y sobre todo del capítulo inicial "Los primeros años".

Estoy convencido de que todo psicoanalista debe leer estos tres primeros capítulos y conocer a Jung como era, y de que ningún analista que no los haya leído está calificado para hablar o escribir sobre Jung y Freud, y su encuentro y su imposibilidad final de comprenderse uno al otro.

Al examinar estos tempranos detalles de la vida de Jung me situó dentro de esa categoría de personas que, para decirlo con las palabras de Jung, "siempre me hacen recordar a esos renacuajos optimistas que toman sol en un charco de mínima profundidad, todos juntos, agitando afablemente la cola, sin percatarse en absoluto de que a la mañana siguiente el charco estará seco y quedarán desamparados" (pág. 28). Pese a ello, debo seguir adelante empleando el rico material que Jung nos ha proporcionado a fin de ver más de cerca al hombre que Jung llevaba dentro de él para ser, y que luego fue.

Al describirse a sí mismo, Jung nos presenta un cuadro de la esquizofrenia infantil y al mismo tiempo su personalidad revela una fuerza tal que le permitió sanarse. Se recuperó pagando un precio, y en parte el precio que pagó es el que nos desembolsó a nosotros, si es que somos capaces de oírlo y escucharlo, en términos de su excepcional penetración intelectual. ¿Penetración en qué? Penetración en los sentimientos de quienes están mentalmente escindidos.

A esta altura debo solicitar al lector que entienda que no estoy descalificando a Jung, poniéndole el rótulo de "recuperación en un caso de psicosis infantil". Tal vez yo sea un "renacuajo afablemente ignorante de mi destino", pero no pretendo mancillar la personalidad o el carácter de Jung. Quiero sostener que Jung estuvo loco, y que se recuperó, y al hacerlo no hago nada peor que si dijera de mí mismo que estuve cuerdo y que por obra del análisis y del autoanálisis logré cierto grado de locura. La huida hacia la salud de Freud, tal vez sea algo de lo que nosotros, los psicoanalistas, estamos tratando de recuperarnos, así como los junguianos están tratando de recuperarse del "self dividido" de Jung y de la forma en que lo abordó.

En cierto sentido, Jung y Freud resultaron complementarios; son como el anverso y el reverso de una medalla. Al conocer a Jung como ahora podemos conocerlo, entendemos por qué no fue posible que él y Freud llegaran a un acuerdo en esos primeros años de este siglo, esos años en que Freud estaba luchando para crear una ciencia que se expandiera gradualmente, y Jung empezaba a "saber", pero con la desventaja de que tenía necesidad de buscarse un self con el cual saber. Al término de una larga vida, Jung alcanzó el centro de su self, y resultó ser un callejón sin salida; en comparación con esto, posiblemente prefiramos el avance a tientas de Freud y su falla gradual en finalizar cualquier cosa, salvo en poner en marcha un proceso que nosotros, y todas las generaciones futuras, podremos usar para la terapia-que es una investigación sobre la naturaleza del hombre-y para la investigación -que es una terapia del hombre-.

Acerca de la relación entre Freud y Jung digamos esto: tenían que encontrarse, pero Freud no podría haber ido a analizarse con Jung porque Freud inventó el psicoanálisis, y además Freud necesitaba dejar de lado el ámbito de la locura para seguir avanzando en la aplicación de los principios científicos al estudio de la naturaleza humana; y Jung no podría haber ido a analizarse con Freud porque en verdad Freud no estaba en condiciones de efectuar este análisis, que habría implicado ciertos aspectos de la teoría psicoanalítica que sólo hoy, medio siglo después, comienzan a aparecer como consecuencia de la metapsicología psicoanalítica. En otras palabras: estos dos hombres, cada uno poseído por un demonio, no podían hacer otra cosa que encontrarse, comunicarse sin un entendimiento básico entre ellos, y luego separarse. La forma en que produjeron ese encuentro y esa separación es interesante, pero poco significativa.

Mi mejor contribución al examen de este libro puede consistir en que haga un estudio preliminar de su primer capítulo. Debe recordarse, empero, que cuando se examina una autobiografía ningún comentario es capaz de suplantar la experiencia de su lectura. Sólo puedo comunicarme con quienes han leído las aseveraciones del autor y ya las han asimilado.

A raíz de mis particulares intereses, puedo aportar más a los primeros capítulos que a los posteriores; y abordo el capítulo inicial, "Los primeros años", con una teoría precisa y detallada del desarrollo emocional del bebé y con una experiencia clínica considerable sobre todas las diversas clases de observación, directa e indirecta, que constituyen la práctica de la psiquiatría infantil. Como es natural, me entusiasma descubrir esta fuente, excepcionalmente rica.

Los primeros recuerdos de Jung corresponden a su conciencia de la belleza y la felicidad, y nos muestran de qué manera fue introducido este hijo único (su hermana nació cuando él ya tenía 9 años) al mundo de la belleza por quienes lo cuidaron. Esta especie de experiencia de un sentimiento positivo tiene un lado negativo, y, pie a la postre tendremos que tratar de descubrir. Resultará ser una distorsión de las tendencias integradoras, derivada de la falla materna de la

madre a raíz de la enfermedad de ésta.

Cuando Jung tenía 4 años se había establecido en él la enfermedad psicótica y ya cumplían para él un buen servicio las defensas que lo acompañarían toda la vida; es notable que al final baya podido comprender su propia psicosis tan profundamente como lo hace en esta autobiografía.

He dicho en otro lugar (1) que en el campo de la psicosis, más que en el de la psiconeurosis, es previsible que nos encontremos con una cura [cure] por autocuración [self-healing]. Jung nos ofrece un ejemplo de ello, aunque por supuesto la autocuración no es lo mismo que la resolución mediante un análisis.

Antes de los 4 años, Jung tuvo el derrumbe que está en la base de la organización de la pauta defensiva. Recuerda que en esa época el padre paseaba con él y le cantaba. Cree que él padeció de niño un eccema generalizado y vincula esa enfermedad con el distanciamiento que a la sazón se estaba produciendo entre sus padres. Dicho de otro modo, corrió el peligro de una desintegración del yo (una despersonalización), una inversión de los procesos madurativos; y sus defensas cristalizaron en una escisión de la personalidad, relacionada en cierto plano con la separación de los padres. Cabe conjeturar que en el caso de Jung la escisión no fue una debilidad yoica heredada - si es que tal cosa existe-, ni fue completamente una falla primaria en alcanzar un estado unitario en las etapas tempranas del desarrollo emocional, sino que fue una defensa organizada en una época de dependencia de la unión parental. Hay pruebas de que hubo un factor externo más temprano, a saber, la depresión materna, que afectó su infancia e introdujo el negativo de las cualidades positivas que él proyectó en el paisaje, las cosas y el mundo. Su recuerdo más antiguo no es de su madre. Hizo uso, sin embargo, de mujeres que no eran su madre, una de las cuales sentó las bases de su concepción del "ánima". (Para mí, el "ánima" es la parte de cualquier hombre que puede decir: siempre supe que yo era mujer.)

Jung fue capaz de relatar un sueño significativo, que fijó la pauta de su vida y de su obra. Este es el auténtico Jung, y es legítimo edificar sobre esta base teorías provisionales sobre sus dificultades personales y su manera de abordarlas.

Tuve un sueño, el más antiguo que recuerdo, un sueño que me preocupó toda mi vida. Por entonces tenía entre tres y cuatro años.

La vicaría se alzaba solitaria cerca del castillo de Laufen, y una ancha pradera se extendía desde la granja del sacristán. En el sueño yo estaba en esa pradera cuando de pronto descubría en el piso un agujero oscuro de forma rectangular, rodeado de piedras. Jamás lo había visto. Corrí curioso y espí dentro de él. Vi entonces una escalera de piedra que llevaba abajo. Descendí temeroso y vacilante. Al llegar abajo había un portal con un arco redondo, tapado por una cortina verde. Era una cortina grande y pesada, de tela trabajada como el brocato, y parecía muy lujosa. Curioso por ver lo que podía esconderse detrás de ella, la aparté y vi ante mí, bajo la luz mortecina, una habitación rectangular de unos diez metros de largo, abovedada, con piedra labrada en el techo, baldosas en el piso, y en el centro una alfombra roja que llevaba desde la entrada hasta una pequeña plataforma. En la plataforma se alzaba un trono magnífico de oro. No estoy seguro, pero tal vez había un almohadón rojo sobre el asiento. Era un trono deslumbrante, un verdadero trono de rey de un cuento de hadas. Tenía algo encima que al principio pensé que sería un tronco de árbol, de unos cuatro o cinco metros de alto y 45 o 60 centímetros de espesor. Era enorme, llegaba casi hasta el techo; pero su composición era curiosa: estaba hecho de piel y de carne desnuda, y encima tenía algo parecido a una cabeza redonda sin rostro ni cabello. En el extremo superior de esa cabeza había un único ojo, que miraba fijo hacia arriba.

Había bastante luz en el cuarto, aunque no tenía ventanas ni tampoco, aparentemente, ninguna fuente de luz propia. Sin embargo, por encima de la cabeza se veía un halo brillante. Esa cosa no

se movía, pero yo tenía la sensación de que en cualquier momento podría descender del trono y arrastrarse hasta mí como un gusano. Estaba paralizado de terror. En ese instante escuché la voz de mi madre, que venía desde afuera y desde arriba, gritando: "¡Sí, míralo! ¡Es el que se come a los hombres!"; esto aumentó todavía más mi terror, y me desperté sudando y con susto mortal. Las noches siguientes tuve miedo de irme a dormir porque me espantaba la posibilidad de tener otro sueño como ése.

A esta altura podemos ya trazar el siguiente mapa de la enfermedad de Jung:

- Potencialidad para la salud.
- Infancia perturbada por la depresión materna, contrarrestada esta última por la conducta maternal del padre.
- A los tres años: derrumbe psicótico, relacionado con la separación de los padres.
- Defensa temporaria: trastorno psicossomático que suscita una conducta maternal en el padre (continuación de la dependencia).
- A los cuatro años: organización defensiva principal y logro de la independencia.

Y con ayuda del resto de libro, podemos proseguir:

- Varias amenazas de derrumbe en la niñez posterior, con autocuración.
- Las defensas incluyen: verdadero self (secreto); falso self; creación de una obra a lo largo de la vida, a partir de la organización defensiva, junto con la tendencia permanente a cicatrizar la escisión de la personalidad.
- Finalmente, en la ardua labor de la autobiografía, la rememoración de detalles significativos de la infancia y la niñez -la autocuración más accesible de la esquizofrenia infantil-. Aquí el verdadero self deja de ser secreto, y el falso self, que tuvo un valor inmenso porque le permitió a Jung llevar una vida "normal" en el mundo, se ha vuelto comparativamente inútil.

Vista de este modo, la notable vida de Jung cobra forma, y de esto surge para nosotros algo valioso, porque podemos entonces entender la mentira que Jung le dijo a Freud. Le relató un sueño (págs. 155-56) que terminaba así:

Había sobre el piso una espesa capa de polvo, y desparramados en ella había huesos y trozos de cerámica, como restos de una cultura primitiva. Descubrí dos cráneos humanos, que evidentemente eran muy antiguos y estaban a medias desintegrados. Entonces desperté. Lo que más le interesó a Freud de este sueño fueron los dos cráneos. Volvió a ocuparse de ellos en repetidas oportunidades, instándome a averiguar cuál era el deseo vinculado con ellos. ¿Qué pensaba yo de esos cráneos? ¿De quiénes eran? Yo sabía perfectamente, desde luego, a qué apuntaba: a que escondidos en el sueño había deseos de muerte secretos. (...) Me sometí a sus propósitos y le dije: "Mi esposa y mi cuñada...".

Fue así que le mentí.

Por el lugar que ocupó esta mentira en la vida de Jung, es quizás el momento en que estuvo más cerca de un self unitario, hasta poder, en la vejez, escribir esta autobiografía.

Cuando deliberadamente le dijo a Freud esa mentira, se unificó con una capacidad de ocultar secretos, en vez de tener una personalidad escindida sin lugar para esconder nada. Así pues, Freud quizá cumplió cierto servicio para Jung, aunque sin saberlo. Podemos darnos cuenta por qué Freud no podía saberlo, pero a nosotros nos incumbe saberlo y comprenderlo, hasta donde nos permitan los datos disponibles. "Tout comprendre rend très indulgent" [comprenderlo todo nos vuelve muy indulgentes].

No importa mucho sobre qué le mintió Jung a Freud, sino que en algún momento tenía que hacerlo, o de lo contrario tendría que haber iniciado un análisis con él -el que posiblemente no habría conducido a la cura, aunque sí quizás a una fuga de la psicosis hacia la salud o hacia la psiconeurosis-.

¿Podríamos sostener que los famosos desvanecimientos de Freud nos cuentan la misma historia al revés? Parece significativo que en la amenaza de derrumbe que sufrió Jung a los 12 años su síntoma haya sido el desvanecimiento; por detrás de éste había un "impulso suicida", y por detrás de este impulso, la locura infantil (desintegración, despersonalización, inversión de los procesos madurativos).

Podemos estar contentos de que Jung y Freud se hayan separado, y de que cada cual mantuviera su integridad personal y viviera lo suficiente para enriquecer excepcionalmente al mundo.

Los junguianos y freudianos en la actualidad

Es preciso examinar ahora algunos de los efectos de la organización defensiva de Jung contra la psicosis sobre el pensamiento de los junguianos y freudianos actuales. Al reunirnos para examinar la naturaleza humana no podemos dejar de advertir que a veces usamos los mismos términos con significados no sólo diferentes, sino en apariencia inconciliables. Las dos palabras más transgresoras son "inconsciente" y "self".

Inconsciente

Desde el momento en que Jung tuvo ese sueño, a los 4 años, ya fue seguro que él y Freud no serían capaces de comunicarse entre sí con respecto a lo inconsciente. No importa lo que Freud haya sido, lo cierto es que tuvo una personalidad unitaria y que había un lugar en él para lo inconsciente. Jung fue diferente. A una personalidad escindida no le es posible tener un inconsciente, ya que éste no tiene lugar para ser. Como nuestros floridos pacientes esquizofrénicos (aunque él no lo era), Jung conocía verdades inaccesibles para la mayoría de los hombres y mujeres; pero pasó toda la vida buscando un lugar donde guardar su realidad psíquica interna, por más que ésta era una tarea en verdad imposible. A los 4 años adoptó la compleja teoría de lo subterráneo del sueño, estrechamente asociada en su caso al entierro de los muertos. Bajó a lo subterráneo y encontró la vida subjetiva. A1 mismo tiempo, se convirtió en una persona retraída, que padecía algo que, según pensó erróneamente por entonces, era una depresión clínica. De esto surgió la exploración de lo inconsciente por Jung, y (en mi opinión) su concepto del inconsciente colectivo formó parte de su tentativa de tramitar esa falta de contacto con lo que hoy llamaríamos "lo inconsciente según Freud".

Esto nos da la idea de que la obra de Jung estuvo desconectada del instinto y de la relación de objeto (salvo en un sentido subjetivo). Evidentemente, la personalidad N° 1, extravertida, de Jung (el falso self, en mi lenguaje), causaba una impresión bastante normal y le permitió tener un lugar en el mundo, una rica familia y vida profesional, pero Jung declaró sin ambages su preferencia por su personalidad N°- 2, su verdadero self (en el lenguaje de Jung), que a su entender portaba el sentido de lo real. El único sitio para su inconsciente (en el sentido freudiano) habría estado en su verdadero self secreto, un enigma envuelto en otro enigma. Esto quedó dramatizado en el contenido secreto de una caja de lápices secretamente escondida y luego olvidada por varias décadas. Naturalmente, ese contenido secreto era significativo y a la postre se comprobó que estaba

íntimamente vinculado con denominadores comunes del saber antropológico.

Si el psicoanalista comprendiera el significado especial que daba Jung a la palabra "inconsciente" y lo diferenciase de los diversos usos que dio Freud a ese término, le sería posible sumarse a las numerosas personas que hallan en los escritos de Jung una enorme contribución para el estudio de los seres humanos y la correlación de datos recogidos en los campos más diversos. Pero el psicoanalista sacrificaría valores esenciales si renunciara a los diversos significados que dio Freud a la palabra "inconsciente", incluido el concepto de lo inconsciente reprimido. No es posible concebir un inconsciente reprimido con una mente escindida; lo que se encuentra en cambio es una disociación.

Cuando Jung consideró la idea del pene erecto en el lugar del rey en la habitación subterránea del sueño que tuvo a los 4 años, no la conectó, por ejemplo, con una proyección de sus propias excitaciones fálicas. Parecía temer que un analista-renacuajo insistiese en que él había visto un pene erecto en algún lugar, pero para el analista lo que estaría faltando es un intento de relacionar esto con la vida instintiva de Jung a los 4 años.

De este modo, apenas si hay conflicto edípico en la personalidad escindida, ni un choque con el padre en el vivir extravertido; y de cualquier manera el choque con el padre estaba obstaculizado por el distanciamiento que a la sazón hubo entre sus padres, y por el hecho de que el padre de Jung se convirtió para él en la figura materna confiable. No estaba preparado, pues, como hombre, para tener un choque con Freud. Un choque imaginario con Freud es lo único que podría haber servido de base a una amistad entre ambos (homosexualidad sublimada), y hay pruebas de que Freud habría acogido con beneplácito ese choque imaginario.

Jung alcanzó el odio de su padre de un modo llamativo, forjándose la idea de que la intención de Dios había sido que los hombres y mujeres creados por El incurriesen en el pecado, como secuela de la idea suya según la cual Dios había cagado desde su trono de oro sobre el hermoso techo nuevo de la catedral, partiendo en dos las paredes. También en este caso, naturalmente, Jung no retrocede un paso más para relacionar esto con su propia destrucción de la belleza. No podemos imaginar a Jung pensando que Dios era una proyección de su omnipotencia infantil, y su defecación, una proyección en la madre de su odio al padre; o bien, en un plano más primitivo, que su destrucción del objeto bueno obedecía a que éste era real, en el sentido de estar fuera de su ámbito de omnipotencia.

Al relatar sus juegos (a los que se dedicaba en gran parte a solas, hasta el momento de asistir a la escuela), Jung nos refiere que consistían en una construcción y reconstrucción constantes, seguidas siempre por un terremoto que destruía el edificio. Lo que no encontramos en el material que nos brinda es la destrucción imaginativa seguida de un sentimiento de culpa y luego de la construcción. Parecería que en la temprana infancia de Jung, o sea, antes del derrumbe infantil, lo reprimido era la agresión primitiva -y aquí recordamos lo difícil que es llegar precisamente a esta destructividad primitiva cuando un bebé es atendido por una madre clínicamente deprimida-. (Fordham se ha referido al miedo que tenía Jung a su propia destructividad.) (2)

El self

Más difícil me resulta discutir el uso que hace Jung de la palabra "self" esto ya ha sido claramente examinado por Fordham). (3)

La palabra "self" no es un término psicológico, sino una palabra que todos usamos, y es posible que Jung haya contribuido más que Freud a la comprensión de lo que significa o puede significar. El

propio Fordham me llevó a reconocer sobresaltado que yo estaba utilizando las palabras "self" y "yo" como si fueran sinónimas, y por supuesto no lo son ni pueden serlo, ya que "self" es una palabra y "yo" un término que usamos por conveniencia con un significado sobre el cual nos hemos puesto de acuerdo.

Lo cierto es que el término "yo" no se usa de la misma manera en la jerga freudiana que en la junguiana. El propio Freud lo utilizó sin duda de diferente manera según la época en que escribió. En la metapsicología freudiana el concepto de yo tuvo una evolución propia. La idea primera del yo como parte del ello no resistió la prueba del tiempo. En los círculos psicoanalíticos comenzó a desarrollarse en la década del treinta la psicología del yo, que ahora ha tenido un gran adelanto, de modo tal que se concibe la existencia del yo desde el comienzo (con anterioridad a la experiencia del ello, y abarcándola), en especial si se considera que esto se halla íntimamente ligado al auxilio yoico que brinda la madre al bebé que es lo bastante afortunado como para tener una madre capaz de ofrecerle ese auxilio.

En la bibliografía psicoanalítica hay trabajos sobre la maduración basada en la evolución del yo, incluido el concepto de la tendencia a la integración, a la capacidad de relación con el objeto y a la asociación psicósomática. Es previsible que en el futuro inmediato aumente en gran medida la comprensión teórica según estos lineamientos, todo lo cual parece soslayarse en los escritos junguianos; y no podemos permitirnos ignorar nada que sea válido. En cambio, la idea del self ha sido muy bien estudiada por los junguianos, y en este campo son los psicoanalistas los que deben aprender lo que puedan.

Creo que lo que debe recordarse es que Jung mismo pasó su vida en busca de su self, al que jamás encontró realmente, pues permaneció hasta cierto punto escindido (salvo en su trabajo autobiográfico, donde se curó de esa escisión). Parece que en su vejez abandonó en gran medida su personalidad N°1 y vivió de acuerdo con su verdadero self, y así encontró un self al que pudo llamar propio. Al hacerlo, ¿no pasó a estar clínicamente algo retraído?

En definitiva alcanzó el centro de su self. Como ya he indicado, esto parece haber sido satisfactorio para él, y sin embargo se presenta como un callejón sin salida si se lo contempla como un logro de una personalidad notable, de una personalidad verdaderamente grande. De cualquier manera, estaba preocupado por el mandala, que desde mi punto de vista es una construcción defensiva, una defensa contra esa espontaneidad que es la vecina inmediata de la destrucción. A mí el mandala me resulta algo verdaderamente aterrador a raíz de que constituye un absoluto fracaso en avenirse a la destructividad, y al caos, la desintegración y las restantes locuras. Es una fuga obsesiva de la desintegración. La descripción que hace Jung de sus últimas décadas, transcurridas en busca del centro de su self, me parece la descripción del lento y tedioso ocaso de una vida de espléndidos empeños. El concepto de centro del self es relativamente inútil; más importante es alcanzar las fuerzas básicas de la vida individual, y a mi juicio es seguro que si la base real es la creatividad, le sigue de inmediato la destrucción.

Esta cuestión necesita un tratamiento especial en un marco diferente. Queda en pie el hecho de que la búsqueda del self y de una manera de sentirse real y de vivir a partir del verdadero self y no del falso, es una tarea que no sólo incumbe a los esquizofrénicos, sino a una gran proporción de la especie humana. No obstante, hay que reconocer que para muchos éste no es el problema principal: sus experiencias infantiles les permitieron atravesar satisfactoriamente las etapas tempranas, y encontrar una solución en la infancia a este problema humano esencial. En general los problemas de la vida no radican en la búsqueda del self sino en el uso pleno y satisfactorio de un self unitario y bien sustentado. La personalidad unitaria padece muchísimas tribulaciones de otra índole, pero para ella la palabra "self" tiene un sentido claro, que no necesita ser explicado.

Es realmente difícil para quienes poseen una personalidad unitaria sana lograr empatía con

aquellos otros a quienes su self dividido les provoca constantes trastornos. Jung nos ha sido útil en esto, y algunos psicoanalistas están haciéndonos reparar en que la llamada técnica psicoanalítica clásica es inaplicable al tratamiento de la esquizofrenia.

A mi manera de ver, la vida de Jung ha demostrado que la enfermedad psicótica no sólo puede provocar a una persona un montón de problemas, sino también impulsarla a realizar logros excepcionales. Por supuesto, Jung ha echado un rayo de luz sobre el problema común a todos los seres humanos, en tanto y en cuanto existen defensas comunes contra los miedos intolerables o psicóticos, como podría llamárselos.

Este libro puede permitirnos hacer una evaluación objetiva de Jung, así como queremos ser objetivos con Freud. Nosotros nos sometemos al análisis, y debemos ser capaces de analizar también a nuestros maestros, quienes, por la propia naturaleza de las cosas, no pudieron analizarse.

Este libro merece ser leído en su totalidad. Está bien traducido. Sólo cuestionaré una palabra: "logrado" [attained] como traducción de «erreichten». "Ich konnte mich pie aufhalten beim einmal Erreichten" : ¿no podría traducirse esto como "No podía detenerme en nada una vez que lo había alcanzado [reached]?" Decir aquí "logrado" parece implicar una asimilación. En este caso un error de traducción podría echar a perder todos los juegos futuros de análisis de Jung.

(1) "Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytical Set-Up" (1954), en Collected Papers: Through Paediatrics and Psycho-Analysis, Londres, Tavistock, 1958; Nueva York, Basic Books, 1975; Londres, Hogarth Press, 1975.

(2) M. Fordham, An Evaluation of Jung's Work, Londres, Guild of Pastoral Psychology, Conferencia N°- 119, 1962.

(3) M. Fordham, "The Empirical Foundation and Theories of the Self in Jung's Work", Journal of Analytic Psychology, vol. 8, 1963.

Biblioteca D. Winnicott

Necesidades de los niños menores de cinco años en una sociedad cambiante (1954)

Todos sabemos que, en general, las familias son hoy menos numerosas que antes, y que las madres con dos hijos llegan a los cuarenta años con una expectativa de vida de treinta y cinco, abundante energía y cierta experiencia. Me propongo estudiar las necesidades de los niños menores de cinco años en relación con éste y otros cambios. En primer lugar, debo plantear esta pregunta: ¿afectan estos cambios en la pauta social a los menores de cinco años en alguna forma significativa? Debo acentuar el hecho de que las necesidades de los bebés y de los niños pequeños no son variables, sino inherentes e inalterables.

¿Cuáles son las necesidades de los niños normales o sanos de menos de cinco años?

Es necesario pensar todo el tiempo en el niño en desarrollo. Éste constituye siempre un enfoque útil, pero resulta particularmente importante en el caso de los chicos menores de cinco años, ya que cada niño de cuatro años, tiene también tres, dos y uno, y es al mismo tiempo un bebé recientemente destetado o recién nacido e incluso en el vientre materno.

En términos de personalidad y de desarrollo emocional, hay una enorme distancia entre el bebé recién nacido y el chico de cinco años. La única manera de recorrer esa distancia consiste en proporcionar ciertas condiciones. Tales condiciones sólo necesitan ser tolerablemente buenas, ya que la inteligencia de un niño se torna cada vez más capaz de soportar las fallas y hacer frente a las frustraciones mediante una preparación anticipada. Como es bien sabido, las condiciones necesarias para el crecimiento individual del niño no son en sí mismas estáticas, determinadas y fijas, sino que se encuentran en un estado de cambio cuantitativo y cualitativo en relación con las necesidades cambiantes y la edad del bebé o del niño.

Examinemos de cerca al niño sano de cuatro años y medio. En el curso del día puede aparecer un cierto grado de sociabilidad similar al de un adulto. El varoncito ha podido identificarse con el padre, y la niña, con la madre, y existen también identificaciones cruzadas. Ésa capacidad para la identificación se revela en la conducta concreta, y en la posibilidad de asumir responsabilidades durante un tiempo limitado y con respecto a un área limitada; se revela en el juego, en el que se manifiestan claramente las tareas y las alegrías de la vida conyugal, de la paternidad y de la pedagogía, y en las pasiones y los celos violentos que son característicos de la edad; y aparece en las fantasías diurnas y, sobre todo y fundamentalmente, en los sueños del niño dormido.

Estos son algunos de los elementos maduros en el niño sano de cuatro años, sobre todo teniendo en cuenta la intensidad de vida que deriva de su instinto, la base biológica para las excitaciones que muestran la siguiente secuencia: preparación con tensión creciente, culminación, y luego una cierta medida de relajación que sigue a alguna forma de gratificación.

En el sueño completo que marca la madurez correspondiente al período inmediatamente previo a los cinco años, el niño ocupa uno de los vértices de un triángulo de relaciones humanas. En ese sueño el impulso biológico que llamamos instinto es aceptado, y es toda una hazaña el hecho de que el niño siga el ritmo del crecimiento biológico; de modo que en el sueño completo, y en la fantasía potencial presente en la vida de vigilia, las funciones corporales del niño se ven involucradas en relaciones de un tipo muy intenso, en las que el amor se siente como tal, y también el odio, y los conflictos inherentes a la experiencia humana.

Una necesidad del niño de cuatro años bien desarrollado es la de contar con padres con los que pueda identificarse. A esta importante edad no tiene sentido implantar normas morales ni inculcar pautas culturales. El factor operativo es el progenitor, y la conducta del progenitor, y la interrelación entre los padres tal como el niño la percibe. Esto es lo que el niño toma, lo que imita y contra lo cual reacciona, y esto es también lo que utiliza de múltiples maneras en el proceso personal de autodesarrollo.

El hogar, basado en la relación entre los padres, cumple una función a través de su existencia y supervivencia; el odio manifiesto del niño y el odio que aparece en los desastres de los sueños, puede tolerarse debido a que el hogar sigue funcionando a pesar de lo peor y a causa de lo mejor.

Pero una criatura que se muestra a veces sorprendentemente madura a los cuatro años y medio se convierte de pronto en un niño de dos años cuando necesita protección a causa de un tajo en un dedo o de una caída casual, y tiende a tornarse muy infantil en el momento de irse a dormir. Una criatura de cualquier edad que necesita sentirse afectuosamente sostenida requiere una forma física de amor que la madre le proporcionaba naturalmente cuando lo llevaba en su seno.

Sin duda, el bebé no comienza como una persona capaz de identificarse con otras. Se necesita primero una consolidación gradual del yo como un todo o una unidad, y también un desarrollo gradual de la capacidad de sentir que el mundo exterior y el mundo interior son cosas relacionadas, pero no idénticas al yo, y que el yo es individual y peculiar y nunca igual en dos criaturas.

El logro de una madurez adecuada entre los tres y los cinco años de edad se acentúa aquí en primer lugar, porque los niños sanos se están preparando todo el tiempo para esa madurez que es tan vital para todo el desarrollo futuro del individuo. Al mismo tiempo, la madurez del niño que todavía no tiene cinco años resulta normalmente compatible con toda clase y grados de inmadurez. Los aspectos inmaduros son los residuos de madureces previas, de los estados sanos, de dependencia característicos de todas las fases previas del crecimiento. Resulta más simple realizar algunos sondeos de las diversas fases del desarrollo que intentar una descripción del complejo cuadro del niño de cuatro años.

Incluso en una formulación condensada, es necesario separar los siguientes elementos:

- 1) Relación triangular (entre los miembros de la familia).
- 2) Relación bipersonal (la madre que presenta el mundo al bebé).
- 3) La madre que sostiene al niño en un estado no integrado (que ve a toda la persona antes que el bebé se sienta entero).
- 4) El amor de la madre expresado en términos de manejo físico (técnicas maternas).

- 1) Relación triangular.

El niño se ha convertido ahora en un ser humano entero entre seres humanos enteros, envuelto en relaciones triangulares. En el sueño subyacente o inconsciente, el niño está enamorado de un progenitor y, en consecuencia, odia al otro. En cierta medida, el odio se expresa en forma directa, y el niño que puede reunir todo el residuo agresivo latente de fases previas para utilizarlo en ese odio, que resulta aceptable porque su

base es el amor primitivo, puede considerarse afortunado. En cierta medida, sin embargo, ese odio es absorbido por la capacidad del niño para identificarse con el rival en el sueño. Aquí la situación familiar dirige al niño y a su sueño. El triángulo es una realidad que permanece intacta. El triángulo aparece también en toda clase de relaciones cercanas que permiten una difusión a partir del tema central, y una disminución gradual de las tensiones hasta que se tornan manejables en alguna situación real. El juego asume aquí particular importancia, ya que es real y, al mismo tiempo, también un sueño, y aunque las experiencias del juego admiten sentimientos tremendos de todo tipo, que de otra manera permanecen encerrados en el sueño olvidado, el juego eventualmente termina, y quienes intervienen en él guardan los juguetes y toman el té juntos, o se preparan para el baño y el cuento a la hora de dormir. Además, en el juego (dentro del período que consideramos) siempre hay cerca alguna persona mayor que está directamente involucrada y lista para asumir el control de la situación.

Un estudio de dos juegos infantiles, "el papá y la mamá" y "médicos y enfermeras" podría resultar instructivo para quienes comienzan a estudiar este tema, así como los juegos específicos basados en la imitación de las tareas maternas y hogareñas y del trabajo especial del padre. El estudio de los sueños infantiles requiere una formación especial, pero naturalmente lleva al estudioso a niveles más profundos del inconsciente que la simple observación del juego.

2) Relación bipersonal.

En una etapa previa, en lugar de la relación triangular encontramos la relación más directa entre el niño y la madre. De maneras sumamente sutiles, la madre presenta el mundo al bebé, poco a poco y evitando la incidencia casual, y proporcionando lo necesario en la forma y en el momento más o menos adecuados. Resulta fácil ver que en esta relación bipersonal hay muchos menos oportunidades (que en la pauta triangular) para que el niño se vea obligado a un manejo personal de situaciones difíciles; en otras palabras, la dependencia es mayor. Con todo, se trata de dos seres humanos enteros, íntimamente interrelacionados e interdependientes. Si la madre es sana, si no es ansiosa, si no está deprimida, confundida o retraída, entonces hay amplia oportunidad para el desarrollo de la personalidad del niño en el enriquecimiento diario de la relación madre-hijo.

3) La madre que sostiene al niño en un estado no integrado.

En un momento previo, existe, desde luego, un grado aún mayor de dependencia. Se necesita a la madre como a alguien que sobrevive cada día, y que puede integrar los diversos sentimientos, sensaciones, excitaciones, rabias, penas, etc., que constituyen la vida de un bebé pero que éste no puede sostener. El niño no es todavía una unidad. La madre sostiene al niño, al ser humano que se está formando. Si resulta necesario, la madre puede examinar en su mente todo lo que el día ha significado para el niño. Ella comprende. Ella ve a su hijo como un ser humano en un momento en que aquél todavía es incapaz de sentirse entero.

4) El amor de la madre expresado en términos de manejo físico.

En una etapa anterior la madre sostiene al bebé, y esta vez en un sentido físico. Todos los detalles tempranos del cuidado físico constituyen cuestiones psicológicas para el niño. La madre se adapta activamente a las necesidades del bebé, y al comienzo esa adaptación puede ser notablemente completa. La madre sabe, instintivamente como dice la gente, cuál de las múltiples necesidades está a punto de tornarse apremiante. Ella le presenta el mundo al niño en la única forma que no implica caos: satisfaciendo las necesidades a medida que

se presentan. Además, al expresar amor en términos de manejo físico y al proporcionar satisfacciones físicas contribuye a que la psiquis infantil comience a vivir en el cuerpo del niño. Mediante su técnica de cuidado expresa sus sentimientos hacia el niño, y se va consolidando como una persona que el individuo en desarrollo puede reconocer.

Esta manifestación de necesidades constituye una base para examinar el impacto que los diversos cambios observados en la pauta familiar ejercen sobre el niño. Cada una a su manera, todas las necesidades son absolutas, teniendo en cuenta su cualidad cambiante. La incapacidad para satisfacerlas trae aparejada una distorsión del desarrollo infantil, y puede tomarse como un axioma la afirmación de que cuanto más primitivo es el tipo de necesidad, mayor será la dependencia del individuo con respecto al medio, y más desastrosa la incapacidad para satisfacerla. El manejo temprano de un bebé constituye una cuestión que está más allá del pensamiento consciente y la intención deliberada. Es algo que sólo se torna posible a través del amor. A veces decimos que el niño necesita amor, pero lo que realmente queremos decir es que sólo alguien que ama al niño puede efectuar la adaptación necesaria a sus necesidades, y sólo alguien que ama al niño puede graduar las fallas de la adaptación a fin de seguir el ritmo del crecimiento de la capacidad del niño en cuanto a hacer un uso positivo de las fallas adaptativas.

Las necesidades esenciales de las criaturas menores de cinco años corresponden a los individuos involucrados, y los principios básicos no cambian. Esto resulta aplicable a los seres humanos del pasado, el presente y el futuro, en cualquier parte del mundo y en cualquier cultura.

Aplicaciones

A fin de establecer una relación entre la idea de una pauta familiar cambiante y la de las necesidades de los niños menores de cinco años, será necesario elegir unos pocos ejemplos de cambio. Por ejemplo:

- 1) Los padres y su sentido de la tarea.
- 2) La sociedad y su sentido de responsabilidad.
- 3) Falta relativa de hermanos.

- 1) Los padres y su sentido de la tarea.

En los padres jóvenes parece haber hoy un nuevo sentido de tarea, y comienzo con esto porque constituye una de las muchas cosas importantes que no aparecen en los resultados estadísticos. Los progenitores modernos esperan, planean, leen. Saben que estarán en condiciones de ofrecer una atención adecuada sólo a dos o tres hijos, y por eso se proponen cumplir una tarea limitada como progenitores en la mejor forma posible. La realizan ellos mismos. Cuando todo anda bien, el resultado es una relación tan rica y directa que resulta alarmante por su misma intensidad y riqueza. Cabe esperar, y se encuentran, dificultades especiales debidas a la falta de desplazamientos. El triángulo de padres e hijo se constituye en una realidad, y a menudo se solicita ayuda exterior, que puede proporcionarse con provecho.

Se observa que los padres que están tan deliberadamente dedicados a una tarea, la de iniciar a sus hijos en el camino de la salud mental, son individualistas. El hecho de que los padres mismos puedan necesitar más tarde un ulterior crecimiento personal constituye una parte inseparable de ese individualismo. En la sociedad moderna hay una disminución de la impostura, y de la felicidad exterior, bajo la capa de la respetabilidad.

Los padres que se sienten con una tarea por delante proporcionan un rico marco para el bebé y el niño pequeño. Además, esos padres aprovechan toda ayuda real con que cuenten, excepto cuando esa ayuda es del tipo que socava su sentimiento de responsabilidad.

El nacimiento de un nuevo bebé puede ser una experiencia valiosa para el hermano mayor, o una seria perturbación, y los padres que están dispuestos a considerar la situación pueden evitar los errores evitables. Sin embargo, no debe suponerse que la reflexión permite impedir el amor, el odio, y el conflicto de lealtades. La vida es difícil, y para nadie resulta más difícil que para el niño sano y normal entre los tres y los cinco años de edad. Por fortuna, la vida también es gratificadora, y a esa edad temprana encierra enorme promesa, siempre y cuando el hogar sea estable y el niño tenga la sensación de felicidad y satisfacción en la relación entre los padres.

Los progenitores que se proponen ser padres adecuados por cierto que se imponen una pesada tarea, y siempre existe el riesgo de que no haya ninguna recompensa. Muchas circunstancias casuales pueden privar a los padres del éxito (por fortuna, sin embargo, existen muchos menos riesgos concernientes a la enfermedad física que hace veinte años). Los padres están dispuestos a estudiar las necesidades de sus hijos, y ello significa una gran 'ayuda'; pero hay que recordar que los padres no pueden amarse si las cosas no andan bien entre ellos simplemente porque los hijos necesitan una relación estable.

2) La sociedad y su sentido de responsabilidad.

La actitud de la sociedad con respecto al cuidado del bebé y del niño ha sufrido un enorme cambio. Éste se produjo, como era natural, a través de los canales relativamente falsos de las soluciones para las enfermedades físicas y la privación emocional, y ahora comienza a producirse a través de un motivo mejor, la comprensión de que en la infancia se echar- los cimientos de la salud mental y, eventualmente, de la madurez en términos del adulto que puede identificarse con la sociedad sin perder el sentimiento de autoimportancia.

En todas partes encontramos frenéticos intentos destinados a conseguir que los obreros pasen del tratamiento a la profilaxis. Existe aquí un gran peligro: la prevención de los trastornos psicológicos no equivale en modo alguno a promover la salud. Si deseamos promover la salud debemos conocer realmente el desarrollo emocional del niño y estudiar la teoría psicológica.

Algunos ejemplos podrán servir para aclarar este punto. Los grandes progresos de la pediatría en la primera mitad de este siglo han tenido que ver principalmente con el aspecto físico. Un conocido pediatra me dijo que trabaja según el principio "es mejor un burro vivo que un caballo muerto". Ello significa que si es posible prevenir o curar una enfermedad física en un niño, se debe dejar que su psicología se cuide por sí sola. La pediatría todavía necesita superar este principio básico, y tendrá que encontrar una manera de hacerlo sin perder de vista el cuidado de la salud física. El trabajo del Dr. John Bowlby, que gira en torno del efecto negativo que sobre un niño pequeño tiene la separación de la madre, provocó un cambio muy profundo en los procedimientos en el curso de los últimos años, de modo que ahora las madres visitan a sus hijos en el hospital, y la separación se evita toda vez que ello resulta posible. Además, se ha producido un cambio de actitud en el manejo de los niños deprivados, aboliéndose virtualmente los internados y haciéndose un uso más amplio de casas de crianza. Pero los pediatras y las enfermeras que colaboran en estas cuestiones carecen todavía de una verdadera comprensión de las razones por las que un niño pequeño necesita una continuidad en la relación con la madre y el padre. Con todo, sería un gran progreso el que se reconociera que es posible prevenir la enfermedad mental en grado considerable evitando las separaciones innecesarias. Lo que todavía falta es una mejor comprensión de la consolidación de la salud mental del niño, en el marco familiar normal.

Asimismo, médicos y enfermeras saben mucho sobre el aspecto físico del embarazo y el parto y sobre la salud corporal del niño en los primeros meses de vida. Pero no saben nada sobre la unión de una madre y un bebé en las primeras mamadas, porque éste es un asunto delicado que está más allá de las reglas y las normas, y sólo la madre sabe manejar. La intromisión de especialistas provoca universalmente serias angustias, en un momento en que la madre está empezando a encontrar su camino hacia el bebé.

Es necesario comprender que el especialista (enfermera de maternidad, asistente de salud pública, maestra de

párvulos, etc.) puede ser inmaduro en comparación con un padre o una madre, y que el criterio de los progenitores con respecto a una cuestión específica puede resultar más sensato que el del especialista. Si no hay mala interpretación al respecto no surgirán dificultades en este sentido, ya que el especialista resulta necesario a causa de su conocimiento y su formación especiales.

Lo que los padres necesitan en todo momento es esclarecimiento con respecto a las causas subyacentes, pero no consejo ni instrucciones relativas al procedimiento. También es necesario dar a los padres la oportunidad de hacer experimentos y cometer errores, a fin de que aprendan.

La difusión del estudio social en el campo psicológico, que puede demostrar su valor en el aspecto preventivo a través de la aceptación de amplios principios de manejo, constituye, no obstante, una grave amenaza para la vida familiar normal o sana. Conviene recordar que la salud del país depende de las unidades familiares sanas, con progenitores que sean individuos emocionalmente maduros: Estas familias sanas constituyen, por ende, territorio sagrado que no se debe invadir si no se cuenta con una verdadera comprensión de sus valores positivos. Con todo, la unidad familiar sana necesita la ayuda de las unidades más amplias. Los padres están permanentemente comprometidos en sus propias interrelaciones personales, y dependen de la sociedad para su propia felicidad e integración social.

3) Falta relativa de hermanos.

Un cambio significativo en la pauta familiar es la falta relativa no sólo de hermanos, sino también de primos. No se debe suponer que podemos proveer primos al ofrecer compañeros de juego. El parentesco es de extrema importancia para el desplazamiento gradual de las relaciones de dos o tres personas con el niño más allá de la madre, y del padre y la madre, hacia la sociedad en su aspecto más amplio. Cabe esperar que el niño moderno carezca a menudo de la ayuda con que se contaba en la época de las familias numerosas. Hoy día debe ser común que un niño no tenga un solo primo a su alcance y, en el caso del hijo único, esto constituye un asunto muy serio. Con todo, si se acepta este principio, podemos decir que la principal ayuda que puede ofrecerse a la familia pequeña moderna radica en la ampliación del rango de relaciones y oportunidades. El jardín de infantes y la guardería pueden hacer mucho en este sentido, sí no son demasiado grandes y cuentan con personal adecuado. Me refiero no sólo al personal apropiado, sino a la formación de sus miembros en cuestiones de psicología infantil. Los padres pueden utilizar la guardería para darse a sí mismos un respiro, para ampliar el mundo de las relaciones del niño con adultos y con otros niños pequeños, y para enriquecer el juego.

Muchos padres normales o casi normales se irritan fácilmente si están con sus hijos día y noche, pero si disponen de algunas horas para sí mismos pueden mostrarse más pacientes con los chicos el resto del tiempo. Quiero llamar la atención sobre este punto, porque en mi experiencia siempre me he visto en la necesidad de ayudar a las madres cuando buscan un empleo de algunas horas destinado a preservar su propia salud y ecuanimidad. Se podrían discutir aquí muchas cosas, pero con respecto a la familia sana (y espero que se acepte que ella no constituye un fenómeno excepcional), los padres pueden intervenir en la toma de decisiones variables con respecto a la asistencia a la escuela de párvulos o la guardería. Quiero señalar particularmente la necesidad que tienen los padres de un respiro, y propugnar mayores oportunidades para que las madres que trabajan durante unas pocas horas puedan utilizar las guarderías. Se me ha señalado que si hay escasez de guarderías, la alternativa no es que los chicos se queden con la madre. Esta misma semana entrevisté a una mujer que no podía establecer un contacto adecuado con su propio hijo y que ha criado cincuenta y dos niños. No figura en los registros y me dice que no le gustan las intromisiones. Probablemente ha realizado un trabajo bastante bueno a su manera, pero resulta imposible suponer que esas personas, que siguen su propio camino, sean tan adecuadas como una guardería bien organizada y con personal capacitado.

Debe recordarse que en este país la educación adaptada al jardín de infantes ha alcanzado un nivel muy alto. Nuestras escuelas de ese tipo constituyen un ejemplo en todo el mundo, en parte debido a la influencia de Margaret MacMillan y mi extinta amiga, Susan Isaacs. Además, la formación de maestros para el trabajo en el

jardín de infantes ha modificado toda la actitud con respecto a la enseñanza para grupos de más edad. Sin duda sería trágico que no presenciáramos un mayor desarrollo del tipo de escuela de párvulos, que resulta realmente adecuado para proporcionar ayuda a la familia sana. La guardería está naturalmente en desventaja porque, así como durante la guerra existió por su valor en el mundo industrial, cuando resultaba importante convencer a las madres para que trabajaran en las fábricas, hoy existen para servir a los casos más urgentes: chicos con un sólo progenitor, madres solteras, esposas y esposos abandonados, viudas, viudos, chicos con un progenitor enfermo (por lo común crónicamente) o incapacitado y con una pequeña pensión. Las investigaciones han mostrado que no hay bastante lugar para acomodar a los casos urgentes, y que no queda ningún lugar en absoluto para proporcionar ayuda a la familia sana. Por lo tanto, la guardería no está primariamente destinada al niño, y no es seguro que las autoridades que la rigen estén adecuadamente interesadas en el personal o el equipo. La guardería cae más fácilmente bajo el dominio de las autoridades médicas que, lamento decirlo, pues soy médico, parecen pensar a veces que la salud de un individuo es una cuestión de desarrollo corporal y ausencia de enfermedad física. No obstante, la guardería puede cumplir parte de la tarea que un jardín de infante-, realmente buena, con equipos y personal adecuados, está destinada a realizar y, sobre todo, puede hacer que madres cansadas y preocupadas funcionen como madres bastante buenas porque han tenido un cambio de ocupación.

Las guarderías seguirán contando con apoyo oficial a causa de su más obvio valor para los sectores aflictivos de la sociedad; pero deben estar bien equipadas y contar con personal adecuado, a fin de no causar daño a los hijos normales de familias sanas. Cuando un jardín de infantes es realmente bueno, una familia moderna sana puede utilizarlo para ampliar considerablemente el mundo de niños que, de otra manera, estarían muy solos; y puesto que una buena escuela de párvulos sirve a la familia sana, encierra un valor muy especial, aunque intangible y no estadístico, para la comunidad.

Para que el presente se tome en serio, la sociedad debe tener un futuro, y el futuro surge de la familia sana.

Resumen general

Las necesidades de los bebés y los niños pequeños son de tal naturaleza que resulta imposible satisfacerlas mediante un esfuerzo deliberado. Conviene comenzar con la idea del hogar normal o sano en que las necesidades de cada niño son satisfechas por un ambiente que -se desarrolla junto con el niño. La sociedad debe reconocer, en primer lugar, que la tarea del cuidado infantil surge del amor, y aceptar así que la intromisión perjudica el trabajo de los padres. Sobre esta base es posible proporcionar ayuda, protegiendo a la familia de toda intromisión mediante la provisión de facilidades preventivas y curativas en el aspecto físico, y de ayuda y consejo en el caso de dificultades en el aspecto psicológico, y de algo equivalente a la institutriz y la nursery de la época victoriana. Existe además una enorme necesidad de comprender mejor la psicología del niño que se desarrolla en una familia normal o sana, y las etapas más tempranas del desarrollo infantil, en los momentos de máxima dependencia del niño con respecto a la madre. La profilaxis de los trastornos mentales y psicosomáticos radica en una mejor comprensión-de la tarea que realiza la familia sana, y del niño sanamente dependiente, con una madre capaz y dispuesta a desempeñar su papel, no porque sea inteligente o buena, sino porque el niño es su hijo.

Biblioteca D. Winnicott

Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico (1954)

Escrito leído ante la Sociedad Psicoanalítica Británica, el 17 de marzo de 1954, Int. J. Psycho-Anal., vol. XXXVI, 1955.

El estudio del lugar de la regresión en el campo analítico es una de las tareas que Freud dejó sin realizar para que nosotros la emprendiésemos y creo que se trata de un tema para el cual esta Sociedad está preparada. Baso esta idea en que el material referente a este tema surge con frecuencia en los trabajos que se leen ante esta Sociedad. Por lo general, la atención no se dirige específicamente a este aspecto de nuestra labor, o dicho aspecto es citado de paso bajo el disfraz del aspecto de «arte» intuitivo que posee el psicoanálisis.

El tema de la regresión me ha llamado poderosamente la atención a la vista de ciertos casos vividos durante los últimos doce años de mi labor clínica. Es, huelga decirlo, demasiado vasto para poder ser tratado ahora en toda su extensión. Así, pues, escogeré aquellos aspectos del tema que, a mi modo de ver, sean susceptibles de dar pie a una discusión fructífera.

El análisis no es solamente un ejercicio técnico. Es algo que somos capaces de realizar cuando hemos alcanzado una fase determinada en la adquisición de una técnica básica. Lo que somos capaces de hacer nos permite cooperar con el paciente en el seguimiento del proceso, que en cada paciente tiene su propio ritmo y su propio curso; todos los rasgos importantes de este proceso emanan del paciente y no de nosotros en tanto analistas.

Por consiguiente, convendrá que tengamos claramente presente la diferencia entre la técnica y la ejecución del tratamiento. Es posible llevar a cabo un tratamiento con una técnica limitada y, a la inversa, con una técnica altamente evolucionada es posible fracasar en la puesta en práctica del tratamiento.

Tengamos asimismo en cuenta que, mediante el método legítimo de escoger cuidadosamente los casos podemos, y así lo hacemos a menudo, evitar enfrentarnos con determinados aspectos de la naturaleza humana que por fuerza nos llevarían más allá de nuestro equipamiento técnico.

La elección de casos simplifica la clasificación. Para mis fines agruparé los casos de acuerdo con el equipamiento técnico que requieran del analista. Mi división de casos se hace en las tres categorías siguientes. Primeramente, aquellos pacientes que funcionan como personas completas y cuyas dificultades corresponden al reino de las relaciones interpersonales. La técnica para el tratamiento de estos pacientes es propia del psicoanálisis tal como éste se desarrolló en manos de Freud a principios del presente siglo.

En segundo lugar, tenemos a los pacientes cuya personalidad empieza justamente a ser completa; de hecho cabe decir que el análisis se refiere a los primeros acontecimientos que corresponden y siguen inherentemente

no sólo a la consecución de la personalidad completa sino también a la unión del amor y el odio y al reconocimiento creciente de la dependencia. Éste es el análisis de una fase de la inquietud, o de lo que es conocido bajo el término de «posición depresiva». Estos pacientes requieren el análisis del estado anímico. La técnica empleada para este fin no difiere de la que se emplea con los pacientes de la primera categoría; sin embargo, surgen algunos problemas nuevos relacionados con el aumento de la gama de material clínico tratada. Desde nuestro punto de vista, lo que tiene importancia aquí es la idea de la supervivencia del analista en calidad de factor dinámico.

En el tercer grupo coloco a todos aquellos pacientes cuyo análisis debe enfrentarse con las primeras fases del desarrollo emocional antes y hasta la instauración de la personalidad como entidad, antes de la consecución del estado de unidad espacio-tiempo. La estructura personal todavía no está firmemente asentada. Con respecto a este tercer grupo, el énfasis recae en la dirección o control y a veces, durante largos períodos, hay que postergar la labor analítica corriente en beneficio del control.

Resumiendo en términos de medio ambiente, puede decirse que en el primer grupo nos enfrentamos con pacientes en los que se desarrollan dificultades en el transcurso de su vida hogareña, dando ésta por sentada en el período de prelatencia y dando también por sentado un desarrollo satisfactorio en las fases infantiles. En la segunda categoría, el análisis de la posición depresiva, nos enfrentamos con la relación madre-niño, especialmente cerca del momento en que el término «destete» empieza a cobrar significado. La madre sostiene una situación en el tiempo. En la tercera categoría entra el primitivo desarrollo emocional, en el cual la madre debe literalmente sostener al pequeño.

En la última de estas tres categorías cae una de las pacientes que quizá más me hayan enseñado acerca de la regresión. Puede que en otra ocasión les dé una relación completa de este tratamiento, pero de momento debo limitarme a señalar que he tenido la oportunidad de dar vía libre a una regresión y ver cuál era el resultado.

Una paciente de mediana edad había estado sometida a un buen análisis corriente antes de acudir a mí. Evidentemente necesitaba ayuda todavía. Al principio este caso se presentó como uno de los de la primera categoría de mi clasificación. Y aunque nunca hubiese hecho un psiquiatra un diagnóstico de psicosis, era necesario efectuar un diagnóstico analítico que tuviese en cuenta el desarrollo precoz de un self falso. Para que el tratamiento resultase eficaz, no obstante, debía producirse una regresión en busca del self verdadero. Por suerte, en este caso pude controlar yo mismo la totalidad de la regresión, es decir, sin ayuda de una institución. Decidí al principio que había que dejar que la regresión siguiera su curso y, a excepción del primer momento, no se hizo ningún intento de interferir la marcha del proceso regresivo. (La única excepción fue la de una interpretación que hice, basándome en el material presentado, de erotismo oral y sadismo en la transferencia. Resultó correcta, pero unos seis años antes del momento oportuno, puesto que yo todavía no creía plenamente en la regresión. Por mi propio interés tuve que poner a prueba el efecto de una interpretación ordinaria. Cuando llegó la ocasión apropiada para tal interpretación, la misma ya era innecesaria.) Pasaron tres o cuatro años antes de que se alcanzase la profundidad de la regresión; a continuación se inició el progreso del desarrollo emocional. No ha habido otra regresión. Ha habido ausencia de caos, aunque la amenaza del mismo jamás dejó de estar presente.

Por consiguiente, he tenido una experiencia incomparable incluso para un analista. No puedo evitar ser diferente de lo que era antes de empezar el análisis en cuestión. Los que no son analistas no sabrán cuánto puede enseñarnos esta clase de experiencia de un paciente, pero entre los analistas espero que se comprenda perfectamente cómo esta única experiencia ha puesto a prueba el psicoanálisis de una manera especial, todo lo que de ella he aprendido.

El tratamiento y dirección de este caso ha exigido la participación de cuanto poseo en mi calidad de ser humano, de analista y de pediatra. He tenido que efectuar un crecimiento personal en el curso de este tratamiento, crecimiento que resultó penoso y que gustosamente hubiera esquivado. En especial, he tenido que aprender a examinar mi propia técnica siempre que surgían dificultades y siempre, en la docena aproximada de fases de resistencia, ha resultado que la causa estaba en un fenómeno de contratransferencia que hacía

necesario un mayor análisis en el analista. No es mi finalidad en el presente trabajo dar una descripción de este caso, ya que es necesario elegir entre mostrarse clínico o teórico en el enfoque y yo he optado por lo segundo. No obstante, lo tengo siempre presente.

Lo principal es que en este caso, al igual que en muchos otros, he tenido necesidad de reexaminar mi técnica, incluso la adaptada a los casos más corrientes. Antes de explicar lo que quiero decir debo explicar qué sentido doy a la palabra «regresión».

Para mí, la palabra «regresión» significa simplemente lo contrario de progreso. Progreso es la evolución del individuo, del psiquesoma de la personalidad y de la mente con (a la larga) la formación del carácter y la socialización. El progreso empieza en una fecha sin duda anterior al nacimiento. Detrás del progreso hay un impulso biológico. Uno de los dogmas del psicoanálisis es que la salud implica continuidad con respecto a este progreso evolucionista de la psique y que la salud es la madurez del desarrollo emocional apropiado a la edad del individuo, madurez, o sea, en relación con este progreso evolucionista.

Un examen más atento nos permite descubrir inmediatamente que no puede haber una sencilla inversión del progreso. Para que se produzca la inversión de este progreso en el individuo tiene que haber una organización que permita la regresión.

Vemos:

Un fracaso en la adaptación por parte del medio, que produce el desarrollo de un self falso.

Una creencia en la posibilidad de una corrección del fracaso originario representada por la capacidad latente para la regresión, que entraña una compleja organización del yo.

Un medio ambiente especializado seguido por la regresión real.

Un nuevo desarrollo emocional hacia adelante, con complicaciones que describiré luego.

Por cierto, pienso que no es útil emplear la palabra «regresión» siempre que se presente un comportamiento infantil. La palabra «regresión» ha adquirido un sentido popular que no tenemos por qué adoptar. Cuando en psicoanálisis hablamos de regresión damos a entender la existencia de una organización del yo y de una amenaza de caos. Hay mucho que estudiar aquí en lo que hace a la forma en que el individuo va acumulando recuerdos, ideas y potencialidades. Es como si hubiese la esperanza de que surjan condiciones favorables que justifiquen la regresión y ofrezcan una nueva oportunidad para el desarrollo hacia adelante, el que ha sido imposibilitado por la dificultad inicial debida al fracaso del medio ambiente.

Como verán, estoy considerando la idea de la regresión dentro de un mecanismo muy organizado de defensa del yo, mecanismo que implica la existencia de un self falso. En la paciente a la que antes me he referido, este falso self se convirtió gradualmente en un «self custodio» que sólo al cabo de unos años pudo ser entregado al analista, rindiéndose el self al yo.

En la teoría del desarrollo del ser humano hay que incluir la idea de que es normal y sano que el individuo pueda defender el self contra un fracaso específico del medio ambiente mediante la congelación de la situación de fracaso. Junto a esto va la suposición inconsciente (susceptible de convertirse en una esperanza consciente) de que más adelante habrá oportunidad para una experiencia renovada en la cual la situación de fracaso pueda ser descongelada y reexperimentada, con el individuo en estado de regresión, dentro de un medio que esté realizando una adaptación adecuada. Afirmo, pues, la teoría de que la regresión es parte de un proceso curativo, de hecho, un fenómeno normal que puede ser estudiado adecuadamente en la persona sana. En la persona muy enferma hay poca esperanza de que se produzca una nueva oportunidad. En el caso extremo el terapeuta necesitaría acercarse al paciente y presentarle activamente una buena maternalización, experiencia que el paciente no hubiese podido esperar.

Son varias las formas en que el individuo sano se enfrenta con los fracasos específicos del medio ambiente

precoz; pero hay una de ellas a la que aquí denomino «la congelación de la situación de fracaso». Tiene que haber una relación entre esto y el concepto del punto de fijación.

En la teoría psicoanalítica, a menudo afirmamos que en el curso del desarrollo instintivo de las fases pregenitales las situaciones desfavorables pueden crear puntos de fijación en el desarrollo emocional del individuo. En una fase posterior, por ejemplo, la fase de dominio genital, es decir, cuando toda la persona se halla involucrada en relaciones interpersonales (y cuando es normalmente freudiano hablar del complejo de Edipo y de los temores de castración), la angustia puede conducir a una regresión en términos de cualidad instintiva hasta la regresión actuante en el punto de fijación, cuya consecuencia es el refuerzo de la situación originaria de fracaso. Esta teoría ha demostrado su valor y se utiliza diariamente, y no hay necesidad de abandonarla al mismo tiempo que la examinamos de nuevo.

Un ejemplo sencillo sería el de un chico de infancia normal, a quien en el momento de extirparle las amígdalas le administraron un enema, primero su madre, y luego un grupo de enfermeras que tuvieron que sujetarle en la cama. Tenía entonces dos años. Después de aquello tuvo dificultades intestinales, pero a los nueve años (edad que tenía al venir a la consulta) clínicamente se presenta como un caso grave de constipación. Mientras tanto se ha producido una seria interferencia en su desarrollo emocional en términos de fantasía genital. En este caso ocurre que se da la complicación de que a la administración del enema el chico ha reaccionado como si hubiese sido un acto de venganza por parte de la madre motivado por la homosexualidad del chico, y lo que entró en la represión fue la homosexualidad y junto a ella el potencial erótico anal. En el análisis de este chico uno sabe que habría que afrontar un acting out, una repetición compulsiva asociada con el trauma originario. Uno sabe también que los cambios ocurridos en este chico no seguirían una simple representación del trauma sino que seguirían la interpretación, en la neurosis de transferencia, de un complejo de Edipo normal. Les presenté este caso en calidad de caso corriente que ilustra un síntoma en el que hay una regresión a un punto de fijación donde el trauma se halla claramente presente.

Los analistas han considerado necesario postular que lo más normal es que existan situaciones pregenitales buenas a las que el individuo puede regresar cuando se halle en dificultades en una fase posterior. Se trata de un fenómeno de la salud. De esta manera ha nacido la idea de que hay dos clases de regresión con respecto al desarrollo instintivo, una que consiste en regresar a una situación precoz de fracaso y otra a una situación precoz de éxito.

Creo que no se ha prestado suficiente atención a la diferencia existente entre estos dos fenómenos. En el caso de la situación de fracaso ambiental lo que vemos es prueba de unas defensas personales organizadas por el individuo y que requieren análisis. En el caso más normal de la situación precoz de éxito lo que vemos es más evidentemente el recuerdo de la dependencia y por consiguiente nos encontramos con una situación ambiental más que con una organización personal de defensa. La organización personal no es tan obvia debido a que ha permanecido fluida, y menos defensiva. Al llegar aquí debería mencionar que me estoy apoyando en una suposición que he hecho a menudo y que en modo alguno es siempre aceptada: que hacia el principio teórico el fracaso personal es menor y que a la larga es sólo un fracaso de la adaptación ambiental.

Nos ocupamos, por consiguiente, no sólo de la regresión a unos puntos de fijación buenos y malos en las experiencias instintivas del individuo, sino también de la regresión a unos puntos buenos y malos en la adaptación ambiental a las necesidades del yo y del ello en la historia del individuo.

Podemos pensar en términos de fases genitales y pregenitales del desarrollo de la cualidad instintiva, podemos utilizar la palabra «regresión» simplemente como antítesis de progreso, un viaje de retorno de lo genital a lo fálico, de lo fálico a lo excretorio, de lo excretorio a lo ingestivo. Pero, por mucho que desarrollemos nuestros pensamientos en esta dirección, tenemos que admitir que hay una gran parte de material clínico que no encaja en el marco de esta teoría.

La alternativa consiste en poner el énfasis en el desarrollo del yo y en la dependencia, y en este caso cuando hablamos de regresión debemos hablar inmediatamente de la adaptación ambiental en sus éxitos y en sus

fracasos. Uno de los puntos que quiero dejar especialmente aclarado es el de que nuestro pensamiento sobre este tema se ha visto confundido por el intento de remontar las huellas del yo sin considerar la evolución personal a medida que aumenta nuestro interés por el medio.

Examinemos seguidamente el marco clínico de Freud, para lo cual enumeraré algunos de los puntos más obvios de su descripción.

1. 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.)
2. El analista se hallaba allí, puntualmente, vivo, respirando.
3. Durante el breve período de tiempo fijado (cerca de una hora) el analista se mantenía despierto y se preocupaba por el paciente.
4. 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 la 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.
5. El objetivo del análisis era el establecer contacto con el proceso del paciente, comprender el material presentado, comunicar tal comprensión por medio de las palabras. La resistencia entrañaba sufrimiento y podía ser suavizada por medio de la interpretación.
6. El método del analista era la observación objetiva.
7. Esta labor se realizaba en una habitación, no en un pasillo, sino en una habitación que estuviese tranquila y en la que no hubiese riesgos 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 un diván, es decir, estaba cómodo, si podía estarlo, y probablemente una manta y un poco de agua estarían a su alcance.
8. El analista (como es bien sabido) se abstiene de juzgar moralmente la relación, no se entromete con detalles de su vida e ideas personales y no toma partido en los sistemas persecutorios incluso cuando los mismos aparecen en forma de verdaderas situaciones compartidas, locales, políticas, etc. Naturalmente que si hay guerra, se produce un terremoto o muere el rey, el analista se entera.
9. 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, etcétera.
10. 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.
11. Es posible contar con la ausencia de una reacción del tálion.
12. El analista sobrevive.

Cabría decir mucho más, pero todo se resume en el hecho de que el analista se comporta como es debido, sin que ello le cueste demasiado por el sencillo hecho de que es una persona relativamente madura. Si Freud no se hubiese comportado correctamente, no hubiera podido desarrollar la técnica psicoanalítica ni la teoría a la que dicha técnica le condujo, por muy inteligente que fuese. Lo principal estriba en que casi cualquier detalle puede resultar de extrema importancia en una fase específica del análisis en el que haya cierta regresión por

parte del paciente.

Esto nos ofrece gran riqueza de material para el estudio y se observará una semejanza muy acentuada entre todas estas cosas y la tarea común de los padres, especialmente la de la madre con el pequeño o la del padre haciendo de madre, y en algunos aspectos con la tarea de la madre en un principio.

Permítanme añadir que para Freud hay tres personas, una de las cuales se halla excluida de la habitación analítica. Si sólo intervienen dos personas, entonces es que ha habido una regresión del paciente en el marco analítico, y el marco representa la madre con su técnica y el paciente es un niño pequeño. Hay un estado ulterior de regresión en el cual sólo una está presente: el paciente; eso resulta cierto incluso si en otro sentido, desde el punto de vista del observador, hay dos personas.

Hasta este punto mi tesis puede plantearse del modo siguiente:

La enfermedad psicótica está relacionada con el fracaso ambiental en una fase precoz del desarrollo emocional del individuo.

El sentimiento de futilidad y de irrealidad es propio del desarrollo de un self falso que se desarrolla como protección del self verdadero.

El marco del análisis reproduce las técnicas de maternalización más tempranas. Invita a la regresión por su confiabilidad.

La regresión de un paciente es un retorno organizado a una dependencia precoz o doble dependencia. El paciente y el marco se funden en la situación originaria de éxito del narcisismo primario. La marcha partiendo del narcisismo primario vuelve a iniciarse con el self verdadero capacitado para afrontar situaciones de fracaso ambiental sin organización de las defensas que implican un falso self que protege a un self verdadero.

Hasta este punto la enfermedad psicótica solamente puede ser aliviada por una provisión ambiental especializada e interrelacionada con la regresión del paciente.

El progreso a partir de la nueva posición, con el verdadero self rendido ante el yo total, puede entonces estudiarse en términos de los procesos complejos del crecimiento individual.

En la práctica se registra la siguiente secuencia de acontecimientos:

1. La provisión de un marco que inspira confianza.
2. La regresión del paciente al estado de dependencia, con la debida sensación de riesgo que ello comporta.
3. El paciente siente un nuevo sentido del self, y el self hasta ahora oculto se rinde ante el yo total. Una nueva progresión de los procesos individuales que se habían detenido.
4. Una descongelación de la situación de fracaso ambiental.
5. Partiendo de la nueva posición de fuerza del yo, la ira relacionada con el fracaso ambiental precoz, sentido en el presente y expresado.
6. Retorno de la regresión a la dependencia siguiendo un progreso ordenado hacia la independencia.
7. Las necesidades y deseos instintivos se hacen realizables con auténtica vitalidad y vigor.

Todo esto se repite una y otra vez.

Ahora es necesario hacer un comentario sobre el diagnóstico de la psicosis.

Al estudiar un grupo de locos, hay que distinguir entre aquellos cuyas defensas se hallan en un estado caótico y aquellos que han sido capaces de organizar una enfermedad. Seguramente, en caso de aplicar el psicoanálisis a la psicosis, dicho tratamiento tendrá mayores probabilidades cuando se trate de una enfermedad muy

organizada. El horror personal que me producen la leucotomía y la E.C.T. deriva de mi visión de la enfermedad psicótica como organización defensiva creada para proteger el self verdadero; y también de mi sensación de que la salud aparente con un falso self no tiene ningún valor para el paciente. La enfermedad, con el self verdadero oculto, por muy dolorosa que sea, es el único estado satisfactorio, a menos que podamos retroceder como terapeutas con el paciente y desplazar la situación originaria de fracaso ambiental.

Con toda naturalidad se nos presenta otra consideración. En un grupo de pacientes psicóticos habrá unos que clínicamente se hallen en estado de regresión y otros que no. En modo alguno es cierto que los primeros estén más enfermos. Desde el punto de vista del psicoanalista puede resultar más fácil encargarse del caso de un paciente que se halle en crisis que del de un paciente en parecido estado, pero que se halle en fuga hacia la cordura.

Hace falta mucho valor para entrar en crisis, pero puede que la alternativa consista en una huida a la cordura, condición que es comparable a la de defensa maníaca contra la depresión. Afortunadamente, en la mayoría de casos las crisis se producen dentro de la sesión analítica o se ven limitadas y localizadas de manera que el ambiente social del paciente puede absorberlas o hacerles frente.

Con el objeto de dejar la cuestión bien clara haré unas cuantas comparaciones.

El diván y los cojines están ahí para que el paciente los utilice. Aparecerán en ideas y sueños y representarán el cuerpo del analista, pecho, brazos, manos, etc.,- en una variedad infinita de formas. En la medida en que el paciente esté en regresión (sea momentáneamente, durante una hora, o durante un largo período de tiempo) el diván es el analista, los cojines son pechos, el analista es la madre en un determinado momento del pasado. En el extremo ya no resulta acertado decir que el diván representa al analista.

Resulta apropiado hablar de los deseos del paciente, el deseo (por ejemplo) de estar quieto y callado. Con el paciente en estado de regresión la palabra «deseo» es incorrecta; en su lugar utilizamos la palabra necesidad. Si un paciente en estado de regresión necesita tranquilidad, entonces, sin ella, no puede hacerse nada en absoluto. Si la necesidad no es satisfecha el resultado no es ira, sino tan sólo una reproducción de la situación de fracaso ambiental que detuvo el proceso de crecimiento del self. La capacidad del individuo para «desear» ha sido objeto de interferencias y presenciamos la reaparición de la causa originaria del sentimiento de futilidad.

El paciente en estado de regresión se halla próximo a revivir las situaciones de sueño y recuerdo; un acting out del sueño puede ser la forma en que el paciente descubra lo que es urgente, y el hablar de lo que se ha representado (acted out) sigue al acto pero no puede precederlo.

O examinemos el detalle de la puntualidad. El analista no es una persona que haga esperar a los pacientes. Los pacientes sueñan con que se les hace esperar y con todas las demás variaciones del tema, y son susceptibles de enfadarse cuando el analista se retrasa. Todo esto forma parte de la forma en que se presenta el material. Pero los pacientes que efectúan una regresión son distintos en lo que se refiere al momento inicial. Hay fases en las que todo depende de la puntualidad del analista. Si el analista ya está esperándolos, todo marcha bien; de lo contrario, lo mejor sería que el paciente y el analista se marchasen a sus respectivas casas, ya que no es posible hacer ninguna labor. O bien, si consideramos la falta de puntualidad del propio paciente, un paciente neurótico que se retrase puede quizás hallarse en un estado de transferencia negativa. Un paciente depresivo es más probable que al retrasarse esté dándole un pequeño respiro al analista, un poco más de tiempo para otras actividades e intereses (protección de la agresión, gula).

Los paciente psicóticos (regresivos) probablemente llegan tarde porque todavía no hay instaurada ninguna esperanza de que el analista sea puntual. Resulta fútil ser puntual. Es tanto lo que depende de este detalle que resulta imposible correr el riesgo, de manera que el paciente llega tarde; por consiguiente, no se hace trabajo alguno.

Igualmente, a los pacientes neuróticos les gusta que la tercera persona esté siempre excluida y el odio que les

nace al ver a otros pacientes es susceptible de trastornar la labor analítica de muchas maneras imprevisibles. Los pacientes depresivos puede que se alegren de ver a otros pacientes hasta que alcanzan el amor primitivo o codicioso que engendra su culpabilidad. Los pacientes regresivos, o bien no tienen ningún inconveniente en que haya otros pacientes o, de lo contrario, les resulta inconcebible que haya otro paciente. El otro paciente no es nada menos que una nueva versión del self.

Un paciente se acurruca en el diván, descansa la cabeza sobre la mano y parece estar cómodo y contento. La manta está por encima de la cabeza. El paciente está solo. Por supuesto que estamos acostumbrados a todo tipo de replegamiento airado, pero el analista debe ser capaz de reconocer este replegamiento regresivo en el que no se le insulta, pero se le utiliza de una forma muy primitiva y positiva.

Otro detalle es que la regresión a la dependencia forma parte esencial del análisis de los fenómenos de la primera infancia, y si el paciente moja el diván, se ensucia o babea, sabemos que ello es propio de la situación y que no se trata de una complicación. La interpretación está de más, y de hecho las palabras o incluso los movimientos pueden echar a perder el proceso y resultar excesivamente dolorosos para el paciente.

Un elemento importante de esta teoría es el postulado del yo observador. Dos pacientes que se asemejan mucho en su aspecto clínico inmediato pueden ser muy diferentes en lo que respecta al grado de organización del yo observador. En un extremo, el yo observador casi es capaz de identificarse con el analista y puede producirse una recuperación de la regresión al final de la sesión analítica. En el otro extremo hay muy poco yo observador y el paciente es incapaz de recobrar de la regresión en la sesión analítica, y debe ser cuidado.

La representación o acting out debe ser tolerada en esta clase de labor y, cuando se produce en la sesión analítica, el analista tendrá por necesidad que desempeñar un papel aunque generalmente sólo en forma simbólica. No hay nada que resulte más sorprendente, tanto para el paciente como para el analista, que las revelaciones que se producen en estos momentos de acting out, que, en el análisis, es sólo el principio y debe ir siempre seguido por la expresión verbal de este nuevo fragmento de comprensión. Aquí se da la secuencia siguiente:

1. Un juicio acerca de lo que sucedió durante el acting out.
2. Un juicio acerca de lo que se necesitaba del analista. De esto puede deducirse:
3. Lo que salió mal en la situación de fracaso ambiental originaria. Esto produce cierto alivio, pero es seguido por:
4. La ira perteneciente a la situación de fracaso ambiental originaria. Esta ira tal vez se experimenta por primera vez, y puede que el analista deba tomar parte dejándose utilizar con respecto a este fracaso más que con respecto a sus éxitos. Esto resulta desconcertante si no se entiende bien. Los progresos se han realizado por medio del cuidadoso intento de adaptación llevado a cabo por el analista, y sin embargo lo que se destaca como importante en este momento es el fracaso debido a que es una reproducción del fracaso o trauma originario. En los casos favorables, por último, sucede lo siguiente:
5. Un nuevo sentimiento del self en el paciente así como un sentimiento del progreso que significa verdadero crecimiento. Esto último es lo que tiene que constituir la recompensa del analista, quien lo advierte por su identificación con el paciente. No siempre llegará una fase ulterior en que este último esté en condiciones de comprender la tensión que el analista ha soportado y sea capaz de agradecerse sinceramente.

Esta tensión del analista es considerable, especialmente si el cuadro se ve complicado por la falta de comprensión unida a una contratransferencia negativa e inconsciente. Por otra parte, puede decir que en esta clase de tratamiento no me he sentido perplejo, lo cual, en cierto modo, es una compensación. La tensión puede ser muy simple.

En una sesión de importancia vital, al principio de uno de estos tratamientos, permanecí -y sabía que así debía hacerlo- completamente inmóvil, sólo respirando. Ello me resultaba verdaderamente difícil, especialmente en vista de que todavía no estaba al corriente de la especial importancia que el silencio revestía para mi paciente. Finalmente, el paciente salió de su estado de regresión y dijo: «Ahora sé que es usted capaz de analizarme».

A veces se objeta que todo el mundo quiere, por supuesto, hacer una regresión; que la regresión es una especie de picnic; que debemos impedir que nuestros pacientes efectúen la regresión; o bien, que a Winnicott le gusta que sus pacientes realicen la regresión, les invita a ella.

Permítanme hacer algunas observaciones básicas sobre el tema de la regresión organizada a la dependencia.

Ésta es siempre extremadamente penosa para el paciente:

a) en un extremo se halla el paciente razonablemente normal; aquí el dolor es experimentado casi constantemente;

b) a medio camino nos encontramos con todos los grados de reconocimiento penoso de la precariedad de la dependencia y de la doble dependencia;

c) en el otro extremo se halla el caso propio del hospital psiquiátrico; aquí es de suponer que el paciente no sufre a causa de la dependencia. El sufrimiento es resultado del sentimiento de futilidad, irrealidad, etc.

Es innegable que, de forma localizada, de la experiencia de la regresión se obtenga una satisfacción extrema. No se trata de una satisfacción sensual, sino que se origina en que la regresión alcanza y aporta un punto de partida, lo que yo llamaría un lugar desde el cual actuar. Se alcanza el self. El sujeto establece contacto con los procesos básicos del self que constituyen el verdadero desarrollo, y lo que a partir de aquí sucede es percibido como real. La satisfacción correspondiente a esto es mucho más importante que cualquier elemento sensual en la experiencia regresiva, tanto que basta con mencionar esta última. No hay ningún motivo por el cual el analista deba querer que el paciente haga una regresión, excepto motivos patológicos. Si a un analista le gusta que sus pacientes efectúen una regresión, el hecho acabará forzosamente por interferir en el control de la situación regresiva. Es más, el psicoanálisis que involucre una regresión clínica es mucho más difícil desde el principio que el psicoanálisis en el cual no hay que hacer ninguna provisión especial de ambiente adaptable. Dicho de otro modo, sería agradable poder aceptar en análisis solamente aquellos pacientes cuyas madres, al comienzo y durante los primeros meses, hubiesen sido capaces de aportar condiciones suficientemente buenas. Pero esta era del psicoanálisis se está acercando irremisiblemente a su fin.

Pero surge ante nosotros la siguiente pregunta: ¿qué hacen los analistas cuando aparece la regresión (siquiera mínima)?

Algunos, crudamente, dicen: ¡Siéntese! ¡Súbase los calcetines! ¡Despierte! ¡Hable! Pero esto no es psicoanálisis.

Otros dividen su trabajo en dos partes, aunque por desgracia no siempre reconocen plenamente lo siguiente:

a) son estrictamente analíticos (asociaciones libres de palabras; interpretación con palabras; ninguna tranquilización); y también

b) actúan intuitivamente.

Aquí surge la idea del psicoanálisis como arte.

Algunos dicen: imposible de analizar, y arrojan la toalla. Algún hospital psiquiátrico se hace cargo del caso.

La idea del psicoanálisis como arte debe ceder gradualmente ante el estudio de la adaptación ambiental relativa a las regresiones de los pacientes. Pero mientras se siga sin desarrollar el estudio científico de la adaptación ambiental supongo que los analistas debemos continuar siendo artistas en nuestro trabajo. El analista puede ser un buen artista, pero a menudo me he hecho la siguiente pregunta: ¿a qué paciente le interesa ser el poema o el cuadro de otra persona?

Sé por experiencia que algunos dirán que todo esto lleva a una teoría del desarrollo que hace caso omiso de las primeras fases del desarrollo del individuo, que adscribe el desarrollo precoz a factores ambientales. Esto es completamente falso.

En el desarrollo precoz del ser humano, el medio ambiente que se comporta bien (es decir, que realiza una adaptación activa suficiente) da lugar al crecimiento personal. Entonces los procesos del self pueden seguir activos, en una línea ininterrumpida de crecimiento vivo. Si el medio ambiente no se comporta lo bastante bien, el individuo se encuentra metido en unas reacciones ante los ataques, viéndose interrumpidos los procesos del self. Si este estado de cosas alcanza un límite cuantitativo, el núcleo del self empieza a ser protegido; hay un retraso, el self es incapaz de seguir progresando a menos y en tanto que el fracaso ambiental sea corregido en la forma que he descrito.

Con el self verdadero protegido, se desarrolla un falso self edificado sobre la base de una defensa-sumisión, la aceptación de la reacción ante los ataques. El desarrollo de un falso self constituye una de las más afortunadas organizaciones de defensa creadas para la protección del núcleo del verdadero self, y su existencia da por resultado el sentimiento de futilidad. Me gustaría repetirme y decir que mientras el centro de operaciones del individuo se halla en el self falso, existe un sentimiento de futilidad, y en la práctica nos encontramos con el cambio al sentimiento de que la vida vale la pena en el momento en que el centro de operaciones pasa del self falso al self verdadero, incluso antes de que el núcleo del self se rinda del todo ante el yo total.

Partiendo de aquí cabe formular un principio fundamental de la existencia: aquello que procede del verdadero self se siente como real (más adelante como bueno) sea cual fuere su naturaleza, por muy agresivo que sea; aquello que sucede en el individuo como reacción a los ataques ambientales se siente como irreal, fútil (más adelante malo), por muy satisfactorio que resulte sensualmente.

Finalmente, examinemos el concepto de regresión contrastándolo con el concepto de tranquilización. Esto es necesario debido a que la técnica de adaptación que debe satisfacer la regresión de un paciente, a menudo es clasificada (estoy seguro que equivocadamente) como tranquilización.

Afirmamos que la tranquilización no forma parte de la técnica psicoanalítica. El paciente penetra en el marco analítico y luego sale de él, y dentro de tal marco no hay más que interpretación, correcta, penetrante y oportuna.

Al enseñar el psicoanálisis debemos seguir hablando en contra de la tranquilización.

Sin embargo, examinando el asunto un poco más detenidamente, vemos que esta afirmación peca de simplista. No se trata simplemente de una cuestión de tranquilización o no tranquilización.

De hecho, es necesario examinar toda la cuestión. ¿Qué es la tranquilización? ¿Qué podría resultar más tranquilizador que encontrarse a uno mismo bien analizado, que hallarse en un marco seguro a cargo de una persona madura, capaz de hacer interpretaciones penetrantes y exactas, y ver cómo se respeta el proceso personal? Es una tontería negar la presencia de la tranquilización en la situación analítica clásica.

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 y a las interpretaciones transferenciales que, en lugar de explotar vanamente la pasión de un momento, la utilizan constructivamente.

Es mucho mejor hablar de esta cuestión de la tranquilización en términos de contratransferencia. La formación de reacciones en el comportamiento del analista es perjudicial, no porque se manifiesten en forma de tranquilizaciones y negaciones, sino porque son la representación de elementos inconscientes y reprimidos del analista, elementos que significan una limitación en la labor del analista.

¿Qué diríamos de la incapacidad tranquilizadora de un analista? ¿De un analista con ideas suicidas? La creencia en la naturaleza humana y en el proceso de desarrollo existe en el analista como condición indispensable para su labor, y el paciente se da cuenta rápidamente de que así es.

La descripción de la regresión a la dependencia, con su adaptación ambiental concomitante, en términos de tranquilización, carece de todo valor; exactamente del mismo modo en que existe, se justifica y considera que, en términos de contratransferencia, la tranquilización es perjudicial.

¿Qué les pido que hagan a los analistas acerca de estas cuestiones en su labor práctica?

1. No les pido que acepten pacientes psicóticos.
2. Nada de cuanto he dicho afecta a los principios de la labor analítica corriente en la medida en que
 - a) el analista se halle en la primera década de su carrera analítica;
 - b) el caso sea verdaderamente neurótico (y no psicótico).
3. Lo que sí sugiero es que mientras los analistas esperen estar en condiciones -a través de su creciente experiencia personal de encargarse de un caso en que la regresión sea indispensable, es mucho lo que pueden hacer para prepararse:
 - a) vigilar la actuación de los factores del marco;
 - b) vigilar los ejemplos leves de regresión con terminación natural que aparecen en el curso de las sesiones analíticas; y
 - c) vigilar y utilizar los episodios regresivos que suceden en la vida del paciente fuera del análisis, episodios, me permito decir, que por lo general son desperdiciados, con gran empobrecimiento del análisis.

El principal efecto de estas ideas que propongo, en el caso de ser aceptadas, consistirá en un empleo más exacto, rico y provechoso, de los fenómenos del marco en los análisis corrientes de pacientes no psicóticos, produciendo, a mi modo de ver, un nuevo enfoque de la comprensión de la psicosis y su tratamiento por parte de psicoanalistas que estén ejerciendo el psicoanálisis.

Resumen

Se llama la atención sobre el tema de la regresión tal como se produce en el marco psicoanalítico. Se informa de algunos casos de tratamiento psicológico que han obtenido éxito en adultos y niños y que demuestran el empleo creciente de las técnicas que permiten la regresión. Es el psicoanalista, familiarizado con la técnica necesaria para el tratamiento de la psiconeurosis, quien mejor puede comprender la regresión y la implicación teórica de las esperanzas del paciente propias de la necesidad de efectuar la regresión.

La regresión puede presentarse en cualquier grado, localizada y momentánea, total o involucrando la vida total de un paciente durante una fase. Las regresiones de tipo menos severo ofrecen un material fructífero para la investigación.

De este estudio surge una nueva comprensión del «verdadero self» y del «falso self así como del «yo observador» y de la organización del yo que permite que la regresión sea un mecanismo curativo, un

mecanismo que queda en potencia a no ser que exista una nueva adaptación ambiental digna de confianza que el paciente puede utilizar para corregir el fracaso originario de adaptación.

Aquí la labor terapéutica en el análisis se enlaza con la realizada dentro de los cuidados recibidos por el pequeño, la amistad, el disfrute de la poesía, y de las inquietudes culturales en general. Pero el psicoanálisis puede permitir y utilizar el odio y la ira propios del fracaso originario, efectos importantes que son susceptibles de destruir el valor de la terapia llevada a cabo por métodos no analíticos.

Al recobrase de la regresión el paciente, cuyo ser estará más rendido ante el yo, necesita del análisis ordinario tal como se ha creado para el control de la posición depresiva y del complejo de Edipo en las relaciones interpersonales. Por esta razón, aun cuando no hubiera otra, el estudiante debe adquirir pericia antes de proceder al estudio de la regresión en el análisis de casos no psicóticos cuidadosamente escogidos. El trabajo preliminar puede hacerse por medio del estudio del marco del psicoanálisis clásico.

Biblioteca D. Winnicott

Marion Milner - Nota crítica sobre "On not I eing able to paint" ⁽¹⁾

(1951)

Este libro (Londres, Heinemann, 1950) fue escrito con el seudónimo de Joanna Field. La reseña de Winnicott apareció en British Journal of Medical Psychology (1951).

Nadie vaya a suponer que este libro versa sólo sobre el pintar o no pintar. Tenía que dársele ese título, porque así empezó a escribirse el libro. Su verdadero propósito se le hizo claro a la autora en la experiencia misma de escribirlo; en verdad, el libro en sí es un ejemplo del tema fundamental que en él se expone. Este tema, que poco a poco se le va aclarando al lector, está prefigurado en una de las primeras citas: "Nunca basta con que los conceptos me sean meramente expuestos, ellos deben entretenerse con la estructura de mi ser, y esto sólo puede ocurrir merced a mi propia actividad (M. P. Follett, Creatue Experience).

El concepto central expuesto al lector y aprehendido por la autora al escribir el libro se vincula con la manera subjetiva de experimentar y el papel que esto cumple en el proceso creador. El libro es, pues, un alegat(en pro del reconocimiento del lugar que tiene la subjetividad y su manera de operar, tan legítima y tan necesaria como la objetividad, aunque diferente. Aplicada a la educación, esta idea destaca que los maestros deben comprender la subjetividad so pena de que la objetividad a la que apuntan corra peligro de sufrir una fatal distorsión. La pintura pasa a ser una plataforma de lanzamiento: la sorpresa de descubrir su capacidad para hacer dibujos "libres" fue lo que centró la atención de la autora en este problema de la subjetividad o de la acción subjetiva.

El concepto resultante del papel de la subjetividad tiene dos aspectos principales, uno relacionado con la ilusión, el otro con la espontaneidad. Ambos se conectan con lo que la autora llama el interjuego de las diferencias, a partir de lo cual surge la creatividad; pero si alguien ha de dar cabida en sí mismo a dicho interjuego, tiene que estar preparado para el dolor psíquico.

Este interjuego exige diversas descripciones según el nivel que se considere. En un estadio comparativamente tardío del desarrollo emocional, es pertinente todo lo que se conoce en la bibliografía psicoanalítica sobre el conflicto inconsciente entre el amor y el odio en las relaciones interpersonales, que de hecho allanó el camino a todas las demás enunciaciones. Dicho conflicto entraña el problema de la preservación del objeto amado frente al odio y a los ataques eróticos (ya sea en los hechos o en la fantasía), y en este contexto la creación es considerada un acto de reparación. Pero si se examinan otras etapas del desarrollo emocional del individuo es preciso utiliza- otro lenguaje, como el que enuncia que la creatividad mágica es una alternativa frente a la aniquilación mágica.

Si comprendo correctamente ala autora, lo que ellas pretende es formular una enunciación más fundamental sobre la creatividad. Quiere decirnos que ésta es el resultado de lo que para ella (y quizá para todos) es la

dificultad humana primaria. Esta dificultad deriva de la falta de identidad entre lo imaginado y lo percibido. Para la mente objetiva de otra persona que lo ve desde afuera, lo que está fuera de un individuo nunca es idéntico a lo que está dentro de él. Para que haya salud, sin embargo, puede y debe haber (tal es lo que da a entender la autora) un lugar de encuentro, una superposición, una etapa de ilusión, de embriaguez, de transfiguración. En las artes, este lugar de encuentro se da preeminentemente a través del medio empleado, este fragmento del mundo exterior que cobra la forma de la concepción interior. En la pintura, la escritura, la música, etc., un individuo puede hallar islas de paz y conseguir así alivio momentáneo a la dificultad primaria de los seres humanos sanos.

Los psicoanalistas están acostumbrados a concebir el arte como un cumplimiento de deseo, una huida, frente a la admisión de la discrepancia entre lo interno y lo externo, el deseo y la realidad. A algunos de ellos quizá les choque un poco ver que un psicoanalista, después de un estudio cuidadoso, extrae la conclusión de que esta ilusión que es un cumplimiento de deseo puede constituir la base esencial de toda objetividad auténtica. Si estos momentos de fusión de sujeto y objeto, de interior y exterior, son en verdad algo más que islas de paz, este hecho tiene gran importancia para la educación. Pues lo que es ilusión visto desde afuera, no admite ser descrito como ilusión cuando se lo ve desde adentro: esa fusión que se produce cuando se siente que el objeto es una misma cosa con el sueño propio, como el enamorarse de algo o de alguien es, vista desde adentro, una realidad psíquica para designar la cual el término ilusión resulta inapropiado. Porque mediante este proceso lo interno se actualiza en la forma externa y como tal pasa a ser la base, no sólo de la percepción interna, sino de toda genuina percepción del ambiente. La percepción misma es vista, entonces, como un proceso creador.

En la práctica, los psicoanalistas, como todo el mundo, valoran el arte y la labor de todos aquellos que intercambian ilusiones. Este libro les muestra cómo pueden armonizar su teoría no sólo con su psicoterapia, sino además con su vida cotidiana.

Por otra parte, la autora nos recuerda a los psicoanalistas y a todos los docentes que enseñar no basta: cada alumno debe crear lo que ha de serle enseñado y arribar a su modo a cada etapa del aprendizaje. Si temporariamente olvida reconocer sus deudas, esto fácilmente le será perdonado, ya que en vez de pagar deudas re-descubre con frescura, originalidad y placer, y esta experiencia hace crecer tanto al alumno como al sujeto.

La segunda veta del libro, el papel de la espontaneidad en la creatividad, es también algo a lo que los psicoanalistas tienden a dar cabida más en su práctica que en su teoría. Están habituados a teorizar sobre los efectos de un control excesivamente rígido de la espontaneidad, impuesto en bien de la vida social y el decoro. Lo que, tanto ellos como otros docentes, están menos habituados a tomar en cuenta, es el efecto sofocante que tiene sobre el espíritu creador una excesiva insistencia, no sólo en el decoro, sino en la objetividad. Esta insistencia en la objetividad concierne no sólo a la percepción sino también a la acción, y si se insiste demasiado en que para actuar uno debe saber de antemano lo que hace, puede destruirse la creatividad.

Notas:

(1) "Sobre la incapacidad para pintar".

Biblioteca D. Winnicott

Melanie Klein - sobre su concepto de envidia 1959

I. Reseña de "Envy and gratitude"

[Envidia y gratitud] Londres Tavistock 1957.

[Trad. ese: Envidia y gratitud en O.C., tomo 3, Buenos Aires, Paidós, 1991.]

Esta reseña apareció en Case Conference, enero de 1959.

El reciente libro de la señora Klein, Envidia y gratitud, centra la atención en el tema de la envidia y estimula el examen de sus orígenes en el niño. Parece apropiado usar este detalle de un libro que contiene mucho más como excusa para una formulación personal. Es interesante, en verdad, tomar cualquier concepto, como el de envidia, y además de pensar en el significado que tiene en la vida cotidiana tratar de rastrear su punto de origen en el bebé humano en desarrollo.

En este libro la señora Klein hace algunas enunciaciones, enunciaciones bastante definidas sobre la envidia y, en mi opinión personal, lo que dice incluye cierto grado de error. Me resulta Muy difícil puntualizar con exactitud el error que, según crea comete, razón por la cual considero un importante ejercicio procurar formular mi propio punto de vista.

Es útil para el psicoterapeuta que se le recuerde la importancia de la envidia, a la que por supuesto encuentra en su práctica analítica tal como la encuentra en la vida. El uso que hace Melanie Klein de la palabra "envidia" es fácil de seguir cuando describe los elementos destructivos presentes en la relación de un paciente con el analista, si el paciente considera satisfactorio a este último. Es previsible, naturalmente, que si el analista le falla en algún aspecto el paciente sienta rabia, pero debe admitirse que hay fuerzas destructivas que no corresponden a la rabia reactiva. En la salud, estas fuerzas destructivas se alinean junto con aquellos impulsos que pueden llamarse amorosos. Sin embargo, discrepo totalmente con la señora Klein cuando remonta el asunto a la infancia misma, por ejemplo al sostener: "Considero que la envidia es una expresión sádico-oral y sádico-anal de impulsos destructivos, que opera desde el comienzo de la vida y tiene una base constitucional" (prefacio).

Creo necesario distinguir la descripción de un bebé de la descripción de los procesos primitivos tal como aparecen en los análisis de niños y adultos. En el momento de escribir esto, una paciente que hace poco comenzó a analizarse conmigo inició una sesión con las siguientes palabras: "Por fin encontré alguien a quien no necesito envidiar. No lo envidio a usted si es un buen analista. Tal vez quiera matarlo, pero no me parece que deba destruir eso que hay en usted y que lo capacita para

analizarme". Más adelante, desde luego, es probable que esta paciente me envidie, pero tendrá motivos para ello: esa envidia estará asociada a que yo le habré fallado y no estará disponible para ella. En los comienzos del análisis todavía no he sido "desenmascarado", he podido seguir bien de cerca las necesidades de la paciente, de modo que si puedo tratarla no hay envidia. A partir de este detalle puede verse que la envidia es un tema de vital importancia, recurrente en los tratamientos, y en los análisis puede estudiársela con detenimiento y seguir su evolución. Del mismo modo aparece la envidia en la relación entre el asistente social y sus clientes, así como en todas las demás relaciones profesionales, y debe ser comprendida. Es una de esas cosas que el analista tiene que investigar, y aplicar a un tipo de trabajo más general.

Parecería que la palabra "envidia" implica una actitud, algo que se mantiene a lo largo de un período. En esta actitud del sujeto hacia el objeto presente en la palabra "envidia" está implícita, además, la percepción de un atributo del objeto, atributo que no es una proyección del sujeto: un factor ambiental, un fenómeno externo, algo que le pertenece al objeto en forma inherente. Puede compararse la envidia con la compasión: el objeto tiene realmente en sí mismo algo bueno o malo, en cuyo caso el sujeto siente envidia o compasión. Para mí la palabra "envidia" entraña un alto grado de sofisticación, vale decir, un grado de organización yoica en el sujeto que no está presente en el comienzo de su vida. Tal vez esté presente unas semanas o meses después, pero necesitamos un término (como el de sadismo oral) para describir la relación del bebé con un objeto establecida por una moción instintiva y que se remonta casi a los inicios. (En los inicios debe hacerse lugar para una etapa anterior a lo que podría decirse que es una fusión de impulsos destructivos y eróticos.)

Melanie Klein ha visto la envidia en su labor analítica y en este libro se interna profundamente en la significación que allí tiene. Cobra sentido, al referirse a un análisis, hablar de "envidia". En un análisis, por más que el paciente se halle en un estado muy dependiente y regresivo, hay una parte de su personalidad que coopera con el analista y que es sofisticada y no está sometida a la regresión. Así, el paciente podrá acudir al analista, y aun tener un empleo o conducir un hogar, y sin embargo hallarse en un estado de grave regresión y dependencia allí donde se lleva a cabo el trabajo analítico efectivo. Pero Melanie Klein retrotrae este concepto también a la temprana infancia.

Aquí es donde quisiera expresar una opinión personal. Si acepto como un hecho que Melanie Klein describe algo cierto referido a nuestra labor analítica o profesional de cualquier índole, debo plantear una objeción. Para mí, ninguna descripción de un bebé puede excluir el comportamiento de la persona que lo atiende, o, en el caso de una relación objetal, el comportamiento del objeto. Si bien puede serme muy útil apreciar los mecanismos primitivos de la naturaleza humana a partir de un estudio del individuo en análisis, no puedo transferir esto a la situación infantil efectiva sin agregar la actitud y la conducta de la persona que cuida al niño. Tal como yo la concibo, la relación del bebé con un objeto está al principio tan íntimamente ligada a la presentación del objeto al bebé, que es imposible separar una cosa de la otra. En términos de relaciones objetales, el bebé depende por entero del modo en que se le aporta cada fragmento del mundo, hasta tal punto que puede decirse que, c bien el mundo le es presentado al bebé de manera tal que el objeto parece ser creado por la moción instintiva del bebé, o bien de manera tal que no hay conexión entre el elemento creativo del bebé y la existencia del objeto externo.

Si este punto de vista, que he expuesto a menudo, resulta aceptable, parecería que en un bebé la envidia sólo puede formar parte de un estado de cosas muy complejo, en el que se produce una representación atormentadora del objeto. Sólo podría envidiarse a la madre por algo bueno que ella tiene si la madre se presenta a sí misma ante el bebé en forma atormentadora. Aquí "atormentadora" significa que la madre se adapta a él lo suficiente como para atender a su elemento creativo y para que el bebé empiece a percibir que hay algo bueno externo al self, pero no de una manera sostenida, así que el bebé se siente privado en cierta medida. Si el bebé tiene pleno acceso a las buenas cualidades de la madre, no hay lugar para la envidia, y la cuestión de la envidia

carece de raíces profundas en la naturaleza del bebé y su surgimiento es una reacción ante las fallas de adaptación de la madre.

Aquí reside tal vez una solución para esta dificultad. El tema de la envidia podría reformularse en términos de un proceso de desilusión que se inicia con la adaptación de la madre e incluye su falla gradual de adaptación, concomitante a la capacidad cada vez mayor del bebé para tramitar dicha falla. Naturalmente tiene que producirse una falla en la adaptación, así como yo pronto habré de fallarle a mi nueva paciente, la que todavía no me ha "desenmascarado", en lo que respecta a atender sus necesidades. Entonces sería posible concebir la envidia como algo real en la vida del bebé. La envidia sería un producto colateral de la relación materno-filial en desarrollo y de la organización yoica del bebé. Si, por el contrario, se describe a la envidia como una característica infantil sin mencionar el comportamiento del objeto y todo lo que éste implica, entiendo que algo está equivocado. Hablar de los bebés no es lo mismo que hablar de las etapas primitivas del desarrollo emocional de las personas, tal como se aprecian en el estudio de los pacientes. Estas dos cosas son distintas porque, como he dicho, los pacientes traen al análisis una gran cuota de desarrollo sano y de sofisticación junto con su enfermedad y con los aspectos primitivos de su naturaleza, y además porque no pueden traer aspectos del cuidado materno de los que jamás fueron conscientes.

En mi opinión, el término "envidia" presente en la expresión "envidia sádico-oral" debilita el concepto de sadismo oral, que siempre ha tenido enorme significación dentro del amplísimo campo del pensamiento y la práctica psicoanalíticos explorados por Melanie Klein. El concepto de sadismo oral es útil porque se articula con el concepto biológico del hambre, una moción tendiente a las relaciones objetales que proviene de fuentes primitivas e impera al menos desde el momento del nacimiento.

II. Los comienzos de la formulación de una evaluación y crítica del concepto de envidia enunciado por Klein

Hay pruebas de que este artículo, en el que Winnicott procuraba elaborar los pormenores de sus propias ideas, fue manuscrito a horas avanzadas de la noche y aunque más tarde fue dactilografiado él nunca lo revisó.

Fechado el 16 de julio de 1962

Se refiere al trabajo presentado en el 199 Congreso Psicoanalítico Internacional realizado en Ginebra en julio de 1955; véase "A Study of Envy and Gratitude (1956), en Juliet Mitchell, come., The Selected Melanie Klein, Penguin, 1986.

En este ensayo trato de hacer uso personal del trabajo presentado por Melanie Klein en el Congreso de Ginebra de su libro Envidia gratitud. A menudo he formulado críticas sobre esta parte de su obra, pero mis críticas se limitan a dos aspectos, que sin duda están relacionados entre sí. En primer lugar, creo que la palabra "envidia" no puede utilizarse para describir la vida temprana del

bebé. Un uso tal del término va contra la corriente y genera un innecesario prejuicio, en mí y en otros, respecto de la idea general contenida en dicho libro. En segundo lugar, la introducción de la idea de agresión heredada debilita la argumentación principal del libro y nos insta a buscar cualquier otro punto débil que pueda haber en la argumentación total. La existencia e importancia de lo heredado es innegable; lo que se plantea es: ¿puede una argumentación metapsicológica pasar a dar cuenta de los fenómenos por referencia a la herencia, antes de haber alcanzado una plena comprensión de la interacción entre los factores personales y los ambientales? A mi juicio, en la argumentación de Melanie Klein hay una seria brecha de comprensión, no reconocida, pero nuestra visión de esta brecha se ve oscurecida por la referencia a la agresión heredada.

En un debate en la Sociedad Psicoanalítica Británica (con posterioridad a un trabajo presentado por el Dr. Donald Meltzer) (1), debate en el cual yo puse en tela de juicio in toto la rápida premisa de la obra de Klein sobre la envidia, el Dr. S.S. Davidson señaló que Melanie Klein no se había sentido a pensar: "¿Sobre qué voy a escribir?", sino que la había movido a escribir su creencia de que la envidia era un asunto importante, que necesitaba ser examinado a raíz de su importancia en la labor clínica psicoanalítica, y porque pensaba que debía hacer una contribución en cuanto a su etiología. Es fácil aceptar esto, y tanto para mí como para muchos otros ha sido útil reparar en la importancia de la envidia en nuestro trabajo psicoanalítico -aunque el tema no es nuevo, y es improbable que muchos analistas se cieguen normalmente a ver la envidia cuando ésta se convierte en una característica notoria de un análisis-. Por otra parte, fue importante para nosotros que se nos dijera que hay que examinar la envidia por separado del caso especial de "envidia del pene", expresión ésta tan usada y que no ha sido bien traducida del alemán. Melanie Klein nos recordó que usamos la palabra "envidia" fuera del contexto específico de la posición femenina en la fase fálica.

De hecho, Klein nos mostró que los pacientes envidian al analista cuando éste hace un buen trabajo analítico, un trabajo eficaz y del cual el paciente extrae exactamente el provecho que quiso recibir del análisis, según él mismo podría decirlo. En la jerga de nuestras intercomunicaciones psicoanalíticas, los pacientes envidian el pecho bueno.

No tengo dudas, por mi propia labor, de que esta observación es válida, y aprecio que se la haya destacado. Pero, al mismo tiempo, hay mucho por hacer con esta idea antes de que pueda aceptársela tal como fue enunciada por Klein.

Sugiero que Melanie Klein no podía desarrollar su argumentación sobre el "pecho bueno" del analista sin abordar la cuestión de la calidad del trabajo de éste, o sea, la capacidad del analista para adaptarse a las necesidades del paciente. A esto se conecta la capacidad de la madre para adaptarse en los inicios a las necesidades yoicas (incluidas las del ello) del recién nacido. La argumentación de Klein la llevó a un punto tal que, o bien debía abordar la dependencia del bebé respecto de la madre (dependencia del paciente respecto del analista), o bien ignorar en forma deliberada el factor externo variable de la madre (analista) y ahondar hacia atrás en los mecanismos primitivos personales del bebé. Al escoger este último curso de acción, Klein se vio envuelta en una renegación implícita del factor ambiental, y en consecuencia se inhabilitó para describir a la infancia, que es un período de dependencia. Así, se vio obligada a llegar prematuramente al factor hereditario.

Incumbe a quienes siguen a Melanie Klein desarrollar esta rica temática y re-enunciar el problema sin recurrir a una renegación implícita del ambiente. Debe subrayarse que no ha habido ninguna renegación explícita del ambiente, y a [apropia Melanie Klein la afligió siempre que en todo momento le fuese atribuida, en especial por mí mismo, la renegación de la importancia del ambiente. Pero queda en pie el hecho de que en esta obra sobre la envidia hay un desdén implícito del comportamiento del ambiente.

Sería sencillo ilustrar la temática principal de Melanie Klein sobre la envidia del pecho bueno en la

transferencia psicoanalítica, ya que en casi todos los casos se convierte, de tanto en tanto, en la temática central, sobre todo hacia el fin del análisis.

Un paciente cerca del fin de su análisis

El análisis se llevó a cabo en gran medida sobre la base de una transferencia positiva; la transferencia negativa se expresó siempre en función de personas del ambiente. Al principio esto hizo que el paciente se viese envuelto en antagonismos casi delirantes, pero desde hacía mucho había podido usar bastante objetivamente a los hombres en su actuación de la transferencia negativa. Hubo ejemplos muy agudos en que la transferencia negativa recayó sobre mí.

El final del análisis fue reelaborado en gran parte sobre la base, primero, de su identificación con el padre en la pubertad, y al final, de la destrucción y suplantación del padre. En el transcurso de esto surgió en forma simplificada el complejo de Edipo, lo cual fue importante a raíz de ciertas características de la madre de este paciente que deformaban el cuadro. Siempre sostuvo que un niño tiene motivos para apartarse de su madre, y que estos motivos son anteriores y más profundos que los edípicos, y preceden al triángulo edípico.

La destrucción del analista bueno apareció en forma algo repentina en el material, sin que el paciente comprendiese la razón de ello. En la transferencia, empleó entonces otra escisión del objeto: lo dividió en el maestro y el analista. El analista no enseña nada, y el paciente se resistía a los maestros. No tenía dificultad en aceptar al analista, mientras que los maestros eran eliminados por él desde el principio debido a su necesidad de ser él mismo su maestro, que databa de su infancia. Había una excepción en la relación con los maestros, y es que siempre que tuvo un maestro realmente bueno, lo valoró muchísimo. Sin embargo, aparentemente en su historia todos los buenos maestros se morían por una enfermedad, o en la guerra, etc.

En esta oportunidad, al repasar este material el paciente estuvo muy próximo a su propia destrucción del buen maestro. A esta altura fue preciso interpretar su envidia del buen maestro. La interpretación fue bastante prolongada y tuvo que ver con su gran dificultad para permitir a otro ser una persona necesaria para él. Puede ser autodidacta, pero si quiere aprender francés se ve obligado a entregar el rol docente a un profesor de francés. Simpatizaba con su profesor de francés, pero lo mataron en la guerra. Si el buen maestro con quien él simpatiza sigue viviendo, debe destruirlo dejando de necesitarlo. Es como si sólo soportase durante un lapso limitado, o de una manera limitada, esta cesión de la docencia a otro.

Volví entonces al amamantamiento teórico, y le dije: "Usted podía amamantarse a sí mismo mejor que nadie, porque sabía lo que quería; pero para conseguir la leche de su madre debió cederle a ella el amamantamiento. Pudo hacerlo durante un tiempo breve, tras lo cual debió destetarse a sí mismo, por decirlo así. Si esto hubiera sido satisfactorio, usted jamás se habría enterado de lo rabioso que se puso por tener que ceder el rol de amamantarlo a su madre o al pecho. Sin embargo, en el caso de su madre, había una cierta tendencia de ella a aferrarse a ese rol, razón por la cual usted se percató de su enorme necesidad de liberarse, que ha dominado gran parte de su vida. Por detrás está la rabia que siente hacia su madre o hacia un pecho bueno, por el hecho de serle necesarios".

Admito que al formular esta interpretación doy cabida a algo que es casi exactamente igual al concepto de Melanie Klein acerca de la envidia que el bebé tiene del pecho bueno. Si todo marcha bien, hay un antagonismo teórico con la idea de que el objeto externo es necesario -lo cual no es válido en un comienzo, pues el objeto es un objeto subjetivo, pero gradualmente se vuelve cierto a medida que el objeto pasa a ser percibido objetivamente-. En numerosísimos casos, el bebé no

conoce jamás esto que la señora Klein llama envidia del pecho bueno, y yo llamo intolerancia de la necesidad de un representante externo de aquello que originalmente fue sentido como parte del self. Cuando la madre renuncia a su rol a regañadientes o con excesiva lentitud, surge en el bebé el odio y una necesidad deliberarse, pero ésta no es la envidia del pecho bueno a que se refiere la señora Klein; es la rabia hacia la madre por su falla técnica, la cual incorpora a la relación viviente un sentimiento que pertenece al inconsciente primario teórico latente.

Un analista en ejercicio tiene oportunidad, pues, de verificar esta parte de la formulación de Melanie Klein, o bien de comprobar que no se verifica. No obstante, un hecho llamativo es que una vez completada una fase de este aspecto del análisis, el analista no encuentra que el análisis ha terminado. Se produce un inmenso alivio si esta interpretación es formulada en el momento oportuno, pero algo queda pendiente, y sin duda a esto se refería Melanie Klein cuando estableció que algunos de los individuos que se analizan han heredado una poderosa tendencia a la agresión.

Intentaré ilustrar cuánto trabajo resta por hacer aún en el análisis de un paciente después de interpretar su envidia del pecho bueno, lo cual no sucedería si la formulación de Melanie Klein fuese correcta. Si su formulación fuese correcta, después del análisis de la envidia del pecho bueno no habría nada más que decir sobre la agresión del paciente, salvo refiriéndola a la herencia. Tal vez se podría haber comprobado que esto era correcto, pero de hecho no fue así. Sería una parte importante de la obra de Melanie Klein sobre la envidia que ella condujese a una mejor comprensión de eso que, quizás erróneamente, denominó envidia del pecho bueno en la relación viviente del bebé y la madre en una etapa muy temprana.

En el caso del paciente cuyo material ha sido usado para ilustrar la envidia del pecho bueno en la transferencia, se demostró que aún era necesario llevar a cabo mucho trabajo ulterior.

Un paciente me relata un sueño del final de su análisis. En éste ha habido, ante todo, un largo tramo de trabajo franco, en el que cooperó en un nivel profundo. Duró tres años y produjo en él grandes cambios. Luego el análisis se volvió caótico, y había un claro motivo para ello, ya que el paciente necesitaba producir material que no fuese fácilmente comprensible. Esto llevó poco a poco a la certidumbre de que no tenía esperanzas de obtener lo que había venido a buscar. En la primera fase no había tenido duda alguna, en tanto que ahora estaba cada vez más convencido de que el análisis se interrumpiría sin haber concluido. En esta fase desesperanzada se llevó a cabo, como en la primera, un buen trabajo analítico, que dio origen a cambios clínicos, pero las expectativas del paciente se habían modificado. La envidia del analista, siempre notoria, fue interpretada cada vez que se presentó para su interpretación, relacionándola con la infancia del paciente según su pauta.

Soñó que había recibido imprevistamente 20.000 libras esterlinas; no era en pago de nada, ni siquiera por una apuesta a un caballo de carrera. Estaba molesto consigo mismo por no recordar nada más sobre el sueño. La interpretación, basada en el material disponible, fue que ahora él sabía qué había venido a buscar al análisis, y me estaba diciendo que en verdad lo había conseguido. Vino a buscar 20.000 libras.

En los primeros tiempos insistió en pagarme honorarios que superaban el dinero de que disponía; y en toda esa primera fase del análisis hubo muchos indicios de que ésta era una formación reactiva y de que a la larga se comprobaría que había venido a buscar dinero. De tanto en tanto me robaba vicariamente. Las interpretaciones según estos lineamientos dieron resultado y dijo que de hecho el análisis había incrementado sus ganancias en un monto equivalente a un aumento de 20.000 libras en su capital.

Con la interpretación del sueño llegó a sentir que ahora el análisis podía llegar a su término natural en vez de ser interrumpido artificialmente. Esto implicaba reconocer lo que había recibido de mí, y se conecta con la idea de la gratitud introducida por Melanie Klein, ante la resolución satisfactoria de

estas dificultades. La gratitud es el reconocimiento de la dependencia. Fue menester un ulterior análisis de su necesidad de dinero, en sus dos aspectos: primero, como símbolo de amor, y segundo como sustituto del amor concomitante al reconocimiento de una privación. En este caso la privación era relativa y estaba muy ligada a la actitud efectiva del padre hacia el dinero, a su vez asociada a la homosexualidad reprimida del padre.

En lo que respecta al desarrollo emocional del bebé, esta cuestión de la envidia se relaciona con la provisión ambiental. Si la madre es suficientemente buena, el bebé, que en un principio se halla en una dependencia absoluta, recibe un "pecho bueno"; la madre suficientemente buena acoge la creciente capacidad del bebé para tener, como característica personal, un "pecho bueno" que puede ser proyectado. La madre suficientemente buena acoge esta proyección. De este modo, en las semanas y meses subsiguientes, el pecho bueno que el bebé usa, no es sólo una proyección sino que además está disponible para él, aunque es externo al self. Para la época en que el bebé ha llegado a percibir que el pecho bueno es externo y pertenece al ambiente y no al self, ya se han desarrollado los gérmenes de numerosos mecanismos psíquicos que le permiten dar cabida a la separación del objeto y usar esta separación en el inicio de su trayecto hacia la independencia.

(He procurado describir el principal de estos mecanismos psíquicos designándolo con la expresión "fenómenos transicionales", o sea, un ámbito intermedio de experiencia que es a la vez self y no-self, o sea, bebé y madre.)

Debe recordarse que el paciente que aborda la relación básica con el pecho en el análisis necesita avenirse al hecho de la dependencia. Esto implica, en un extremo, regresión, y en el otro, allí donde el yo es capaz de tolerar el hecho, gratitud (o inculpación).

Estas condiciones no rigen para el bebé que está en los brazos. La dependencia es una realidad viviente, y comienza siendo una dependencia absoluta; no hay lugar para la gratitud ni para el resentimiento al reconocer la dependencia. No se conoce todavía ninguna otra cosa.

Los bebés requieren una ración básica de "pecho bueno" sin la cual no se inician las primeras etapas del desarrollo emocional del individuo. Diversos autores han tratado de formular esto: Balint con su concepto de amor primario, yo mismo con mis expresiones "quehacer materno suficientemente bueno" y "preocupación materna primaria". El término "pecho bueno" utilizado en nuestra jerga designa, según se comprueba: a) el "quehacer materno suficientemente bueno", b) el "amamantamiento satisfactorio", y c) la articulación de a) y b), primero en el ambiente y luego en la psique del bebé.

Después de unos meses de haber nacido, el bebé es obviamente capaz de realizar la experiencia sádico-oral, o sea, de experimentar el amor primitivo en el que los impulsos motores se funden con las satisfacciones derivadas de las zonas erógenas, y llega a comer al objeto (y a ser comido, si es amado). Más o menos por la misma época este objeto primario deja de ser un fenómeno subjetivo, y si toda la experiencia se dirige hacia lo simbólico del objeto primario, el bebé llega a ser capaz de jugar y de imaginar, y experimenta el uso del objeto primario sólo en los sueños.

Lo fundamental es que en la vida del recién nacido hay un período, o fase, en que no rigen los principales problemas concernientes a los pacientes en análisis. Vale decir, hay una fase significativa que es previa a la posición depresiva (para emplear el término de Melanie Klein, aunque no es una buena designación para una etapa muy importante y real del desarrollo) y a la consolidación del avance que ella representa.

En esta fase temprana, se desarrolla en el bebé un sistema mnémico y un percatamiento de su propio self, disponibles para ser proyectados. La madre suficientemente buena atiende a esta proyección, de manera que la experiencia que tiene el bebé con el pecho bueno es una relación con

una proyección de su self. No hay aquí lugar para la envidia. El bebé que no ha tenido un quehacer materno suficientemente bueno nunca articula lo disponible para la proyección en este pecho bueno de la madre. Esta última falla en acoger la proyección. En los casos con que nos encontramos en el análisis, puede presumirse que hubo una situación atormentadora en la cual el quehacer materno fue suficientemente bueno y no lo fue: el bebé conoció un pecho bueno pero no lo recibió, salvo como algo que se entrometió para quebrar la continuidad de estar siendo de su self. En estas circunstancias, el bebé envidiará el pecho bueno, o bien lo destruirá si le llega en modo tal que no acoge sus proyecciones.

Tenemos entonces la paradoja de un pecho bueno perseguidor, algo que debe ser destruido. Aparece así la agresión dirigida contra el objeto bueno, pero esta agresión es reactiva y no es la agresión del impulso de amor primitivo, el cual representa un logro, la fusión del erotismo muscular y de la orgía sensorial de las zonas erógenas.

En otras palabras, no hay lugar en nuestra teoría para la envidia del pecho bueno por el bebé cuando es una proyección, como lo hay cuando es un quehacer materno suficientemente bueno. Este concepto de la envidia del pecho bueno no es válido, salvo en el caso de una falla relativa del quehacer materno en las primeras etapas.

Según mi punto de vista, la tentativa de Melanie Klein de enunciar la temprana historia de la agresión estaba condenada al fracaso porque quiso hacerlo con independencia del comportamiento del ambiente. Entre el factor hereditario y la envidia está el amor primitivo, con el comer que aún no se ha vuelto cruel porque es un logro de la fusión y su efecto sobre el objeto que todavía no preocupa. Esto es algo anterior a la posición depresiva, dentro del diagrama teórico del desarrollo emocional humano. Lo ilustra la siguiente observación clínica, perteneciente al análisis de una mujer de 25 años. Esta paciente se describió a sí misma diciendo que toda su vida había "evitado las pérdidas" empleando a tal fin una defensa que tuvo éxito, a saber, la explotación cabal de objetos sustitutos. Esta es una variante de falso self, en la que la falsedad radica en la aceptación de los sustitutos más que en el establecimiento de un self sustituto. El motivo por el cual esta paciente vino a analizarse es que quería dejar de emplear esta defensa, que le impedía alcanzar la constancia de objeto y le provocaba una incertidumbre permanente en cuanto al valor que tenía la vida.

En una semana decisiva de su análisis, la paciente llegó en la posición depresiva. Dijo que estaba en favor de la mamadera y en contra del pecho, y declaró que ella misma era una mamadera. Tiró la mamadera, la rompió y se solazó con su destrucción. La idea de su propia muerte siempre le resultaba excitante, por una dramatización de este hecho que implicaba, a las claras, que estaba viva en todos sus otros self-mamadera disfrutando de su propio entierro, por así decir. En verdad había venido al análisis para poder morir. El material revelaba que ella explotaba al máximo su especie particular de defensa maníaca y de exaltación. Pero había tenido un sueño molesto. Estaba en análisis con M. ¿Cómo podía ser que M. le formulase interpretaciones de la clase de las de Klein, con eso de morder y hacer destrozos en el pecho bueno y todo el ataque contra el cuerpo de la madre, siendo que ella era una mujer de tipo maternal, espantosamente aburrida? Etcétera.

Basándome en evidencias muy claras, le interpreté que M. representaba la parte de Melanie del nombre de Melanie Klein. En otras palabras, había arribado a aquello de lo cual se apartara, el pecho moribundo de la madre. Esto la conmocionó y dijo que jamás había imaginado que Melanie Klein tuviese algo que ver con un pecho bueno -sólo con los ataques dirigidos contra ese pecho-. Ahora, ella estaba recibiendo el análisis Melanie-pecho bueno (cf. el "pecho pensante" de Meltser lo cual la llevaba a hacer lo opuesto de lo que ella llamaba «evitar las pérdidas»; la obligaba a contemplar el pecho moribundo (la falla en su propia experiencia de amamantamiento) y preocuparse por el papel que ella misma pudo haber tenido en la falla de su madre. Podría decirse que era la "primera vez» que la paciente se preocupaba genuinamente por la relación entre el bebé y el objeto. Al mismo tiempo, había desarrollado una buena preocupación por la relación entre la

madre y el bebé o niño.

A esta altura de su análisis, un pájaro herido se introdujo por azar en su vida. Mientras estaba caminando a la sesión se encontró en la calle con un pájaro herido, y llegó acongojada, consciente de que una vez más había "cortado las pérdidas" al apartarse de ese pájaro que le inspiraba temor. Unos minutos después volvió donde estaba el pájaro, aunque ello le significó hacer un largo trayecto, pero primero me dio tiempo a interpretar que el pájaro representaba el pecho moribundo de su propia experiencia infantil. Lo cierto es que encontró de nuevo al pájaro y lo devolvió a la vida, y ésa fue su sesión analítica ese día. La experiencia constituyó un punto de viraje en su análisis y quizás en su vida, aunque estos cambios implicaron renunciar a la exaltación propia de una defensa exitosa contra la preocupación por el otro. (No es posible llamarla exactamente una defensa maníaca, pues este término ha sido empleado para designarla renegación de la depresión, o sea, una defensa organizada después de haber llegado a la posición depresiva.)

Ahora bien, esta paciente se hallaba en el punto justo en que es dable que aparezca la envidia del pecho bueno (del análisis bueno), pero ello no sucedió porque el analista suficientemente bueno acogió la proyección de sus cualidades. Hubo mucho material del tipo de la relación de la madre suficientemente buena con el hijo, y además, el mismo día en que expresó su escisión entre su condición de "evitar las pérdidas" (pecho muerto) y la interminable involucración de su self con objetos sustitutivos (mamaderas), dijo al final de la sesión que estaba segura de que yo debía considerar interesante su caso; al retirarse, manifestó que se sentía vacía pero había llegado a saber que luego de unas horas, sobre todo si podía dormir, se recuperaría. Le interpreté que yo era, entonces, el bebé, y que ella me estaba alimentando con su pecho bueno, y ya conocía la capacidad que tenía el pecho para restituir un contenido agotado.

En este análisis, en mayor medida que en la mayoría de los que incluye mi experiencia, se sintió la necesidad de que el analista pusiera cuidado en no hacer otra cosa que atender las proyecciones de la paciente, o volverlas reales. En este análisis fue poco lo que dije; a menudo no decía nada, rara vez hice más de una interpretación en la misma sesión. Es muy evidente que en este caso mi análisis suficientemente bueno es una proyección a la que yo atiendo, y con la cual trato de no interferir. No hay así envidia del pecho bueno. Sin embargo, si por un error técnico yo hiciera o dijera algo ajeno al material de la paciente disponible para la proyección, me transformaría de inmediato en un perseguidor y tendría que ser destruido, ya fuese bueno o malo -especialmente si fuese bueno-.

Conclusiones

Un quehacer materno suficientemente bueno ofrece la oportunidad para un desarrollo continuo del proceso personal del bebé. En este caso la cualidad de pecho bueno de la madre es una proyección de la cualidad correspondiente del bebé. La madre suficientemente buena acoge la proyección buena y la vuelve real. En la medida en que así ocurre, el bebé no envidia el pecho bueno, y puede identificarse con él y con su madre suficientemente buena, y reconoce poco a poco que la madre que acogió su proyección forma parte del ambiente, o sea, del mundo DISTINTO DE MI.

Si el quehacer materno no es suficientemente bueno, la madre no es capaz de acoger las proyecciones buenas, y entonces o bien se produce un caos y el comienzo de una psicosis, o de lo contrario se genera una situación atormentadora en la cual el bebé sabe que hay un pecho externo bueno pero no puede articularlo con esa cualidad suya disponible para ser proyectada en un pecho bueno. En tal caso el pecho bueno se vuelve un perseguidor y tiene que ser rechazado o destruido. La palabra "envidia" no es aplicable a esto que siente el bebé sobre un pecho bueno que ha fallado

en cuanto a acoger la proyección.

Si estas mismas condiciones aparecen en el análisis de niños y adultos, puede usarse la palabra "envidia" en la forma en que la utiliza Melanie Klein. La diferencia entre la situación analítica y la que prevalece en la temprana infancia es que el paciente por fuerza debe tramitar el hecho de la dependencia, en tanto que el bebé es dependiente en un comienzo y no conoce otra situación. Del mismo modo, el niño o adulto incapaz de sentir gratitud está enfermo, pero en el caso del bebé no tiene cabida la idea de la gratitud, porque una ración básica del cuidado suficientemente bueno forma parte del bebé, aunque debe serle suministrado por la madre.

Por lo tanto, si bien la enunciación de la envidia por Melanie Klein tiene gran significación para el analista en ejercicio, no es algo que pueda aplicarse a los bebés, y entonces no es posible extraer conclusiones de dicha enunciación respecto de los orígenes de las tendencias agresivas del individuo.

De hecho, la formulación de Melanie Klein sobre la envidia, en tanto y en cuanto sus ideas se extienden a la infancia, parece debilitar su importantísima labor sobre lo que ella denominó la posición depresiva. Dicha formulación no enriquece la teoría de las raíces de la agresión; produce confusión, al retrotraerse a los factores hereditarios sin abordar seriamente el efecto de un quehacer materno (o análisis) que es suficientemente bueno o no es suficientemente bueno.

Cabe suponer que la herencia tiene enorme importancia, pero el psicólogo no puede apoyarse en el factor hereditario hasta tanto se hayan agotado las posibilidades con la psicología.

Por último, lo fundamental es esto: cuando un analista (madre) realiza un trabajo suficientemente bueno (brinda cuidados suficientemente buenos) con un paciente (bebé), ¿lo hace basándose en una proyección en el analista (madre) de factores internos satisfactorios del paciente (bebé)? A mi juicio, la respuesta es afirmativa, y a menos que así lo haga el analista (madre), el análisis bueno (pecho bueno) será en esencia un objeto persecutorio para el paciente (bebé).

Esta es, según creo, una enunciación moderna de uno de los puntos principales de la técnica de Freud: que el analista sigue el proceso de su paciente e interpreta sólo aquello que ya le ha sido presentado por el propio paciente para su interpretación.

¿Crea la madre al bebé, o crea el bebé a la madre? En lo que respecta a la metapsicología del psicoanálisis, sostengo que el bebé crea al pecho, a la madre y al mundo.

III. Raíces de la agresión

Human Agression, Londres, Allen Lane 1968.

Fechado el 9 de setiembre de 1968

**Este trabajo fue preparado para la Sociedad Psicoanalítica Británica,
pero quedó inconcluso y no se lo presentó. Refiriéndome a mi caso particular**

Es necesario que en la actualidad el psicoanálisis reexamine la agresión. El reciente libro de Anthony Storr ha mostrado que el público está hambriento y sediento de una enunciación que indique que la ciencia presta debido reconocimiento a este problema. A fin de basar sus ideas en la observación objetiva, el científico debe tener antes preparado el escenario para observar, y es el psicoterapeuta el que se encuentra en una posición privilegiada para ello, con tal de que sepa aprovecharla. Y tanto en mi opinión como en la de muchos otros, de todos los psicoterapeutas es el psicoanalista el que más probablemente puede contribuir con algo nuevo, sobre todo por el proceso analítico que ha puesto en marcha en sí mismo y que continúa a lo largo de toda su vida, vale decir, sin importar cuál fue su propio tratamiento analítico y si en algún momento coincidió con su analista en decir: hemos llegado al final.

En la teoría psicoanalítica, no hay avance alguno sin pesadillas. La cuestión es: ¿quién va a tener la pesadilla? La otra pregunta (¿por qué es preciso que tenga pesadillas?) es irrelevante y puede dejársela de lado. En nuestra Sociedad [Psicoanalítica Británica, aunque estamos al servicio de la ciencia, cada vez que intentamos reabrir cuestiones que parecían ya zanjadas necesitamos hacer un esfuerzo. No se trata sólo de la inercia propia del temor a la duda: también sucede que tenemos nuestras lealtades. Asociamos determinadas ideas con logros culminantes que han signado el progreso de nuestros pioneros. Por ello, al reexaminar las raíces de la agresión, nos encontramos en particular con dos conceptos que debemos erradicar deliberadamente, para ver si vuelven otra vez por sus fueros o si estamos mejor sin ellos. Uno es el concepto de instinto de muerte, de Freud, producto colateral de sus especulaciones en el que parece haber alcanzado una simplificación teórica comparable a la eliminación gradual del detalle en la técnica de un escultor como Miguel Angel. El otro es el concepto de envidia, de Melanie Klein, en el lugar de prominencia en que ella lo ubicó en Ginebra en 1955.

No nos será posible avanzar en el debate científico a menos que estemos dispuestos a echar por la borda estos dos conceptos, desvinculando al primero de Freud y al otro de Melanie Klein. De esta manera nos libramos de creencias y lealtades, y una vez más sólo nos preocuparemos por la verdad.

De inmediato, al aplicar esta medida disciplinaria, notamos cuánto se nos ha adoctrinado por la continua interpolación de las palabras "instinto de muerte" y "envidia" en trabajos escritos y declaraciones. Lo esencial es que ninguno de estos dos conceptos podía ser debatido en ese momento, pues no constituían el tema principal, y su debate distraería por lo tanto, y el polemista parecería (más aún, debería ser) descortés. No es sin alivio, pues, que nos hallamos ahora sin ninguna noción preconcebida sobre el instinto de muerte y sobre la envidia, y si algunos de estos términos es empleado, deberá incorporárselo deliberadamente como parte de lo que se discute, sobre lo cual coincidimos en que somos ignorantes.

¡Con qué facilidad se convierten estos términos en estereotipos! Por ejemplo, Melanie Klein no podría afirmar que ha descubierto la envidia ni que ha inventado este concepto. Debemos utilizar las palabras "envidia" y "celos" en nuestra charla y en nuestros escritos toda vez que resulte apropiado, como fueron utilizadas durante largos años antes de que Melanie Klein naciera. De hecho, cada una de esas palabras tiene su propia historia.

Melanie Klein tomó la palabra "envidia" y le dio un uso específico en su legítima exploración de los orígenes de la agresión en la naturaleza humana en función del individuo en desarrollo. Pero ahora el término ha cobrado un aura tal que probablemente no haya un solo trabajo de un partidario de Klein o de un estudiante del grupo Kleiniano que no incluya la palabra "envidia", no como término descriptivo (la paciente manifestó su envidia de los muchachos más jóvenes, una reliquia de lo que sintió por su hermanito al nacer éste, y en relación con la actitud de los padres... etc sino como parte de un rótulo que indica el lugar de origen (por ejemplo algodón sea-island , lavable, garantizado, de secado rápido).

El triste efecto de este espantoso asunto de la envidia es que frena una auténtica valoración del aporte de Melanie Klein, que en esto precisamente pudo haber sido osado y rico. Lo que parece equivocado en su trabajo de Ginebra tal vez resulte ser un pequeño detalle, y la verdad sólo saldrá a la luz si podemos desprendernos de esta lealtad a Melanie que vuelve imposible una evaluación científica u objetiva. Aquí y ahora, quizás podamos ir más allá de esta lealtad (basada probablemente, en sus aspectos compulsivos, en la envidia) y llegar al problema en sí. Estamos examinando la naturaleza humana, y nos preocupan particularmente los procesos de desarrollo y lo que llamaríamos la etiología en la investigación de una enfermedad.

Sostengo, dicho sea de paso, que es legítimo decir que creemos que la formulación de Ginebra tiene algo equivocado. No hay ninguna dificultad en que pensemos que hay algo equivocado en la formulación del instinto de muerte por Freud, ya que él mismo parece haber tenido dudas, propias de un científico que sabe que ninguna verdad es absoluta o definitiva, y que lo que cuenta es pensar y sentir y la libertad para especular. Pero a Melanie Klein le hicieron un flaco servicio sus seguidores al tomar lo que ella dijo y estamparlo en una bandera, siendo que ella se habría beneficiado más si la hubiesen criticado. Esta tendencia de los seguidores de Klein se aprecia, mejor que en ningún otro lado, en una oración de Joan Riviere en su prefacio al libro *Developments in PsychoAnalysis* [Desarrollos en psicoanálisis] (2):

"Klein ha producido algo nuevo en psicoanálisis, a saber, una teoría integrada, que si bien todavía está en esbozo, da cuenta de todas las manifestaciones psíquicas, normales y anormales, desde el nacimiento hasta la muerte, y no deja ningún abismo infranqueable ni fenómenos pendientes sin establecer su relación inteligible con el resto".

La propia Melanie habría desautorizado esta oración si hubiese sido verdaderamente una científica.

Me he ocupado de estas cuestiones con algún detalle porque quiero ser capaz de arribar a cualquier conclusión que surja sin tener que inquietarme aunque me encuentre diciendo lo mismo que dijo Melanie Klein.

Si esto aconteciere, debería provenir de mí a partir de los datos objetivos proporcionados por mis pacientes y no, en modo alguno, de la lealtad a un hombre o mujer, por mucho que yo le deba o por grande que sea mi sentimiento de gratitud.

Puede afirmarse que tanto Freud como Melanie Klein estaban profundamente interesados por la agresión y su origen. En ambos casos, ese interés tuvo una profundidad poco frecuente, propia sólo de personas especiales, dotadas de la capacidad para sentir en profundidad, enriquecidas por una larga experiencia y estabilizadas por el trabajo riguroso sin el cual no es posible conceptualizar ni poner por escrito la realización personal. M. Klein, en particular, fue afectada por las raíces de la agresión que halló en sus pacientes, a quienes tantas cosas buenas tenía para ofrecerles. Sus pacientes llegaron lejos, y su antagonismo no pudo ser removido por el análisis de la rabia ante la frustración. Cada vez le fue resultando más evidente que su propia valía generaba o desencadenaba en sus pacientes, tanto masculinos como femeninos, impulsos destructivos; con mucha sensatez, descartó a una buena proporción de sus casos por considerarlos inanalizables, y otros fueron aplastados por una lealtad rígida que, desgraciadamente, les planteó exigencias demasiado grandes. Melanie estaba desconcertada, y se dedicó específicamente a este problema de la destructividad en la transferencia, que no parecía tener sentido. A esta altura había cierto apuro, pues ella estaba envejeciendo, y más adelante porque habría de padecer una enfermedad física que demostró ser fatal. Quiso saltar esta valla, e hizo un intento en Ginebra. La solución siguió dos lineamientos:

1. Saltar hacia atrás por sobre todo lo demás y enunciar, sin originalidad, que como todo es heredado, algunas personas pueden nacer con una fuerte herencia por el lado de la agresividad. Esta era una enunciación estéril, que constituía una petición de principio en lo que respecta a la agresión y a su evolución en cada bebé y niño en desarrollo.

2. Tomar al toro por los cuernos y proclamar lo que era clínicamente evidente: que en un nivel muy profundo de la transferencia sus pacientes la envidiaban por ser valiosa, o "buena" (3).

Acerca de estas dos líneas de pensamiento podría decirse que la primera, aunque irrefutable, sólo debería ser traída a la palestra y destacada por un metapsicólogo luego de una muy cuidadosa exploración de las alternativas psicológicas o emocionales, y cabe aducir que Melanie no se había distinguido en este aspecto. Hay otras consideraciones que ella dejó de lado. La segunda línea de pensamiento era. Osada y congruente con la experiencia clínica que todos los analistas pueden compartir; pero...

IV. Contribución para un simposio sobre la envidia y los celos

Escrito para una Reunión Científica de la Sociedad Psicoanalítica Británica,

19 de marzo de 1969. Leído por la señora Enid Balint debido a la ausencia de Winnicott.

Tengo muchas ganas de tomar parte en este debate, sobre todo porque la idea que lo preside probablemente surgió de una sugerencia mía al secretario científico, pero creo que sólo podré hacerlo si existe la posibilidad de que pueda decir algo constructivo.

Ante todo, supongo que en esta discusión no nos interesan la envidia y los celos tal como aparecen estas dos palabras en casi todos los trabajos clínicos que en los últimos años han producido los kleinianos. Asimismo, sostengo que en el uso actual de los dos términos, la envidia es un estado psíquico y corresponde a una organización psíquica sumamente compleja, en tanto que los celos tienen la característica que ha determinado el uso del término: que la persona total ya ha comenzado a movilizar la venganza o el despojo.

Lo único que nos interesa es la forma en que Melanie Klein presentó la envidia en su trabajo de Ginebra. Puedo perdonarnos esto sin más si lo que ocurrió es que ella precisaba otra palabra y no la encontró.

Como ya he dicho a menudo, aprendí mucho directamente de Melanie Klein en la década anterior a la guerra. Podría decirse que las nuevas ideas que ella trajo en ese período fructífero de su labor me impresionaron y tuvieron un efecto positivo en toda mi obra. Fui capaz de usar la serie de nuevas ideas. Esto no fue tan cierto después de la guerra y del período en que la señora Klein se organizó junto a sus colegas para defender su posición. Mis sentimientos respecto de la obra de la señora Klein cambiaron en el Congreso de Ginebra, cuando leyó su trabajo sobre la envidia. No me fue fácil ver por qué ya no pude aceptar su nueva formulación teórica.

Dicho muy brevemente, si bien advertí que la señora Klein procuraba llegar a mayores profundidades y abarcar un aspecto muy difícil de las fuerzas transferenciales que quizá sólo surja al final de un análisis prolongado que parecía ir bien pero que empezó a fallar, no obstante supe que tenía que hacer oír mi protesta, y de inmediato lo hice ante la propia Klein. Mi objeción tenía que ver con la resolución de Klein de formular el desarrollo individual del bebé humano totalmente en función de éste, sin referencia al ambiente. Esto, en mi opinión, es imposible. Ciertamente es que un rasgo fundamental del psicoanálisis ha sido llegar a conocer el factor individual y personal, y ver hasta qué punto el factor ambiental puede ser, parcial o totalmente, un fenómeno subjetivo; sin embargo, al comienzo del desarrollo del individuo hay una etapa en que el ambiente ocupa el lugar que le corresponde por derecho propio, y es inevitable reconocer su importancia en cualquier enunciación. El recién nacido no ha separado lo DISTINTO DE MI de lo que es PARTE DE MI, de modo tal que, por definición, lo DISTINTO DE MI o ambiente es PARTE DE MI, en lo que respecta al yo del bebé. No hay forma de sortear esta dificultad.

En su trabajo de Ginebra, la señora Klein saltó este problema y cayó sobre otro: se retrotrajo a una formulación del factor hereditario; por ejemplo, la herencia de un monto anormal de potencialidad agresiva. El factor hereditario es real, desde luego, pero nadie puede decir que el psicoanálisis ha pretendido eludir esta complicación. Toda tendencia a la maduración es hereditaria, y al psicoanálisis le interesa simplemente la interacción entre lo hereditario y lo ambiental. Fue chocante comprobar que Klein evitaba algo trabajando alguna otra cosa. Dicho sea de paso, en lo que respecta a la organización yoica del bebé muy pequeño, la tendencia heredada es un factor externo particularmente grosero. Posiblemente Klein haya pensado que el factor hereditario era personal y no ambiental, pero esto significaría dejar de lado todo el problema del yo inmaduro y de la dependencia basada en el hecho de que lo DISTINTO DE MI aún no se ha separado de lo que es PARTE DE MI.

Lo que se precisa, de quienes se preocupan por este tema, es un estudio acerca del cambio paulatino correspondiente a la separación de lo DISTINTO DE MI respecto de lo que es PARTE DE MI en el desarrollo de un bebé en los comienzos. La envidia al objeto DISTINTO DE MI tiene como precursora la relación con el objeto-todavía-no-separado, que yo he llamado objeto subjetivo. Aquí hay un campo de estudio que puede ocupar a los psicoanalistas durante largo tiempo en el futuro; sin ese estudio, no habrá una comprensión psicoanalítica eficaz de la esquizofrenia.

Puedo agregar que mis opiniones se forjaron en mi consultorio durante el tratamiento (que no siempre fue un éxito, pero a veces lo fue en grado suficiente) de casos fronterizos en los que la regresión a la dependencia era una cuestión notoria, más aún, esencial. Me percaté muy agudamente de la significación del factor cualitativo del ambiente cuando éste consiste en mi propia comprensión y comportamiento, y cuando el paciente está, durante un período, fundido conmigo, el analista.

En esta apasionante esfera de estudio, el investigador tendrá que vérselas con el concepto de fenómenos transicionales, tendrá que aceptar (no resolver) la paradoja según la cual el bebé crea lo que ya está ahí para ser creado, y se verá muy exigido en su creencia en la realidad de la dependencia tal como rige en la temprana etapa previa a la creación de elementos DISTINTOS DE MI por el yo del individuo.

Quizás haya en todo esto un lugar para lo que Melanie Klein llama envidia, pero en todo caso no tendrá ese nombre cuando se delinee apropiadamente su forma. Tal vez su nombre sea avidia; pero cualquiera sea el nombre que se encuentre o invente, deberá tenerse en cuenta que su cualidad se ve afectada por la cualidad de la provisión ambiental.

Me entristece que Klein, después de todas sus contribuciones, no pudiera hacer ninguna en este punto, y de hecho al no hacerlo parece haber cargado a sus seguidores con una tarea

singularmente difícil, cual es la de proseguir a partir de ahora sobre la base, no de todas las contribuciones positivas que hizo, sino de su renegación de algo que, sin embargo, es una realidad. Esta es otra manera de expresar que también ella era un ser humano.

Quisiera mencionar el hecho de que el Dr. Bion en una de sus enunciaciones, parece mostrarse libre de esta poderosa tendencia (que según sugiero debe aceptarse como parte de la constitución de la señora Klein) a renegar del factor ambiental incluso en los inicios.

Como analistas, sabemos muy bien que en un encuadre transferencia) en el que el trabajo realizado llega hasta etapas muy tempranas, influye por cierto cómo es el analista. Análogamente, en los inicios del desarrollo de cada individuo el ambiente tiene primordial significación, ya que aún forma parte del niño. Sostengo que un estudio de los sutiles aspectos que presenta este campo puede brindar ricas recompensas al investigador.

(1) Probablemente en la Reunión Científica celebrada el 15 de febrero de 1961.

(2) Londres, Hogarth Press, 1952.

(3) La propia palabra "bueno" se había convertido en un cliché, para indicar un objeto idealizado, o quizás idolatrado. - D.W.W. Véase Masud Khan, «Reparation to the Self As an Idolised Internal Object (1968) en Alienation in perversions Londres, Hogarth Press, 1979.

Biblioteca D. Winnicott

La mente y su relación con el psiquesoma (1949)

Escrito leído ante la Sección Médica de la Sociedad Psicológica Británica. el 11 de diciembre de 1949, revisado en octubre de 1953, Brit. J. Med. Psychol., vol. XXVII, 1951.

«Averiguar qué es exactamente lo que comprende a los elementos mentales irreductibles, en especial los de naturaleza dinámica, constituye e, en mi opinión, una de nuestras finalidades más fascinantes. Tales elementos tendrían necesariamente un equivalente somático, probablemente también neurológico, y de esa manera, mediante el método científico, reduciríamos el antiquísimo hueco que ha' entre la mente y el cuerpo. Me aventuro a predecir que entonces la antítesis que ha intrigado a los filósofos resultará que se basa en una ilusión. Dicho de otro modo, no creo que la mente exista realmente como entidad; posiblemente es sorprendente que esto lo diga un psicólogo (la cursiva es traía). Cuando decimos que la mente influye en el cuerpo o viceversa, lo que hacemos es utilizar una cómoda abreviación de una frase más engorrosa...» (Dones, 1946).

Esta cita que leí en Scott (1949) me estimuló a poner en orden mis propias ideas sobre tan vasto y difícil tema. El esquema corporal, con sus aspectos espaciales \ temporales, aporta un valioso planteamiento del diagrama que de sí mismo tiene el individuo y creo que en él no hay ningún lugar evidente para la mente. Sin embargo, en la labor clínica nos encontramos con la mente en forma de entidad localizada en alguna parte por el paciente; así, pues, es necesario profundizar en el estudio de la paradoja en el sentido de que «la mente no existe realmente en forma de entidad».

La mente como función del psiquesoma

Para estudiar el concepto de mente es siempre necesario estudiar un individuo, un individuo total, incluyendo su desarrollo desde el comienzo mismo de la existencia psicósomática. Si se acepta esta disciplina, entonces es posible estudiar la mente del individuo a medida que va independizándose de la parte correspondiente a la psique en el binomio psique-soma.

La mente no existe como entidad en el esquema de cosas del individuo, siempre y cuando el psiquesoma o cuerpo individual haya atravesado satisfactoriamente las etapas de desarrollo más tempranas; la mente entonces no es más que un caso especial de funcionamiento del psiquesoma.

En el estudio de un individuo en vías de desarrollo a menudo encontraremos que la mente está creándose una entidad falsa y una localización falsa. El estudio de estas tendencias anormales debe preceder al examen más directo de la independencia o especialización de la mente de la psique sana o normal.

Estamos muy acostumbrados a ver cómo se contrastan las palabras «mental» y «físico» y lo cierto es que en la conversación normal no nos opondríamos a tal contrastación. Sin embargo, cuando estos conceptos son contrastados en una discusión científica, la cuestión es muy distinta.

El empleo de estas dos palabras, físico y mental, para describir una enfermedad, nos causa problemas inmediatamente. Los trastornos psicosomáticos, que se hallan a medio camino entre lo mental y lo físico, se encuentran en una posición más bien precaria. En cierto modo, la investigación psicosomática se ve demorada por la confusión a la que me estoy refiriendo (MacAlpine, 1952). Asimismo, los neurocirujanos hacen cosas con el cerebro normal o sano en un intento de alterar o incluso mejorar los estados mentales. Estos terapeutas «físicos» padecen una gran confusión en su teoría; curiosamente, parecen descuidar la importancia del cuerpo físico, del cual el cerebro es parte integrante.

Tratemos, por lo tanto, de pensar en el individuo en vías de desarrollo, empezando por el principio. He aquí un cuerpo, y la psique y el soma no deben distinguirse más que con arreglo a la perspectiva del observador. Uno puede mirar al cuerpo en desarrollo o a la psique igualmente en desarrollo. Supongo que aquí la palabra «psique» se refiere a la elaboración imaginativa de las partes, sentimientos y funciones somáticas, es decir, al hecho de estar físicamente vivo. Sabemos que esta elaboración imaginativa depende de la existencia y del sano funcionamiento del cerebro, especialmente de ciertas partes del mismo. Sin embargo, el individuo no percibe que la psique está localizada en el cerebro o, a decir verdad, en alguna otra parte.

Gradualmente, los aspectos psíquicos y somáticos de la persona que va desarrollándose se ven envueltos en un proceso de mutua interrelación. Esta interrelación de la psique con el soma constituye una fase temprana del desarrollo individual (véase el capítulo 2 de esta tercera parte). En una fase posterior, el cuerpo vivo, con sus límites, y con un interior y un exterior, es percibido por el individuo como parte del núcleo del ser imaginativo. Hasta esta fase, el desarrollo es extremadamente complejo y si bien este desarrollo puede ser razonablemente completo cuando el niño lleva sólo unos días de vida posnatal, existen grandes posibilidades de deformación del curso natural de desarrollo de estos aspectos. Es más, todo lo que es aplicable a las fases más tempranas lo es también, en cierta medida, a todas las demás fases, incluso a la que denominamos «de madurez adulta».

Teoría de la mente

En base a estas consideraciones preliminares propongo una teoría de la mente. Esta teoría se basa en la labor realizada con pacientes analíticos que se han visto necesitados de efectuar una regresión a un nivel de desarrollo sumamente precoz durante la transferencia. En este escrito daré únicamente un ejemplo de material clínico, pero creo que la teoría resultará valiosa en nuestra labor analítica cotidiana.

Supongamos que en el desarrollo precoz de un individuo, salud implica continuidad en el ser. El psiquesoma precoz se mueve a tenor de cierta línea de desarrollo siempre y cuando su continuidad de ser no se vea turbada; dicho de otro modo, para el desarrollo sano del psiquesoma precoz hace falta un medio perfecto. Al principio la necesidad es absoluta.

El medio ambiente perfecto es aquel que se adapta activamente a las necesidades del psiquesoma recién formado, aquello que los observadores saben que al principio constituye el pequeño. El mal medio es malo porque debido al fracaso de la adaptación se convierte en un ataque contra el psiquesoma, ataque ante el cual el psiquesoma (es decir, el pequeño) debe reaccionar. Esta reacción turba la continuidad existencial del nuevo individuo. En los comienzos, el buen medio (psicológico) es físico, estando el pequeño en el útero o en brazos y recibiendo cuidados; sólo con el paso del tiempo desarrolla el medio ambiente una nueva característica que hace necesario un nuevo término descriptivo, como puede ser «emocional», «psicológico» o «social». De esto emerge lo que llamamos una madre «buena», con su capacidad de adaptarse activamente a las necesidades del pequeño, capacidad que surge de su devoción o dedicación y que es posibilitada por su narcisismo, su imaginación y sus recuerdos, cosas todas ellas que le permiten saber por medio de la identificación cuáles son

las necesidades del pequeño.

La necesidad, al principio absoluta, de un buen medio ambiente se convierte rápidamente en relativa. La madre «buena» corriente ya es suficiente. Si es lo suficientemente buena, el pequeño, por la actividad mental, sabrá tolerar sus deficiencias. Esto no se refiere tan sólo a la satisfacción de los impulsos instintivos, sino también a todos los tipos de necesidades primitivas, incluyendo la necesidad de un cuidado negativo o un descuido vivo. La actividad mental del pequeño hace que un medio ambiente suficiente se transforme en uno perfecto, es decir, convierte el fallo de adaptación en un éxito. Lo que libera a la madre de la necesidad de ser casi perfecta es la comprensión del pequeño. En el curso normal de los acontecimientos la madre trata de no introducir complicaciones que superen la capacidad de comprensión y tolerancia del pequeño; trata en especial de aislar a su bebé de las coincidencias y demás fenómenos que deben estar más allá de la capacidad de comprensión del pequeño. Podemos decir, hablando en términos generales, que la madre procura que el mundo del pequeño sea lo más sencillo posible.

La mente, entonces, tiene entre sus raíces el funcionamiento variable del psiquesoma, raíz que se ocupa de la amenaza que se cierne sobre la continuidad del ser suscitada por cualquier fracaso de la adaptación (activa) ambiental. Se desprende que el desarrollo de la mente se ve muy influido por factores que no son específicamente personales del individuo, incluyendo acontecimientos fortuitos.

En el cuidado de niños es de vital importancia que las madres, al principio físicamente, pero pronto también imaginativamente, puedan comenzar aportando esta adaptación activa; pero también es una función maternal característica el aportar un fallo graduado de la adaptación, con arreglo a la creciente habilidad del pequeño para tolerar, por medio de la actividad mental, todo fallo relativo. Así, nace en el pequeño cierta tolerancia con respecto tanto a la necesidad del yo como a la tensión instintiva.

Quizá pudiera demostrarse que los niños que se desprenden lentamente de la madre muestran un cociente intelectual más bien bajo. Por el contrario, el niño que posee un cerebro excepcionalmente bueno, que acabará dando un elevado cociente intelectual, se desprende de la madre mucho antes.

De acuerdo con esta teoría, pues, en el desarrollo de cada individuo la mente tiene una raíz, quizá la más importante de todas, en la necesidad del individuo, sentida en el núcleo del ser, de tener un ambiente perfecto. En este sentido podría hacer referencia a mi concepto de que la psicosis es una enfermedad de deficiencia ambiental (véase el capítulo 7 de esta tercera parte). Esta teoría ofrece ciertas posibilidades de desarrollo que a mí me parecen importantes. Ciertos tipos de fallo materno, especialmente de comportamiento, producen una sobreactividad del funcionamiento mental. Aquí, en el crecimiento excesivo de la función mental reactiva ante una maternalización errática, vemos que puede desarrollarse una oposición entre la mente y el psiquesoma, ya que, en reacción a este estado ambiental anormal, el pensamiento del individuo empieza a asumir el control y a organizar el cuidado del psiquesoma, mientras que en condiciones saludables esto es función del medio. En estado de salud, la mente no usurpa la función del medio, sino que posibilita una comprensión, y eventual aprovechamiento, de su fallo relativo.

El proceso gradual en virtud del cual el individuo adquiere capacidad para cuidar del self pertenece a etapas posteriores del desarrollo emocional del individuo, etapas a las que se llegará a su debido tiempo, de acuerdo con el ritmo marcado por las fuerzas naturales de desarrollo.

En su estadio posterior, uno podría preguntarse qué sucede si la tensión ejercida en el funcionamiento mental organizado como defensa contra un medio atormentador se va haciendo más y más grande. Serían de esperar estados de confusión y (en casos extremos) un defecto mental independiente de cualquier deficiencia del tejido cerebral. Como resultado común de los niveles menos acuciantes de la crianza en las primeras fases, nos encontramos con que el funcionamiento mental se transforma en una cosa por derecho propio, reemplazando prácticamente a la madre «buena» y haciéndola innecesaria. Clínicamente esto puede ir acompañado de la dependencia, con respecto a la madre real, así como un falso crecimiento personal sobre la base de la sumisión. Es una situación sumamente incómoda, especialmente debido a que la psique del individuo es «seducida» a

entrar en la mente y alejarse de la íntima relación que originariamente sostenía con el soma. El resultado consiste en una mente-psique patológica.

La persona cuyo desarrollo se dé según esta modalidad, mostrará un patrón deformado que afecta a todas las demás etapas del desarrollo. Por ejemplo, puede que se observe una tendencia a la fácil identificación con el aspecto ambiental de todas las relaciones que impliquen dependencia, así como una dificultad en la identificación con el individuo dependiente. Clínicamente uno puede ver cómo semejante persona se desarrolla hasta convertirse en una persona que resulta una madre maravillosamente buena para los demás durante un período limitado; de hecho, una persona que se haya desarrollado de esta manera puede tener cualidades curativas casi mágicas debido a su extrema capacidad para realizar una adaptación activa a las necesidades primitivas. La falsedad de estos patrones de expresión de la personalidad, sin embargo, se hace evidente en la práctica. Se cierne la amenaza del derrumbamiento -tal vez llegue a producirse-, porque lo que en todo momento necesita el individuo es encontrar a otra persona que haga real este concepto del «buen medio», de manera que el individuo puede volver al psiquesoma dependiente que constituye el único lugar desde el que vivir. En este caso, «sin mente» se convierte en un estado deseable.

Como es lógico, no puede haber una asociación directa entre la mente-psique y el cuerpo del individuo. Pero el individuo localiza y coloca la mente-psique ya sea en la cabeza o fuera de ella, en alguna relación especial con la misma, lo cual constituye una importante fuente de jaquecas sintomáticas.

Es necesario preguntarse por qué tiene que ser la cabeza el lugar donde el individuo tiende a localizar la mente. Lo cierto es que no conozco la respuesta. Creo que un punto importante estriba en la necesidad del individuo de localizar a la mente en alguna parte porque se trata de una enemiga, es decir, para controlarla. Un paciente esquizoide me dice que la cabeza es el lugar donde ubicar la mente porque, como uno mismo no puede verse la cabeza, no existe obviamente como parte de uno mismo. Otro punto estriba en que la cabeza vive unas experiencias especiales durante el proceso de nacimiento, pero con el fin de utilizar al máximo este último dato debo considerar sin detenerme otro tipo de funcionamiento mental que puede ser especialmente activado durante el proceso natal. Es lo que va asociado con la palabra «memorizar».

Como ya he dicho, la continuidad existencial del psiquesoma en desarrollo (relaciones internas y externas) se ve trastornada por las reacciones ante los ataques del medio ambiente; dicho de otro modo, por los resultados de los fallos de adaptación activa por parte del medio. Según mi teoría, un rápido aumento de la reacción ante los ataques que turbe la continuidad del psiquesoma es algo que se espera y tolera con arreglo a la capacidad mental del individuo. No pueden tolerarse, en cambio, de acuerdo con la siguiente parte de mi teoría, los ataques que exijan reacciones excesivas. Todo lo que puede acaecer, aparte de la confusión, es que las reacciones puedan ser catalogadas (1). Típicamente, en el nacimiento es probable que se produzca una turbación excesiva de la continuidad a causa de las reacciones ante los ataques, y la actividad mental que estoy describiendo en este momento es aquella que se ocupa de memorizar exactamente durante el proceso mental. En mi labor psicoanalítica a veces me encuentro con regresiones plenamente controladas y que, sin embargo, se remontan a la vida prenatal. Los pacientes cuya regresión ha seguido cauces ordenados reviven una y otra vez el proceso natal y he llegado a quedarme pasmado ante las pruebas convincentes de que durante el proceso natal no sólo se memoriza cada una de las reacciones que turban la continuidad existencial, sino que además parece memorizárselas en correcto orden. No he utilizado la hipnosis, pero soy consciente de los descubrimientos equiparables que con ella se logran, aunque para mí son menos convincentes. El funcionamiento mental del tipo que estoy describiendo, al que podríamos llamar «memorización» o «catalogación», puede ser extremadamente activo y exacto en el momento del nacimiento. Daré ejemplo de esto por medio de los detalles de un caso, pero antes quiero dejar bien claro mi punto de vista de que este tipo de funcionamiento mental resulta un estorbo para el psiquesoma o para la continuidad existencial del individuo, continuidad que constituye el ser. Puede que el individuo se valga de ello para revivir el proceso natal en sus juegos o en un análisis cuidadosamente controlado. Pero este funcionamiento mental de tipo catalogador actúa como un cuerpo extraño si va asociado con el fallo de adaptación ambiental que se halla más allá de la comprensión o de la previsión.

Sin duda que en la salud puede ser que los factores ambientales se mantengan fijos por medio de este método hasta que el individuo pueda hacerlos suyos después de haber experimentado impulsos libidinosos y en especial agresivos, los cuales pueden ser proyectados. De esta manera, que en esencia es falsa, el individuo llega a sentirse responsable por el mal medio ambiente del que en realidad no es responsable y al que (si lo supiera) podría echar la culpa de haber turbado la continuidad de su proceso innato de desarrollo antes de que el psiquesoma se hubiese organizado lo suficiente para odiar o amar. En lugar de odiar estos fallos ambientales, el individuo se desorganizó por culpa de ellos debido a que el proceso existió con anterioridad al odio.

Ejemplo clínico

El siguiente fragmento del historial de un caso se da con el fin de ilustrar mi tesis. Resulta difícil escoger un solo detalle de la labor intensiva llevada a cabo en el transcurso de varios años; sin embargo, incluyo este fragmento a fin de demostrar que lo que les estoy proponiendo tiene mucho que ver con la labor que cotidianamente realizamos con los pacientes.

Una señora (2) que actualmente cuenta cuarenta y siete años había establecido una relación con el mundo que era buena a ojos de los demás, pero no a los suyos; siempre había sabido ganarse la vida, se había hecho con una buena educación y era generalmente apreciada; a decir verdad, no creo que a nadie le desagradase activamente. Ella, no obstante, se sentía completamente insatisfecha, como si siempre tratase de encontrarse a sí misma sin conseguirlo jamás. Ciertamente, ideas suicidas no le faltaban, pero eran mantenidas a raya por su creencia, que databa de la infancia, de que acabaría por resolver su problema y encontrarse a sí misma. Se le había hecho lo que llamaríamos un «análisis clásico» durante varios años, pero por alguna razón no se había producido cambio alguno en el núcleo de su enfermedad. Pronto se me hizo evidente que la paciente tenía que llevar a cabo una regresión muy seria o bien abandonar su empeño. Por consiguiente, seguí la tendencia regresiva dispuesto a que llevase a la paciente adonde fuese; a la larga la regresión alcanzó el límite de la necesidad de la paciente y desde entonces se ha registrado un avance natural en el que actúa el ser verdadero en lugar del falso.

Afectos del presente trabajo, he decidido describir una cosa concreta de entre la enorme cantidad de material que se me ofrece. Durante el análisis anterior de la paciente se habían registrado incidentes en los que ella se había arrojado histéricamente del diván. Tales episodios habían sido interpretados con arreglo a los principios corrientes que se aplican en los casos de aquella clase de histeria. En el marco de la regresión más profunda del nuevo análisis se hizo la luz sobre el significado de las caídas. En el curso de los dos años que dura mi análisis, la paciente ha realizado repetidas regresiones a una fase que ciertamente es prenatal. El proceso natal ha tenido que ser revivido y a la larga me di cuenta de que detrás de lo que anteriormente habían sido caídas histéricas del diván, se hallaba la necesidad inconsciente de revivir el proceso del nacimiento.

Es mucho lo que podría decirse acerca de todo esto, pero lo importante desde mi punto de vista es que evidentemente conservaba todos los detalles de la experiencia natal; y no sólo eso, sino que los detalles habían sido retenidos en el orden exacto en que se habían producido en la experiencia originaria. El proceso natal fue revivido doce o más veces y cada vez la reacción ante uno de los principales rasgos externos del proceso natal originario volvía a ser experimentada.

Por cierto, este hecho de revivir el proceso natal ejemplifica cuál es una de las principales funciones del acting out; al representar el proceso la paciente se informaba a sí misma acerca del fragmento de realidad psíquica que originariamente había sido difícil de alcanzar, pero del que ella sentía tan aguda necesidad de ser consciente. Enumeraré algunos de los patrones del acting out, aunque por desgracia no puedo dárselos por orden, pese a que estoy convencido de que el mismo tuvo importancia.

Las alteraciones de la respiración que se estudiarán con mayor detalle.

Las constricciones cuerpo abajo que serán revividas y por tanto recordadas.

El nacimiento a partir de la fantasía dentro del vientre de la madre, que era una persona depresiva e inquieta.

El paso desde la no alimentación a la alimentación del pecho materno, y después del biberón.

Lo mismo, pero añadiendo que la paciente se había chupado el pulgar en el útero y al salir del mismo debía tener el puño en relación con el pecho o el biberón, estableciendo así la continuidad entre las relaciones objetales internas y externas.

Las severas experiencias de presión sobre la cabeza así como la horrible sensación provocada por la desaparición de tales presiones. Durante esa fase, a menos que se le sostuviese la cabeza, la paciente no hubiese podido soportar la reactualización. Hay presión sobre la cabeza así como la horrible sensación provocada por la desaparición de tales presiones. Hay mucho que todavía no se entiende en este análisis acerca de las funciones de la vejiga afectadas por el proceso natal.

El paso de una presión alrededor de todo el cuerpo (propia del estado intrauterino) a una presión desde abajo (propia del estado extrauterino). La presión, cuando no es excesiva, significa amor. Así, pues, después del nacimiento fue amada solamente en la parte de abajo y, a menos que la hiciesen girar periódicamente, se confundía.

Debo pasar por alto como otra docena de factores de importancia comparable.

Gradualmente, la reactualización alcanzó la peor parte. Cuando casi habíamos llegado le apareció la angustia de que le aplastasen la cabeza. Al principio fue controlada por medio de la identificación de la paciente con el mecanismo aplastante. Ésta fue una fase peligrosa porque, puesta en práctica fuera de la situación transferencial, significaba suicidio. En esta fase de acting out la paciente existía en los objetos aplastantes y la satisfacción la recibía de la destrucción de la cabeza (incluyendo la mente y la psique falsa), que había perdido importancia para la paciente en tanto que parte del ser.

Por último, la paciente tuvo que aceptar la aniquilación. Teníamos ya muchas indicaciones que señalaban un período de «apagón» o pérdida del sentido, aparte de unos movimientos convulsivos que apuntaban la posibilidad de que durante la infancia se hubiese producido alguna convulsión de poca importancia. Al parecer en la experiencia real se produjo una pérdida de sentido no asimilable al ser de la paciente, hasta el punto de ser aceptada como muerte. Cuando esto se hizo real, la palabra «muerte» perdió vigencia y la paciente empezó a sustituirla por la palabra «ceder» hasta que a la larga la palabra o palabras correctas fueron «no saber».

Si les hiciese una descripción completa del caso, continuaría un poco más en esta línea; sin embargo, en futuros escritos desarrollaré éste y otros temas. La aceptación del no saber produjo un tremendo alivio. «Saber» se transformó en «el analista sabe», es decir, «se comporta como digno de confianza en la adaptación activa a las necesidades del paciente». La vida entera de la paciente se había edificado en torno al funcionamiento mental que falsamente se había convertido en el lugar (la cabeza) del que partía su vida, y su vida, que acertadamente a ella le había parecido falsa, se había desarrollado partiendo de este funcionamiento mental.

Tal vez este ejemplo clínico ilustre lo que quiero decir cuando afirmo que de este análisis obtuve la sensación de que la catalogación de las reacciones ante los ataques del medio, propios de la época cercana al nacimiento, había sido exacta y completa; de hecho tuve la impresión de que la única alternativa ante el éxito de esta catalogación consistía en el fallo absoluto, la confusión irremisible y el defecto mental. Pero el caso ilustra mi tema tanto en detalle como de modo general.

Nuevamente cito una reflexión de Scott (1949):

De modo parecido, cuando el paciente sometido a análisis pierde la mente en el sentido de que pierde la ilusión de necesitar un aparato psíquico que esté separado de todo aquello a lo que ha considerado su cuerpo, su mundo, etc., esta pérdida equivale a la ganancia del acceso consciente y control de las conexiones entre las superficies y las profundidades, las fronteras y la solidez de su Esquema Corporal... sus recuerdos, sus percepciones, sus imágenes, etc., que había abandonado en un período anterior de su vida cuando empezase la dualidad somapsique.

No es infrecuente que en un paciente cuya primera queja sea la de que teme «perder su mente» pronto se haga evidente el deseo de perder tal creencia y obtener pronto otra mejor.

En este punto del no saber, dentro del análisis que estoy describiendo, apareció el recuerdo de un pájaro que «estaba completamente inmóvil a excepción de los movimientos del vientre que indicaban que respiraba». Dicho de otra manera, la paciente, a los cuarenta y siete años, había alcanzado la fase en la que el funcionamiento fisiológico general constituye la vida. Entonces fue posible efectuar una elaboración psíquica del hecho. Esta elaboración psíquica del funcionamiento fisiológico es muy distinta del trabajo intelectual que tan fácil y artificialmente se convierte en algo por derecho propio y falsamente, en un lugar donde la psique puede alojarse.

Naturalmente, sólo puedo darles una visión superficial de esta paciente, y aunque escoja una visión reducida, sólo es posible describir un fragmento de la misma. Me gustaría, no obstante, seguir un poco con la cuestión de la laguna de la conciencia. No hace falta que describa la laguna en términos más «adelantados», como el fondo de un pozo, por ejemplo, en cuya oscuridad había toda clase de cuerpos muertos y moribundos. En este preciso momento sólo me preocupan las formas más primitivas en que la laguna fue encontrada por la paciente y por los procesos del revivir propios de la situación transferencial. La laguna de la continuidad, que había sido activamente negada a lo largo de toda la vida de la paciente, pasó a ser algo que era urgentemente buscado. Nos encontramos con la necesidad de penetrar en la cabeza, y como parte del intento de producir un «apagón», la paciente adquirió el hábito de golpearse violentamente la cabeza. A veces se registraba la urgente necesidad de destruir los procesos mentales que la paciente localizaba en la cabeza. Antes de poder aceptar el estado de no saber, fue necesario afrontar una serie de defensas contra el pleno reconocimiento del deseo de alcanzar la laguna o vacío en la continuidad de la conciencia. Sucedió que el día en que este trabajo alcanzó su punto culminante la paciente dejó de escribir su diario (3), que había estado llevando durante todo el análisis y partiendo del cual hubiese sido posible reconstruir la totalidad del mismo hasta aquel momento. Casi no hay nada que la paciente pudiera percibir y que no esté al menos indicado en el diario. El significado del mismo se hizo evidente: era una proyección de su aparato mental y no un retrato de su verdadera personalidad; en realidad, nunca había vivido ésta hasta que, en el fondo de la regresión, hubo una nueva oportunidad para que empezase a existir.

Los resultados de esta parte de mi labor condujeron a una fase temporal en la que no existían ni la mente ni el funcionamiento mental. Tenía que haber una fase en la que la respiración de su cuerpo lo fuese todo. De esta manera la paciente fue capaz de aceptar el no saber, debido a que yo la estaba sosteniendo, manteniendo una continuidad por medio de mi propia respiración, mientras ella se dejaba ir, cedía y no sabía nada; no obstante, a nada bueno podía conducir el hecho de que yo la sostuviera y mantuviera mi propia continuidad si ella estaba muerta. Lo que hizo que mi papel fuese operativo fue el hecho de que yo podía ver y oír cómo se movía su vientre al respirar (al igual que el vientre del pájaro) y, por lo tanto, sabía que estaba viva.

Entonces, por primera vez, ella fue capaz de poseer una psique, una entidad propia, un cuerpo que respira y, además, el principio de la fantasía correspondiente a la respiración y a otras funciones fisiológicas.

En nuestra calidad de observadores sabemos, por supuesto, que el funcionamiento mental que permite a la psique enriquecer al soma depende del cerebro intacto. Pero nosotros no situamos la psique en ninguna parte, ni siquiera en ese cerebro del que depende. Para esta paciente, con la regresión que he explicado, estas cosas por fin dejaron de ser importantes. Supongo que ahora estaría dispuesta a localizar a la psique allí donde viva

P S I K O L I B R O

el soma.

Esta paciente ha hecho considerables progresos desde que leí este trabajo en la Sección Médica. Ahora, en 1953, podemos mirar retrospectivamente el período perteneciente a la fase que he escogido con fines de descripción y verlo en perspectiva. No hace falta que modifique lo ya escrito. A excepción de la violenta complicación de los recuerdos corporales del proceso natal, la regresión de la paciente no se ha visto turbada por nada importante; la regresión, como ustedes saben, ha alcanzado cierto estado muy precoz y subsiguientemente se ha producido un avance hacia una nueva existencia en calidad de individuo real que se siente real.

La mente, localizada en la cabeza

Dejo ahora mi ejemplo para volver al tema de la localización de la mente en la cabeza. He dicho que la elaboración imaginativa de las partes y funciones corporales no está localizada. Sin embargo, puede haber localizaciones que resulten del todo lógicas en el sentido de que pertenecen a la forma en que el cuerpo funciona. Por ejemplo, el cuerpo absorbe y desprende sustancias. Por consiguiente, un mundo interior de experiencia personal e imaginativa entra en el esquema de las cosas y la realidad compartida es en conjunto considerada como algo exterior a la personalidad. Si bien los bebés no pueden hacer dibujos, creo que son capaces (excepto por su falta de adiestramiento) de describirse a sí mismos por medio de un círculo en ciertos momentos de sus primeros meses. Tal vez, si todo va bien, puedan hacerlo poco después del nacimiento; en todo caso, tenemos pruebas concluyentes de que a los seis meses a veces el bebé emplea el círculo o la esfera como descripción de su propio ser. Es aquí donde el esquema corporal de Scott resulta tan esclarecedor, en especial su advertencia de que nos estamos refiriendo al tiempo tanto como al espacio. En su esquema corporal, tal como yo lo entiendo, a mí me parece que no hay lugar para la mente, lo cual no quiere decir que esté criticando dicho esquema en tanto que diagrama, sino que es sólo un comentario sobre la falsedad del concepto de la mente como fenómeno localizado.

Al tratar de imaginar por qué la mente se localiza en la cabeza o fuera de ella, no puedo evitar el pensar en qué forma se ve afectada la cabeza del bebé durante el nacimiento, el momento en que la mente actúa furiosamente catalogando reacciones ante una persecución específica del medio.

La gente tiende a localizar el funcionamiento cerebral en la cabeza; una de las consecuencias de esto merece especial estudio. Hasta hace poco era posible persuadir a los cirujanos de que abriesen el cráneo de los pequeños deficientes mentales con el fin de posibilitar un mayor desarrollo de su cerebro, que se suponía constreñido por los huesos del cráneo. Supongo que la antigua trepanación se hacía para dar alivio a los trastornos mentales, es decir, para curar a las personas cuyo funcionamiento mental era su propio enemigo y que habían localizado falsamente en la cabeza su funcionamiento mental. En la actualidad, lo curioso es que una vez más, según el pensamiento médico científico, el cerebro ha sido equiparado a la mente, a la que algunos enfermos perciben como enemiga, algo que está en el cráneo. El cirujano que ejecuta una leucotomía parece, a primera vista, estar haciendo lo que pide el paciente, es decir, aliviarle de su actividad mental, ya que la mente se ha convertido en enemiga del psiquesoma. No obstante, podemos ver que el cirujano se encuentra atrapado por la falsa localización de la mente en la cabeza, localización que es obra del paciente mental, y que es una secuela de la equiparación de la mente y el cerebro. Cuando ha hecho este trabajo habrá fallado en la segunda parte de su tarea. El paciente quiere ser aliviado de la actividad mental que se ha convertido en una amenaza para el psiquesoma, pero necesita a continuación el pleno funcionamiento del tejido cerebral con el fin de poder tener una existencia del psiquesoma. Por medio de la operación, la leucotomía, con sus irreversibles cambios en el cerebro, el cirujano habrá hecho que esto resulte imposible. El procedimiento no habrá servido de nada salvo en lo que la operación signifique para el paciente. Pero la elaboración imaginativa de la experiencia somática, la psique, y, si se prefiere, el alma, dependen de que el cerebro esté intacto, como sabemos. No esperamos que el inconsciente de nadie sepa tales cosas, pero creemos que el neurocirujano debería verse en cierto modo afectado por consideraciones intelectuales.

En estos términos podemos ver que uno de los objetivos de la enfermedad psicósomática es apartar a la psique de la mente y devolverla a su originaria e íntima asociación con el soma. No basta con analizar la hipocondría del paciente psicósomático, aunque ésta sea una parte esencial del tratamiento. Asimismo, uno debe ser capaz de ver el valor positivo del trastorno somático en su trabajo, consistente en contrarrestar la «seducción» de la psique para que entre en la mente. De modo semejante, puede entenderse en estos términos la finalidad de los fisioterapeutas y especialistas en relajación. No necesitan saber lo que están haciendo para hacerlo bien como psicoterapeutas. He aquí un ejemplo de la aplicación de estos principios: si uno trata de enseñarle a una mujer embarazada cómo hay que hacer todo lo que hace falta, entonces se le creará ansiedad, y eso no es todo, sino que, además, alimentará la tendencia de la psique a alojarse en los procesos mentales. A la inversa, los métodos de relajación en su mejor aspecto permiten que la madre sea consciente del cuerpo y (si no se trata de un caso mental) estos métodos la ayudan a tener una continuidad existencial, permitiéndole vivir en calidad de psiquesoma. Esto es esencial si se quiere que experimente de manera natural el nacimiento y las primeras fases de la maternalización.

Resumen

1. El verdadero ser, una continuidad existencial, se basa, en estado de salud, en el crecimiento del psiquesoma.
2. La actividad mental es un caso especial del funcionamiento del psiquesoma.
3. El funcionamiento del cerebro intacto constituye la base para la existencia de la psique así como para la actividad mental.
4. No hay localización de una mente-self ni hay ninguna cosa a la que pueda llamársele «mente».
5. Ya es posible dar dos bases distintas para el funcionamiento mental normal, a saber: a) la conversión de un medio suficiente en un medio perfecto (adaptado) que permita un mínimo de reacción ante los ataques y un máximo de autodesarrollo natural (continuo); b) la catalogación de los ataques (trauma natal, etc.), para su asimilación en ulteriores etapas del desarrollo.
6. Hay que tomar nota de que el crecimiento del psiquesoma es universal y de que sus complejidades le son inherentes, mientras que el desarrollo mental es en cierto modo dependiente de factores variables, tales como la calidad del medio precoz, los fenómenos casuales del nacimiento y del manejo del bebé inmediatamente posterior, etc.
7. Resulta lógico contraponer la psique al soma y, por consiguiente, el desarrollo emocional al desarrollo corporal de un individuo. No es lógico, sin embargo, contraponer lo mental a lo físico, ya que éstos no son de la misma materia. Los fenómenos mentales son complicaciones de importancia variable en la continuidad existencial del psiquesoma, en lo que culmina en el self individual.

Notas:

(1) Véase la teoría freudiana de la neurosis obsesiva (1909).

(2) Caso al que se vuelve a hacer referencia en otro escrito.

(3) El diario fue reanudado en fecha posterior, durante un tiempo, con una función menos restringida y una finalidad más objetiva en la que se incluía el propósito de utilizar algún día su experiencia de manera provechosa.

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

Nada en el centro, 1959

Fechado el 19 de junio de 1959.

La paciente, una actriz de treinta años, vino a analizarse en un estado bastante afable. Me contó muchas cosas que le estaban pasando en su vida. Tenía una personalidad atractiva, y daba amplias muestras de que la gente gustaba activamente de ella. Estoy en condiciones de afirmar que éste era un ejemplo de la principal defensa de esta paciente.

La sesión anterior se había sentido muy insatisfecha. No había podido encontrar nada particular que la hiciera reaccionar. Había terminado un trabajo y aún no había empezado ninguno nuevo, no tenía nada pendiente, y por delante se le presentaba una laguna de varias semanas en las que quizá nada se atravesase en su camino.

Se la veía agitada, atemorizada de esa situación producida por el hecho de no tener nada frente a lo cual reaccionar. Como ella misma dijo, quizás al volver a casa encontrase una invitación a cenar o un mensaje de su agente artístico, y entonces ella volvería a estar bien de nuevo, feliz y animosa y bien encaminada. Pero en la sesión anterior había llegado a experimentar un malhumorado desaliento, y la irritaba intensamente que yo pareciera estar en favor de eso. Parecía reprocharme que yo no adoptase la actitud que ella adoptaba consigo misma, la actitud también de sus padres y sus amigos, la de decir: "¡Por Dios, consíguete un trabajo, haz algo, muévete!", etc.

Esta chica había trabajado mucho desde los diez años, cuando comenzó a actuar. En los comienzos del tratamiento pasó un período internada en un hospital psiquiátrico, donde pudo deprimirse, y esto tuvo un inmenso valor para ella; pero entonces no estaba empantanada, todo el tiempo estuvo enfrentando la depresión. Sentía que sabía adónde iba. Ahora, en cambio, que está a punto de recobrar la salud, se siente invadida por el terror y la desorientación.

Lo verdaderamente difícil en el análisis de esta paciente era ocuparse del comer y de la fantasía de comer, o sea, del erotismo y el sadismo orales que complican otros tipos de relación de objeto. La sesión anterior llegó a irritarse tanto conmigo que en un momento tosí y no lo pudo soportar; de todos modos, ella sabía que su irritación conmigo obedecía a causas desconocidas. Pudo referir que en algún lugar de su mente había tenido la idea de un bebé, señalando que el análisis no era bueno porque no la había embarazado. No obstante, éste era sólo un aspecto de la frustración general que le producía el análisis, que en verdad había sido permanentemente fructífero y productivo.

En oportunidad de la sesión a que hago referencia, ella se hallaba en su estado habitual de defensa maníaca, en el que todo andaba

bien y todo el mundo gustaba de ella, aunque tanto ella como yo sabíamos que esto era precario y que por detrás había algo más.

Lo notable fue lo que aconteció cuando le hice una cierta interpretación. Ella misma había señalado que su felicidad se debía a que le habían estado ocurriendo algunas cosas, pero que por debajo era la misma. Le interpreté que si no le sucedía nada ante lo cual pudiera reaccionar, ella llegaba al centro de sí misma, donde sabía que no había nada. Le dije que esa nada en el centro era su hambre tremenda. Ese agujero en el centro, que era ella, equivalía a un hambre por todo, que abarcaba su vida entera e incluía su vacío anterior a la fecundación, así como su deseo sexual y oral.

Tan pronto le resultó claro el rumbo de mi interpretación (que no era del todo novedosa), se quedó dormida, y permaneció así alrededor de veinte minutos. Cuando se despertó y comenzó a impacientarse por haberse quedado dormida y haber perdido la sesión, yo retomé otra vez la interpretación, tras lo cual ella repentinamente volvió a dormirse, hasta el fin de la hora. Al despertar dijo: "Me quedé pegada al diván". Saltó del diván, y luego se sentó y comenzó a ponerse los zapatos, porque pese a haberse dormido, sabía que había llegado el momento de irse, y se levantó. Al llegar a la puerta ya había recobrado la atractiva vivacidad que era habitual en ella.

Esta paciente se quedaba dormida con frecuencia, pero por lo común esto se debía a que estaba físicamente agotada por haber trabajado demasiado; hasta altas horas de la noche, como es propio de la vida de una actriz. Esta vez su dormir tenía un carácter nuevo -pensé-, que ella describió como "quedarse pegada al diván". Supuse que el dormir representaba una clase particular de resistencia a la interpretación. La esencia de la interpretación era que existía un self disociado que era nada, era un hueco, un vacío; y cuando revivía este vacío ella no era otra cosa que un hambre gigantesca. Esta era la primera vez, en el curso de cuatro

años de análisis, que habíamos encontrado juntos una enunciación satisfactoria de su verdadero self y, al mismo tiempo, de su apetito.

Estoy atendiendo; al mismo tiempo, a un hombre que es médico y que también tuvo que descubrir en sí una nada central. Durante largo tiempo esto se manifestó en el análisis como un estado de empantanamiento que le resultaba muy alarmante. Tuvimos que abordarlo en varios niveles. En uno de ellos, cuando fuimos eliminando gradualmente todas las interferencias de modo tal que él ya no tenía nada ante lo cual reaccionar, se convirtió en un objeto en el espacio, ignorante del tiempo y de su posición. En tres sesiones sucesivas, en el curso de esta semana, llegó a diferentes enunciaciones de esto mismo, que es para él parte de su búsqueda de un self que pueda sentir como real. Con gran dificultad elimina toda la cuantiosa cantidad de cosas de su vida frente a las cuales reacciona y supera exitosamente. Esto incluye su relación con la familia y la esposa, quien sin duda le crea grandes dificultades a raíz de que se amolda exactamente a la pauta de la madre del paciente. La eligió por eso mismo, como ahora la sabe muy bien. En este paciente, en particular, tuvo vital importancia que yo reconociese que en su centro no había nada. Debí descartar incluso su potencia, pues era reactiva. No sólo no cree que haya allí algo que pueda llamarse "yo": sabe que en el centro no hay nada, y sólo esto le resulta tolerable. Si yo le diera alguna esperanza de que allí hay algo, tendría que destruirme.

Fue interesante el giro positivo que comenzó a experimentar este paciente cuando pudo autoestablecerse en grado suficiente como una nada. Al final de estas tres sesiones, en las que este tema fue cabalmente reelaborado y durante las cuales pudo mantenerse en ese estado de ser nada (nothingness), se expresó del siguiente modo.

Dijo que se sentía como si le hubiesen envuelto las piernas en forma apretada, y describió a continuación el efecto que esto tenía

sobre sus genitales y su capacidad para orinar. Gran cantidad de material disponible avaló la siguiente interpretación: me estaba contando, en términos físicos, de qué manera su madre le había transmitido, cuando él era muy pequeño, que desde el punto de vista de ella él era una nena y no un varón. Esto tiene fundamento, ya que era el segundo hijo varón, y la actitud de los padres hacia él en todo momento había traicionado su deseo de tener una nena como segundo hijo. Le pude decir que la madre lo envolvía con el pañal de un modo que habría sido más apropiado para una niña, tal vez como una toalla higiénica que no le dejaba libertad para orinar. Y cuando le señalé que la cosa habría sido diferente si él hubiese sido un chico nacido en una choza en medio de la selva, enseguida captó el sentido de mi interpretación y, a través de ésta, la idea de un niño con libertad para orinar. Por lo que recordaba, era la primera vez que sentía su pene como propio. Parecería que éste va a ser el comienzo de su potencia, esa potencia que nunca tuvo a pesar de tener una familia.

Aquí un hombre debió llegar a su nada central de un modo diferente que en el primer caso: en el suyo, lo que surgió no fue el hambre sino el deseo de orinar: Ambos casos pueden, tal vez, compararse á los fines de la discusión.

Biblioteca D. Winnicott

Hacia un estudio objetivo de la naturaleza humana (1945)

Deseo agradecer a Masud Khan por su asesoramiento para introducir algunas modificaciones en el trabajo original.

D. W. W.

He sido invitado a hablar ante ustedes sobre el tema de los antecedentes de la psicología, sus premisas básicas y sus descubrimientos. A fin de no perdernos en un tema tan vasto, debo referirme sólo a la pequeña porción de la psicología que me ha tocado recorrer; o más bien diría que debe permitírseme contemplar la totalidad desde mi ángulo particular.

No podré hacer lo que tendría que hacer, o sea tomar en cuenta que cada uno de los que me están escuchando se acerba a este tema desde su propia dirección. Algunos de ustedes pueden pensar con facilidad en términos de los experimentos científicos; otros están habituados a que se les enseñen los hechos de la historia o la geografía, en la medida en que son conocidos; y habrá quienes tengan una fuerte tendencia intuitiva y prefieran aproximarse a cualquier tema nuevo al principio subjetivamente, con ideas que no desean desarrollar hasta haberlas enunciado y reconocido como propias. No puedo complacer todas estas preferencias, así que seguiré mi propio camino.

Quiero exponer ante ustedes la concepción de que la psicología es simplemente el estudio de la naturaleza humana, y que es una ciencia, como lo son la física, la fisiología y la biología. Este es mi punto de vista, y mi obra se basa en esta premisa, pues creo que de entrada deben saber que no soy sólo médico sino también psicoanalista.

Hace poco que se ha reconocido al psicoanálisis como un tema serio. La palabra ha pasado ya al lenguaje corriente y, como es habitual cuando esto sucede, ha llegado a significar en su uso popular algo distinto de lo que significa técnicamente. Si le preguntasen a un médico qué papel cumple el psicoanálisis hoy en el campo general de la medicina y en el estudio total de la naturaleza humana, es poco probable que les diera una información correcta. La tendencia a examinar los factores psicológicos de todos los casos con que uno se encuentra en la medicina actual es sumamente reciente, y pasará otra generación antes de que la tarea ya realizada por el psicoanálisis sea cabalmente aplicada en la práctica médica corriente. Algunos de ustedes tal vez lleguen a ser médicos, y unos pocos probablemente querrán dedicarse a esa parte de la práctica médica que concierne particularmente al estudio de la mente; en cuyo caso necesitarán, además de la formación médica corriente, formación en la técnica psicoanalítica. Pero este tipo de formación puede serles útil aun cuando planeen dedicarse a la más difícil de las tareas médicas, la de ser un buen médico clínico de cabecera.

La psicología no pretende prioridad alguna en lo tocante a la comprensión de la naturaleza humana, salvo en un aspecto, que es el de hacer de este estudio una ciencia. Por ejemplo, tal vez podría demostrarse que Shakespeare -tomándolo como un buen ejemplo de alguien dotado de comprensión intuitiva- entendió todo lo

que podría ser descubierto mediante el psicoanálisis, basándose desde luego no sólo en la observación sino también en sus sentimientos y en la empatía. Cada paso adelante que damos en la ciencia de la psicología nos permite ver más cosas en las obras de Shakespeare, así como hablar con menos ligereza de la naturaleza humana. Pero tenemos que hablar, y en mi opinión la psicología se justifica como ciencia si nos permite hablar con menos ligereza.

Tampoco se quiere insinuar que antes de que apareciera el psicoanálisis no había curas psicológicas. Los buenos médicos siempre fueron buenos psicólogos, en la medida en que supieran sentir cuál era la situación del paciente respecto de la realidad externa y también de su mundo privado interno. Pero al referirse a la naturaleza humana, los médicos dicen tonterías igual que todos. La comprensión intuitiva de la naturaleza humana a menudo demuestra ser una guía poco confiable en el ámbito más general de la vida social. Tal vez le permita a un médico comprender brillantemente a un paciente que fue ladrón, pero si no se estudia la psicología de la delincuencia como ciencia, la comprensión intuitiva no impedirá que los médicos, lo mismo que otras personas, digan y hagan toda clase de cosas inútiles cuando se trata de tomar decisiones prácticas, por ejemplo en un tribunal para casos de delincuencia juvenil.

La larga y ardua formación del médico no lo califica en absoluto en cuanto a la psicología, y en cambio hace bastante por descalificarlo; lo mantiene tan ocupado entre los 18 y los 25 años que llega a su mediana edad sin haber contado con el ocio necesario para descubrirse a sí mismo. Le insume varios años de práctica médica y lucha para encontrar tiempo a fin de vivir su vida, sin que haya podido actualizarse con relación a sus semejantes, algunos de los cuales vivieron ya muchas cosas al llegar a los 25 años.

Tal vez comiencen a advertir que tiene sentido hacer del estudio de la naturaleza humana una ciencia, proceso caracterizado por la observación de los hechos y la modificación de la teoría de acuerdo con el descubrimiento de nuevos hechos. ¿Notan en qué aspecto esencial se oponen la ciencia y la intuición? La intuición genuina puede llegar a una verdad total en un instante (así como la falsa intuición puede llegar a un error), en tanto que en la ciencia nunca se alcanza la verdad total. Lo que importa en la ciencia es la construcción de un camino satisfactorio que lleve a la verdad. De ahí que la formación científica sea tan importante para todos: a ustedes y a mí nos permite poner a prueba satisfactoriamente nuestros pequeños fragmentos del mundo. Nuestros sentimientos y nuestra imaginación pueden escapársenos de las manos y llevarnos a cualquier parte; un determinado momento nos hace soñar que podemos volar, y el momento siguiente nos hace sentir infinitamente carentes de sostén, de modo tal que caemos y caemos, y no tocamos fondo hasta despertar, lo que significa un retorno a la ciencia, a la bienvenida y bien probada realidad externa.

¿Alguna vez pensaron en la ciencia de este modo? Si en una materia que se aborda con el método científico hay una laguna en nuestro conocimiento, la registramos como tal, como un estímulo para la investigación; en cambio, las lagunas del intuitivo son incógnitas con potencialidades algo aterradoras. Si un físico dice que existe un elemento aún no descubierto, nadie entra en pánico; más adelante ese nuevo elemento es descubierto y se ajusta al esquema preexistente. Cuando se descubrió la droga llamada "M y B" (1), nadie sabía por qué actuaba como lo hacía, pero tampoco nadie sugirió que su acción tenía algo que ver con la magia; simplemente los bioquímicos se sintieron estimulados por su propia ignorancia, y poco a poco fueron des. abriendo nuevas cosas sobre ella, aunque todavía no saben todo lo que quisieran. En psicología quedan aún muchas grandes lagunas en nuestro saber; pero dado que la psicología es una ciencia, ni siquiera nos preocupamos cuando los intuitivos dicen, con respecto a algo que hemos descubierto: "Nosotros siempre lo supimos", porque no mencionan al mismo tiempo todas las cosas extrañas que supieron... equivocadamente. El enfoque científico de los fenómenos de la naturaleza humana nos habilita a ser ignorantes sin por ello aterrorizarnos, y sin tener que inventar toda suerte de extrañas teorías para explicar las lagunas de nuestro conocimiento.

Ustedes y yo nos iniciamos como científicos desde muy pequeños, en rigor desde que nacimos. Siempre y cuando hayamos contado con un cuidado materno suficientemente bueno, para no vernos envueltos en la confusión, empezamos a vivir como científicos. Entonces estábamos a merced de nuestra imaginación, y tan pronto pudimos percibir la realidad externa, toda cosa real que nos sucediera era bienvenida, por cuanto dependía de algo externo a nosotros mismos y por lo tanto confiable, ya que era algo que podíamos llegar a

conocer. Hasta las cosas que nos ponían furiosos, como el hecho de que nos hicieran esperar cuando sentíamos hambre, tenían un valor para nosotros. La realidad externa nos ayudó a tolerar el carácter mágico de nuestras ideas, que a la salón eran muy primitivas porque teníamos muy poca experiencia de cosas reales, y por ende no teníamos nada sobre lo cual soñar, sólo sentimientos para sentir, digamos. Estos sentimientos mágicos primitivos pueden ser en verdad muy alarmantes así como son maravillosos, según vemos al estudiar a las personas que no lograron avenirse a ellos, y que son dementes. Muchos individuos desarrollan un interés científico por la realidad externa a fin de apartarse del enfoque intuitivo y subjetivo de la vida. Supongo que la cultura occidental, en general, tiende a excluir los sentimientos reemplazándolos por el pensamiento científico, mientras que en la cultura oriental el método científico es relativamente menospreciado. En lo mejor de nuestra cultura occidental disfrutamos de un método científico para abordar la realidad externa, a la vez que en la música, la pintura, la poesía y la religión preservamos el reconocimiento de la importancia del enfoque creativo e intuitivo de la vida, así como la magia de los sentimientos primitivos y de la expresión instintiva espontánea.

Bien, si coincidimos en todo esto, ¿por qué no dedicarnos al estudio científico de la naturaleza humana? ¿Por qué la psicología llegó al final de las demás ciencias, luego de la biología, de la que en cierto sentido puede decirse, supongo, que vino después de la física? (Por supuesto, sé que hoy coexisten.)

Es obvio que cuanto más conectada está una ciencia con la vida, más difícil será que el enfoque científico parezca adecuado. Recuerdo el entusiasmo que sentí cuando era escolar, antes de la Primera Guerra Mundial, al leer por primera vez *El origen de las especies*, de Darwin. No podía dejar de leerlo.

Me sentí entonces como un observador de los cielos cuando un nuevo planeta se agrega a su saber; o como el bravo Cortés... (Keats, "On First Looking into Chapman's Homer")

En ese momento no me daba cuenta por qué era tan importante eso para mí, pero hoy veo que lo principal fue que me mostró que las cosas vivas podían examinarse científicamente, con el corolario de que ya no tenía por qué asustarme de las lagunas en mi conocimiento y en mi comprensión. Para mí, esta nueva idea significó un gran aflojamiento de la tensión y, consecuentemente, una liberación de energía para el trabajo y el juego.

Estoy seguro de que si estuviera ahora en la escuela valoraría de igual manera el libro equivalente que situara a la psicología en el mapa como ciencia, pero pienso que no existe ningún libro que se corresponda exactamente con *El origen de las especies*. Sin duda, podría sostenerse que este último contenía muchas falacias y equivocaciones, pero lo mismo cabría decir, y con mayor fuerza, de cualquier libro sobre psicología. Podríamos citar las Conferencias de introducción al psicoanálisis, de Freud. Ha habido tan enormes avances (muchos de ellos del propio Freud) desde que se escribió esta obra precursora, que un psicoanalista vacilaría antes de recomendarlo, salvo que se lo leyese junto a muchos otros y a sabiendas de que Freud estaba iniciando con él una nueva ciencia. Leídas en orden cronológico, las obras de Freud nos ofrecen un buen panorama de la forma en que surgieron sus ideas. No sólo inició una nueva ciencia, sino que la hizo recorrer un largo camino; y ahora continúan llevándola adelante quienes siguieron utilizando sus métodos y desarrollándolos a su manera.

Permítaseme decir algo ahora sobre las dificultades inherentes a la ciencia de la psicología. Comenzaré citando algo que acabo de mencionar. Dije que la formación científica es importante porque nos permite poner a prueba satisfactoriamente nuestros pequeños fragmentos del mundo. Tratándose de la psicología, estas palabras, "nuestros pequeños fragmentos del mundo", no sólo designan los fenómenos de la naturaleza humana de otras personas sino también de la nuestra. En este aspecto, la psicología se diferencia de las demás ciencias y siempre lo hará. Examinamos con nuestra mente la misma mente que estamos usando, y examinamos nuestros sentimientos con nuestros sentimientos. Es como tratar de examinar un microscopio colocándose debajo de su gran potencia. No es de extrañar que la psicología haya llegado en último término en la sucesión de las ciencias. Muchos sostienen que nunca puede convertirse en una ciencia a raíz de esta dificultad, y el callejón sin salida en que se encuentra la (denominada) psicología académica ilustra este dilema; pero Freud siguió adelante pese a ello, y algunos pensamos que ya a comienzos de este siglo había establecido a la

psicología como ciencia. Advertirán que en La interpretación de los sueños mostró que lo que la mayoría consideraba una barrera insuperable para erigir a la psicología en ciencia podía en realidad volcarse a favor del adelanto de la investigación científica. Se dio cuenta de que si pretendía utilizar los sueños de sus pacientes, creyendo en la significación de todos los detalles registrados por el soñante, debía estar dispuesto a examinar sus propios sueños y ser capaz de hacerlo. La mayor parte de lo que dijo Freud sobre los sueños fue original y brillantemente constructivo, y pasó la prueba del tiempo. Psicopatología de la vida cotidiana es otro libro en el que comenzó a plantear ante el público la posibilidad de una ciencia de la psicología; este gran hombre produjo una corriente permanente de obras científicas. Cuando yo estaba en la escuela no sabía que se habían escrito estos libros, y dudo de que estuviera en condiciones de aprovecharlos.

Llego así a la principal dificultad de la psicología como ciencia, donde Freud hizo su descubrimiento más importante. En ninguna otra ciencia hubo una torsión equivalente a la producida en la psicología por la existencia de lo inconsciente. Por supuesto, la palabra "inconsciente" puede usarse para designar lo que a uno le pasa cuando se da un golpe en la cabeza y se desmaya, pero desde el punto de vista psicológico el término tenía otros sentidos, y fue utilizado durante largo tiempo para describir la falta de un percatamiento consciente. Por ejemplo, en un momento dado uno no puede ser consciente de todo lo que, teóricamente, podría tener consciente. Un pintor tal vez toque sentimientos de los que no se percataba antes de comenzar a pintar, provenientes de un lugar tan profundo de su ser que le cuesta reconocer la responsabilidad que le cabe por su cuadro.

A Freud no lo amilanó el conocido hecho de que hay en nuestra naturaleza profundidades que no podemos sondear fácilmente. Descubrió y estableció mediante el método científico que existe una variedad especial de lo inconsciente, que llamó lo inconsciente reprimido, donde el problema no está en la profundidad de aquello de lo cual el individuo no es consciente, sino en que lo inconsciente no puede recordarse porque está asociado a un sentimiento penoso o a alguna otra emoción intolerable. Debe destinarse permanentemente energía a mantener la represión, y es fácil ver que si una gran parte de la personalidad de un individuo está reprimida, le queda comparativamente poca energía para su participación directa en la vida. El primer motivo por el cual la gente puede obtener ayuda práctica del tratamiento psicoanalítico es que cuando éste tiene éxito permite al paciente liberar de la represión un material doloroso, con el resultado de que toda la energía que antes usaba al servicio de la represión le queda para disfrutar de la vida y de un modo de ser constructivo.

Freud inventó y desarrolló un método, un instrumento para la investigación científica de la naturaleza humana que, a la vez, resultó ser un método de tratamiento. Descrito brevemente, el psicoanálisis es esto: el psicoanalista dispone condiciones simplificadas y estables en las que el individuo que se somete al análisis pueda dejar operar libremente a su psique. Tarde o temprano se aproximará a la parte dificultosa de sí mismo, y mostrará en su relación con el analista que desea revivir incluso aquellos episodios y tipos de experiencia emocional que están asociados para él a tanto dolor, que no es capaz de llegar a ellos por sí solo. Así puede tener lugar el crecimiento detenido.

En el ejemplo más simple posible, la persona que es analizada puede corregir una experiencia del pasado, o una experiencia imaginaria, reviviéndola en las condiciones simplificadas en que el dolor se vuelve tolerable, porque se lo extiende a lo largo de un cierto período, tomándolo en pequeñas dosis, por así decir, en un medio emocional controlado. Como se imaginarán, en la práctica pocas veces las cosas son tan sencillas, pero lo esencial puede describirse legítimamente de esta manera.

En un tratamiento psicoanalítico, el analista y la persona que se analiza trabajan juntos en un problema en un pie de igualdad. Esto hace que el método psicoanalítico sea aplicable al tratamiento de mucha gente que no se permitiría quedar totalmente sometida al poder de otro individuo, ni siquiera por un breve lapso, como sucede en el tratamiento mediante hipnosis, aunque con ésta podría serle más fácil al médico suprimir los síntomas. El invento de Freud, el psicoanálisis, fue más importante que un mero tratamiento, ya que su propósito primordial no era la remoción de los síntomas; tenía una finalidad científica: acercarse un poco a la verdad por la verdad misma. Sin duda, uno de los primeros efectos positivos del proceso es indirecto, y se debe a que el sujeto que se analiza comienza a sentir que los fenómenos emocionales pueden ser examinados científicamente, de modo

tal que todas las enormes lagunas que hay en su comprensión de sí mismo pasan a ser cosas aún no comprendidas, en lugar de ser fuentes de angustia e invitaciones a construir falsas teorías y filosofías.

Prontamente advertirán que una importante consecuencia de todo esto es que el psicoanálisis rescata a la lógica de la muerte en la que se estaba sumiendo rápidamente luego de su brillante comienzo. Ahora vemos qué es lo que andaba mal en la lógica, y el motivo por el cual carecía de utilidad social, siendo que tendría que haber sido capaz de volver más calculable el comportamiento humano y así fortalecer las raíces de la sociedad. Rápidamente llegó al máximo de lo que podía llegar sin tomar en cuenta lo inconsciente, la parte de la personalidad de la que el individuo no puede percatarse, y contra la conciencia de la cual debe defenderse con toda su fuerza y habilidad.

Gracias al psicoanálisis se discernen las causas de gran parte de lo que no es sano en las personas ni en la sociedad. Al mismo tiempo, el psicoanálisis permitió una mayor comprensión del desarrollo de la conciencia moral del hombre, así como de sus potencialidades constructivas o sublimatorias, concebidas como una solución de compromiso entre los impulsos instintivos y las demandas de una conciencia moral madura y personal. Esa transacción hace que el individuo pueda dominar su energía instintiva de una forma que no viole su relación con la estructura social.

Dicho sea de paso, cuando se investiga la neurosis siempre se comprueba que los bloqueos que detienen el desarrollo emocional tienen su origen en la niñez temprana. Alrededor de los 2, 3 y 4 años, cuando se viven las más intensas relaciones interpersonales, se activa la angustia más severa. La angustia lleva a crear defensas en el individuo, y son estas defensas organizadas las que se presentan como enfermedad neurótica o trastorno del carácter. En esa época, cuando el niño tiene 2, 3 o 4 años, no es aún una entidad independiente; puede decirse que su yo está en el proceso de edificar un superyó personal para el manejo y el empleo del ello (los instintos). En este período se vuelven indispensables seres humanos que lo amen y un medio estable, y el niño usa a quienes lo rodean como ideales, como individuos estrictos, durante el proceso de construcción de un superyó más personal, con sus propias ideas acerca del control y las licencias. Lo he formulado en términos psicoanalíticos; por supuesto, los términos no son esenciales, pero son símbolos útiles para la construcción teórica y el debate.

Los trastornos más y más profundos habitualmente conocidos como psicosis tienen su origen en etapas más y más tempranas de la infancia, en el período en que la personalidad aún no se ha integrado en una unidad, y cuando la capacidad de comunicarse con la realidad externa es tenue y no está todavía establecida.

Así pues, el psicoanálisis resulta ser un nuevo y fino instrumento mediante el cual los seres humanos pueden estudiarse a sí mismos y a sus relaciones interpersonales; pero sigue siendo un instrumento de investigación científica o una terapia, y su aporte nunca es directamente filosófico o religioso. Freud se esforzó en puntualizarlo, y conviene que quienes se acercan al psicoanálisis por primera vez tengan bien en claro sus limitaciones en cuanto a finalidades y aspiraciones.

Podría agregarse algo más. La gente suele preguntar si el psicoanálisis hace la vida más fácil. Es natural que sospechen de cualquier cosa que lo pretenda. Aparte de ser en sí mismo un proceso penoso, el psicoanálisis no modifica el hecho de que la vida es difícil. Lo mejor que puede suceder es que poco a poco la persona en análisis se sienta cada vez menos a merced de fuerzas desconocidas, internas o externas, y cada vez más capaz de abordar a su manera las dificultades inherentes a la naturaleza humana, al crecimiento personal y al logro gradual de una relación madura y constructiva con la sociedad.

Notas:

(1) Droga antimicrobiana introducida en 1938, y que luego fue sustituida por los antibióticos, a partir del descubrimiento de la penicilina.

P S I K O L I B R O

Biblioteca D. Winnicott

Necesidades ambientales; primeras etapas; dependencia total e independencia esencial

- 1948 -

Ya me han escuchado en varias charlas. En lo que les dije hasta ahora traté de levantar un edificio, por decir así. Creo que ese edificio (el exterior) es lo que se puede apreciar de las charlas en este momento. (quiero considerar las distintas fases del desarrollo de los niños. Estaba pensando que podríamos compararlas tomando la palabra "moral").

Para los niños que alcanzaron cierta etapa, la de ser humano íntegro, diría que la moral es una transacción. Ellos tienen su propia idea acerca de lo que está bien y lo que está mal, pero, como saben, pueden darse cuenta de que el otro tiene su punto de vista, y entonces muy a menudo se produce una transacción o solución de compromiso. Hay una etapa un poco anterior en la que la moral parece representada por la reparación de la culpa; en este sentido, la culpa es tolerable si algo se hace al respecto. Cuando llegamos a estas cosas más primitivas, la moral se ha vuelto algo tremendo y terrible. No hay transacción: es la vida o la muerte. Si alguien no logró completar algo en estas primeras etapas, nada puede hacerse; esas personas no aceptarán ninguna solución de compromiso, preferirán pasar su vida en un hospital neuropsiquiátrico que ceder. Podemos entender qué significa eso cuando tomamos casos extremos ya sean nuestros o de niños que se las arreglan para sacar la cara por algo en ciertos momentos, por su integridad, por su individualidad, por sus derechos como seres humanos individuales. De todos modos, me parece que hay algo muy feroz en la moral del bebé, y en todo lo nuestro que corresponde a la infancia y al desarrollo infantil más temprano.

Ahora quiero referirme a la introducción de la realidad externa en el bebé humano, y no quiero que me entiendan mal si digo que sé lo que pasa entre una madre y su recién nacido. Un bebé viene al mundo y sin duda suceden muchas cosas de las que no estamos hablando, pero en cierto momento comienza a interesarse en algo externo; hay un vuelco de la personalidad hacia algo del exterior. Empieza a tener hambre. Está dispuesto a aceptar algo que viene de fuera de él y no tiene idea de lo que va a ser, pero tiende una línea hacia algo, la madre. Entonces, está la madre con su pecho, y tiene algo que ofrecerle y parece tan fácil, si uno no lo pensó. El bebé ve y siente lo que hay ahí y lo estimula, y a su vez el bebé estimula al pecho y a todo lo fisiológico, y es verdadero pero no suficiente. Tenemos que advertir que aquí hay una situación muy engañosa, que me hace temblar cuando pienso cuán fácilmente interfieren los médicos y las enfermeras. Está el bebé con su capacidad de alucinar algo, y está la madre, que tiene lo que ella sabe que es bueno para el bebé pero éste aún no lo sabe, y la madre debe ingeniárselas para situarse de modo que lo que el bebé desee encontrar sea efectivamente a ella misma. En tal caso, podríamos decir que se las ingenia para darle al bebé la ilusión de que lo que él obtiene, encuentra y toma es lo que creó a partir de sus propios sentimientos, de su propio poder de alucinar. Esto, desde

luego, es una cuestión de vivencia. La madre organiza de diversas maneras su trato y su contacto con el bebé, pero el asunto sigue adelante, y en el caso corriente, la madre se ha situado muchas veces en la dirección apropiada para el bebé y éste, poco a poco, ha llegado a tener, a partir de la experiencia real, material para alucinar, y se las ingenia para ver el pezón efectivo, y experimenta los detalles del pecho, su olor y todo eso, y gradualmente, a través de un largo y penoso proceso, es capaz de imaginar en qué va a convertirse realmente. Esto es algo que se hace, y cuando se hace con éxito, le da al bebé la base de su salud mental, y es muy difícil que la pierda. Pero nunca el éxito es completo, y ahora veremos qué pasa en el caso de haber fallas.

Las palabras "ilusión" y "realidad" aparecen en los escritos de psicólogos y filósofos... Podríamos afirmar que nos hablan de algo parecido a esto, pero es probable, les decimos, que dejen fuera la base, que es esta experiencia entre la madre y el bebé en los comienzos. No se trata de un concepto teórico. Si no hay dificultades, se le debe algo a alguien; éste es el factor externo. Parecería que pudiera decirse que cierto grado de falla es muy común, y a veces una falla total.

En un nivel muy temprano se produce una escisión de la personalidad, que es uno de los sentidos de la palabra "esquizofrenia". En ese caso el niño tiene dos relaciones con la realidad externa. En una hay sometimiento, el tomar efectivo sobre la base de la sumisión; y luego hay una experiencia puramente imaginaria con una realidad imaginada. En el caso extremo, tiene lugar muy poco contacto, el niño no tiene nada para imaginar salvo lo que está en él mismo, lo que equivale a chuparse el pulgar o hacer movimientos de vaivén, algo muy empobrecido. Por otro lado, puede haber tenido lugar para un bebé un contacto real y una ilusión suficientes para edificar un mundo con mucho dentro que, según podemos reconocer, proviene de nuestra realidad compartida. Y en el caso de que esto haya pasado a constituir un rasgo importante a raíz de un derrumbe posterior, y el niño vuelve a una escisión, con frecuencia tenemos un niño en un mundo extremadamente rico, rico de cosas que conocemos, propias de nuestra realidad compartida.

En los niños se aprecian dos relaciones con la realidad externa. Una parece a veces muy satisfactoria, en el sentido de que el niño toma todo, si hablamos de comida, o, si hablamos de aprendizaje, acepta todo y se comporta bien, pero uno tiene todo el tiempo la sensación de que algo falta, y no le sorprende encontrar, más adelante, que esta relación -que no era con la realidad externa sino con el mundo interno- se derrumba. Quiero referirme a una niña que permaneció dormida tres años, que había vivido durante un largo período en este mundo y luego hizo una regresión y se retiró al suyo. Cuando uno se encuentra con un niño que se retira ya sea por unos minutos, unas semanas o años enteros, le interesa tratar de averiguar qué habrá del mundo externo que todos conocemos en su experiencia interna del mundo.

Si hablamos de Shakespeare y de la capacidad de introducirse en el propio mundo interno, vemos que el mundo interno de Shakespeare era tan rico como el mundo en que vivimos. Todo lo que nos viene de él podría haberse basado en observaciones muy agudas sobre los seres humanos del mundo real. Todo lo que él conoció y sintió se le metió adentro, y cuando pudo sacarlo, lo reconocemos y verificamos. Podemos considerarlo a Shakespeare para mantener un sentido de proporción en esto. Pero si tomamos a un músico como Beethoven también encontraremos que ahí están representadas todas las emociones y los sentimientos y las relaciones humanas, no en persona sino en términos del "vaivén" de las fuerzas de la espontaneidad, sin que aparezcan seres humanos. Si ahora contemplan las actividades de "meterse adentro" de los niños que están al cuidado de ustedes, notarán que algunos no se preocupan mucho porque tienen un rico mundo interno, relacionado con el mundo externo, y su vida es rica; pero otros tienen un mundo interno muy empobrecido, tan separado que uno reconoce en eso una enfermedad.

Tomemos dos niños, ambos preocupados. Uno de ellos no nos inquietará si sabemos que está lleno de riqueza, pero el otro sí si lo sabemos enfermo, si su preocupación carece de riqueza; si en los comienzos no hubo nadie que le diera a este niño lo suficiente como para formarse una ilusión acerca de la realidad. La realidad permaneció para él como algo que nunca podrá ser totalmente aceptado.

En otra ocasión tuve la osadía de hablar acerca de la infancia de Julieta. Ocurre que Shakespeare se tomó el trabajo de decirnos mucho sobre la infancia de Julieta ⁽¹⁾. Quizá no sea ajeno a nuestro tema. La cuestión es si se puede hablar de Shakespeare de esa manera. En el Sunday Times, Desmond McCarthy se enfadó mucho con un psicólogo por haber escrito un libro sobre Hamlet. "¿Cómo puede hablarse de la niñez de alguien que nunca vivió?" Afirmó que el motivo por el cual Shakespeare hizo que Hamlet tuviese un dilema... ¿era que la obra tenía que durar dos horas! Pero lo que yo creo es que cuando tomamos a alguien como Shakespeare, cualquier pequeño detalle de la conversación tiene algo que ver con los temas fundamentales de su obra. No creo que haya incluido el fragmento sobre la infancia de Julieta porque sabía que la primera noche iban a aparecer algunas parteras. Nos cuenta que la madre de Julieta tenía unos 13 años, y la nodriza 14, y el hijo de esta última había muerto y ella amamantó a Julieta. Así nos da a entender que la nodriza tenía mucha dulzura y conocía la diferencia entre amamantar al hijo propio y al de otro. Y Julieta tuvo dificultades semejantes a las de un hijo adoptivo. La nodriza no pudo destetarla hasta que tuvo casi tres años, después de que Julieta mantuvo una conversación espontánea con el marido de la nodriza el día anterior. La criatura había tropezado y caído, y el marido hizo unos comentarios risueños. Y cuando la destetó, no lo hizo de la forma habitual, sino de una manera indirecta, mediante el amargo áloe.

A mi parecer, Shakespeare intenta mostrarnos por qué Julieta debía tener esa división en su temperamento. El sometimiento a su madre y a todos está bien a cambio de lo otro, el romanticismo extremo, por el cual va a suceder lo imposible. Ella va a tener los máximos sentimientos amorosos con alguien que sobrevendrá, lo cual está destinado a terminar en la muerte, y de hecho por envenenamiento. Se ha hablado mucho de que el envenenamiento es una experiencia del pecho, que es bueno porque es malo. Todo esto implica que Shakespeare comprendía la necesidad de retrotraerse a la infancia para explicar la evolución posterior del tipo de vida de una persona. Pero el rico mundo interno de un individuo como Shakespeare tiende puentes entre los mundos interno y externo. Estaba describiendo a alguien que no tenía ningún puente tendido entre el mundo interno y la realidad externa.

Volviendo al asunto de los sentimientos de culpa y la reparación, les comenté qué enorme es lo que ustedes, maestros, brindan cuando se trata de reparar la culpa, al ser una persona o una configuración en la que el niño puede encontrar, con el correr del tiempo, el amor y la agresión y la culpa y la oportunidad de dar. Cuando mencionan cosas primitivas, están hablando de procesos que suceden permanentemente. Hacen mucho por un niño porque no pueden amoldarse a todos los niños. Permitirán que éste tenga algunas cosas pero no otras; pero estando ahí, confiables, les dan la oportunidad de experimentar su propio amor y odio. Ningún niño completa estas experiencias, ellas siguen en el trabajo escolar, donde los usan a ustedes para reforzar el buen comienzo que tuvieron.

Al tratar pacientes, vemos esto ilustrado numerosas veces. Ya les conté antes acerca de la paciente a quien voy a describir.

Durante un largo período no mantuvo ninguna relación conmigo a menos que yo estuviera esperándola, del otro lado de la puerta, cuando ella venía y tocaba el timbre. Yo tenía que estar ahí en ese momento, de un modo muy, muy real. Durante varios meses tuve que dejar de lado todo veinte minutos antes de su llegada, porque si lo hacía teníamos una buena sesión, pero si algo funcionaba mal, no había relación. Era una persona enferma, para ilustrar el caso extremo. Le llevó dos años a esta paciente derrumbarse y enfermar tanto como debía. Cuando acudió por primera vez, estaba aparentemente bien. Mantenía buenas relaciones con todos y todo el mundo la llamaba "mi pequeña amiga" y le decía: "Si hay alguien sano, eres tú". Y al fin, un día se derrumbó, por una enfermedad física que resultó ser producida en cierta forma por ella misma; pero todo esto llevó mucho tiempo. En los comienzos se lo había perdido. Era melliza, y la habían entregado a otra gente; así que yo debía proveerla de algo que nunca había tenido.

Un paciente o niño corriente es alguien que ha tenido una buena posición temprana, y ustedes pueden deslizarse en esa posición y reforzarla convirtiéndola en una posición creada por otras personas,

guiando, ampliando y expandiendo su crecimiento; pero si ha habido una falla de entrada tendrán que hacer un trabajo difícil, ser como médicos, y esto sería imposible.

Pregunta: *¿Es importante, entonces, quedarse en la misma escuela varios años?*

D. W. W.: Es una pregunta interesante. Uno llega a conocer a los niños, todo eso se pierde si uno se va. Siempre hay víctimas cuando un maestro se va, y un suspiro de alivio de uno o dos. Hay fases que los niños deben atravesar. Advertirán que algunos los usan en ciertos momentos con determinados propósitos. Algunos ya no los necesitan más por el momento. Creo que cuando un maestro se va, se crea un montón de trastornos; por otro lado, eso plantea todo el tema de si uno se lleva o no su clase consigo. Los adolescentes son como niños pequeños, con instintos tremendos, instintos que los arrastran, y luego esa particular necesidad de encontrar gente que refuerce lo que hay en su experiencia.

Un caso típico es un muchacho de 17 años que recientemente estaba en dificultades. Dijo en el colegio que debía ver a un psicólogo. Las autoridades del colegio se preocuparon, pero los padres me encontraron a mí. Cuando vino, el muchacho se quedó mudo y no pasó nada, así que le dije: "Nos veremos alguna otra vez". Un día, me llama por teléfono y me pregunta: "¿Puedo verlo mañana?". Yo sabía que tenía que responderle que sí. En una situación como ésa, uno o le falla al otro o hace lo correcto. Tuve que reorganizar todos mis planes, como una madre con su minúsculo bebé. Entonces el muchacho vino y tuvimos un encuentro de una hora y media sumamente rico, trabajamos muchísimo y con grandes efectos. Tomó su vida en sus manos, dejó el colegio, consiguió un trabajo en Londres para poder tener un largo tratamiento. Todo dependía de que yo hiciera todo por él en ese momento.

Hay momentos como ése, y otros en que a uno le parece estúpido renunciar a ciertas cosas para satisfacer las necesidades inmediatas del niño.

Pero si miran alrededor, se darán cuenta cuándo los niños están deprimidos... no lo pueden disimular. Si están enfermos, ustedes ya sabrán que si intentan establecer contacto con ellos, no podrán. Tienen que dejarlos que ellos mismos sientan la urgencia, y en ese caso estar disponibles.

Aunque a ustedes se los emplea para que asuman responsabilidad por los niños, mantener una relación con un niño es algo mucho más difícil. Tomemos el caso de un médico en una clínica. Es como si la comunidad tratase de averiguar si se le dará cabida para que haga eso tan difícil de ser un buen médico. Es extraño que los médicos respondan. ¿Por qué suponer que pedirán que se les dé cabida para que los llamen en medio de la noche? Tal vez piensen que de eso extraerán algo muy importante, pero si es cuestionado, renunciarán. Lo mismo pasa con las madres. No van a escoger hacer lo difícil, la responsabilidad de alimentar y criar al bebé, para luego entregárselo al Estado. Lo mismo con los maestros; no todos los maestros asisten a cursos como éste, que tornan su tarea aún más difícil. Quizás alguno pensaba que se la haría más fácil, pero en la práctica o no hay diferencia, o bien a medida que pasa el tiempo uno comprueba que está asumiendo una responsabilidad personal: la de hacer cosas, vivir experiencias con los niños que están a su cuidado; pensar cosas, arriesgar cosas que de otro modo habría soslayado o habría hecho dejándose guiar por un método práctico. Si han venido a este curso, significa que han reflexionado sobre estos temas. Si la psicología es dinámica y aporta algo, en cierto modo agrega tensiones y vuelve las cosas más difíciles. Lo arduo de la psicología es que si uno se sale de los carriles académicos y habla acerca de los sentimientos, esto no puede dejar de perturbarlo. De ahí que no sería una buena idea obligar a todos los maestros a asistir a conferencias de psicología, ya que así se reduciría la ira y el odio y la gente sería menos buena. Tampoco sería conveniente que todas las madres acudiesen a conferencias sobre la psicología de la infancia. Y si les dijiesen a todos los artistas y poetas "Deben venir a esta charla sobre psicología", se toparía con terribles sentimientos de su parte, porque los mejores artistas abominan de la psicología.

(1) En el acto 1, escena 3, de Romeo y Julieta .

Biblioteca D. Winnicott

La negativa de los niños a dormirse

- 1968 -

Es notable que Hensch, en sus Conferencias sobre las enfermedades infantiles ⁽¹⁾, no mencione el insomnio, salvo cuando se lo incluye en el pavor nocturnos. Sus observaciones, sobre todo en el campo de lo que hoy llamamos la pediatría, fueron amplias y precisas, y sólo cabe suponer que en su época (el período 1874-85) el problema físico era tan enorme -murieron en su clínica 5368 niños (70 %) de menos de dos años sobre un total de 7815, y 1420 niños (23 %) de más de dos años sobre un total de 6165 que el mero insomnio parecería trivial. Sin embargo, por lo que hoy sabemos, las perturbaciones del dormir del niño pueden provocar gran desazón tanto a los padres como a los niños.

Ahora que somos libres de examinar las dificultades y los trastornos emocionales incluso de los niños sanos o normales, podríamos estudiar con provecho las perturbaciones del dormir, incluidas las que se designan con el rótulo de "negativa a dormirse", cuando puede sostenerse con propiedad que el niño se queda despierto deliberadamente.

El problema se parece al de la negativa a ir a la escuela, en el que también hay un cierto grado de acción deliberada y voluntaria. En cada caso, desde luego, la motivación es inconsciente, y lo que determina la índole intratable del trastorno son los elementos reprimidos presentes en la configuración psicológica del niño y de sus padres.

El tema de las perturbaciones del dormir es, en su conjunto, demasiado amplio para discutirlo aquí, pero si lo limitamos a la negativa a dormirse tal vez sea posible señalar uno o dos rasgos sin hacer violencia a esa vasta cosa llamada "naturaleza humana".

La clave de las perturbaciones del dormir es la angustia. El niño tiene sueños insoportables que le hacen despertarse con alivio; o bien teme irse a dormir por la amenaza de esos sueños; o sensaciones físicas muy aterradoras acompañan el estado de somnolencia de la fase crepuscular previa al dormirse, sensaciones que en rigor son recuerdos corporales de experiencias del pasado, las que tal vez se remontan a la infancia y a fallas específicas del sostén propio de una crianza suficientemente buena; o hay problemas muy concretos en la transición de la vigilia al sueño, problemas que por lo común se resuelven mediante el uso de un objeto personal o una técnica bien conocidos (como el chuparse el pulgar, y sus elaboraciones), y que le permiten al niño sortear ese peligroso momento en el que la brecha temporal puede llenarse tan fácilmente con fenómenos alucinatorios.

Todo esto pertenece a la propia naturaleza humana, a las tareas cumplidas en el desarrollo emocional del individuo merced a la acción proactiva que tendencias heredadas a la integración y al crecimiento posibilitan gracias a una provisión ambiental suficientemente buena. Éstas son cuestiones muy

complejas, ya enunciadas de muy distintas maneras, y hay bastante acuerdo entre diversos autores en cuanto a las tendencias y los detalles principales.

Como es obvio, la excitación, localizada y general, que se asocia a las mociones instintivas contribuye para que ciertos trastornos del dormir, como la pesadilla común, se tornen agudos.

La expresión "negativa a dormirse" tal vez haga repararen una forma especial de perturbación del dormir, como la que se da (por ejemplo) cuando un niño no quiere ir a la cama, o no "trata de irse a dormir", o sólo se duerme rodeado por los ruidos de la vida hogareña o si su madre está tendida junto a él, o se despierta cuando los padres se van a la cama.

Se apreciará que en este tipo de perturbaciones están involucrados la madre o ambos progenitores, y en ciertos casos es justamente esto lo que brinda la clave para la comprensión, al menos parcial, de la etiología.

Puede decirse, aunque esta información sea de escasa utilidad, que en tales casos lo que causa el trastorno suele ser un elemento inconsciente en la actitud parental. Por ejemplo, el niño tal vez no tenga dificultad alguna en irse a dormir cuando pasa unos días con una tía. Sea como fuere, en algunos casos el principal problema es una falla de la crianza, un punto débil en eso tan complejo que es un ambiente facilitador suficientemente bueno. Un ambiente suficientemente bueno combina el uso de la fuerza con el manejo adaptativo de un modo que no sólo se amolda a cada niño según la fase en que esté en su desarrollo sino también a cada día o noche particulares. Además, los seres humanos que componen este ambiente facilitador tienen su propia vida privada, sus estados de ánimo, sus momentos de cansancio o de exasperación, sus debilidades.

Tienen sus propias dificultades, que pueden vincularse a material reprimido de sus organizaciones defensivas personales. Permítaseme dar un ejemplo extraído de mi imaginación. Estamos ante una pareja casada, con dos o tres hijos. No quieren tener más hijos, y su vida sexual ya no es tan regular como para que admitan fácilmente discutir el tema de las medidas anticonceptivas. Sea como fuere, uno u otro pueden verse presas de una activación del instinto, y las cosas pueden suceder sin dar tiempo a una protección deliberada y cuidadosa.

¡Qué conveniente puede resultar, en tal circunstancia, que uno de los hijos requiera la especial atención de los padres justo cuando éstos se disponen a estar juntos! Sin organización consciente alguna, puede ocurrir que al niño le sea asignada la función de actuar como anticonceptivo.

Esto puede tornarse penoso, pues los padres terminan distanciados, y el niño pronto dejará de disfrutar de su posición de controlador del hogar o de "controlador del mundo", o empezará a fastidiarlo. Añádase a todo esto que el insomnio nocturno origina irritabilidad durante el día y un cúmulo de síntomas secundarios.

De esto se desprende que la administración a los niños de jarabes para dormir está condenada al fracaso y no debería recurrirse a ella. Tampoco tiene sentido que el médico actúe "con mano dura", metafóricamente o no, ya que el niño no se da cuenta de lo que está haciendo, en cuanto a brindar una solución para el problema vital de los padres, del cual ni siquiera éstos son conscientes, o sólo lo son parcialmente.

No hay asimismo nada más cruel que criticar o castigar a los padres, y hasta puede ser poco sensato darles consejos. ¿Qué puede decirles el médico, salvo "Cambien su naturaleza", "Aprendan lo que aún no conocen sobre ustedes mismos", "Piensen en ustedes únicamente, aunque como saben deben tener en cuenta muchos otros factores, como la adaptación a las necesidades de cada niño y el acatamiento de las normas sociales vigentes"?

No olvidemos que el médico puede verse envuelto en dificultades de este tipo con tanta probabilidad

como sus pacientes.

Quizá lo mejor sea no hacer nada y tolerar las molestias durante un período. Sin embargo, podría decirse que lo que se necesita es una asistencia social individual, o sea la participación estructurada de un asistente social profesional a lo largo de cierto tiempo, que con la confianza que inspira trae consigo la recompensa de nuevos insights.

A partir de la experiencia y de la imaginación uno puede no sólo recomponer los casos difíciles, sino también incrementar gradualmente la conciencia en todos los interesados, con la consecuente libertad que así alcanzan los padres para hallar una forma de manejo que satisfaga, en alguna medida, todos los requerimientos, y tal vez esto baste.

A los médicos les gusta curar, pero en esta tarea quizá deban contentarse con observar la evolución personal y social.

(1) E. Henoeh, Lectores on Cjzildren´s Diseases, Londres, The New Sydenham Society, 1889, vol. 1.

Biblioteca D. Winnicott

Sobre la neurosis cardíaca en los niños 1966

Éste es un congreso de especialistas en salud física y en trastornos somáticos del corazón, principalmente la cardiopatía congénita. En esta primera sesión están ustedes examinando al niño en su familia o como receptor de otra provisión ambiental, y me alegra participar en este preciso momento, en el cual se produce una integración de los dos aspectos de la pediatría.

Las enfermedades son cosas, y siempre habrá quienes prefieran trabajar con cosas, así como siempre habrá quienes prefieran estar en contacto con personas. Algunos de nosotros pertenecemos a la primera especie, algunos a la segunda. Los niños que son nuestros pacientes necesitan por cierto que las dos especies nuestras se lleven bien entre sí, aunque a veces parte de su enfermedad radique en tratar de que nos peleemos.

Me perdonarán si les digo que en los últimos veinticinco años, aproximadamente, no me he visto envuelto en el aspecto físico de la pediatría. Sí puedo declarar que desde 1920 hasta la época de la guerra tenía plena responsabilidad médica sobre mis casos. Además, como médico de un hospital del East End de Londres, estaba a cargo de una Clínica para el Reumatismo L.C.C., que brindaba un servicio de diagnóstico y observación y donde se atendía a gran número de pacientes. Esta contribución se basará fundamentalmente en mi experiencia en esa clínica. (1)

El estudioso del crecimiento y el desarrollo humanos, o el psicólogo dinámico, o el psiquiatra de niños (como quieran llamarlo) pueden verse involucrados de diversas maneras con el pediatra que se ocupa del corazón de los niños. Los problemas más importantes, creo, giran en torno de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la convalecencia de los grupos de enfermos reumáticos que corren el riesgo de carditis.

Me remonto al pasado, a Londres entre 1920 y 1940, cuando las enfermedades reumáticas estaban muy difundidas y nos preocupaba mucho el diagnóstico temprano, que constituía nuestra única esperanza de prevenir lo que a la sazón era como una plaga: la cardiopatía reumática, con su amenaza inmediata a raíz de la miocarditis y sus secuelas (sobre todo la estenosis mitral y la consecuente fibrilación auricular). No sé si hay en Europa hoy algún lugar donde prolifere todavía la fiebre reumática. En esas dos décadas aún nos veíamos ante un trastorno corriente, con el que habían batallado Goodhart, Henoch, Cheadle y Still. Poynton y Robert Hutchison estaban en vías de pasar el mando a Bernard Slesinger y otros a quienes ustedes conocen ya sea de nombre o personalmente, y a Bonham-Carter, que está presente en este congreso.

Como es bien sabido, las enfermedades reumáticas dejaron de ser comunes a mediados de la década del treinta, y nadie ha explicado este detalle de la evolución natural de una enfermedad que hoy no se comprende mejor (creo) que en la época de Hutchison y Poynton, allá por 1920. Por tal razón, esta afección sigue siendo un campo de juego perfecto para los dos tipos de médicos, los de orientación física y los de orientación psicológica. Es preciso recordar lo difundida que entonces estaba, pues de lo contrario, ¿cómo explicar las medidas extremas que se tomaban, a comienzos de la década de 1920, para diagnosticarla en sus primeras etapas? (2)

Hutchison había sostenido que los dolores que presentaban los niños debían considerarse una prueba de afección prerreumática, con lo cual hubo una etapa de la práctica clínica en la que a gran número de niños se les hizo guardar cama o se les prohibió jugar, aunque de hecho no eran reumáticos.

En mi Clínica de Supervisión del Reumatismo L.C.C. tuve la oportunidad de observar muchos centenares de casos, haciendo su diagnóstico inicial y con un excelente servicio de seguimiento. La eficiencia de este seguimiento me permitió correr ciertos riesgos. En aquellos tiempos, fallar en la detección de un caso reumático precoz era terrible. En dicha clínica teníamos un campo de observación poco habitual, lo que puede ilustrarse con el siguiente detalle: en el mes de octubre de un año (tal vez 1932) me vi súbitamente inundado por cincuenta casos de corea, algunos de ellos nuevos, otros recurrentes (3). De este modo pude reconocer una variación estacional en la incidencia de la corea, en contraste con la ausencia de dicha variación en otras variedades de agitación. De hecho, cuando más tarde la corea se convirtió en una enfermedad poco frecuente, los otros tipos de inquietud continuaron, como siempre lo harán, pues son parte de la niñez.

En ese momento (como ahora), la inexistencia de pruebas clínicas que suministraran información concreta sobre el reumatismo y la corea obligaba a los médicos a apoyarse en su sentido clínico, lo cual fue bueno para nosotros. Quisiera recordarles que el sentido clínico no es una adivinanza sino que se adquiere poco a poco con la experiencia y se basa en: 1) una muy buena anamnesis, y 2) la posibilidad de examinar de forma directa el cuerpo del niño.

1. Anamnesis

Es en la anamnesis donde el psicoanálisis puede hacer una verdadera contribución a la pediatría y a la medicina en general. Lo cierto es que, según creo, muchos médicos reconocidos especialistas simplemente no saben cómo efectuar una historia clínica. En algunos departamentos la anamnesis es realizada incluso por un asistente, a quien quizá se le pida que tilde innumerables ítemes de modo tal que las respuestas puedan alimentar una computadora.

Dígase lo que se diga o piénsese lo que se piense del psicoanálisis, una de las cosas que sin duda enseña es que no puede registrarse ninguna historia mediante el método de preguntas y respuestas. De hecho, no es posible formarse un cuadro de la evolución natural de una enfermedad salvo mediante un procedimiento que lleva tiempo, en el cual el progenitor o el niño, o ambos, despliegan gradualmente la pauta evolutiva de organización de la personalidad en su defensa contra distintos tipos de angustia. Este es un tema muy amplio.

Lo que quiero decir sólo puede aclararse en el marco de una teoría operativa del desarrollo emocional del individuo en el ambiente que prevalece. No tengo la esperanza de brindarles aquí y ahora una versión satisfactoria de dicho desarrollo, ya que esto ni siquiera debe intentarse si no se dispone de tiempo para una exposición apropiada. Con fines prácticos, empero, puede decirse que la anamnesis se puede realizar en el curso de una o varias entrevistas con los padres, quienes

siempre han conocido al niño y, a su manera, son especialistas en esta esfera. Con habilidad y paciencia, también puede aprenderse del propio niño (a partir de los dos años y medio) lo necesario para evaluar el grado de normalidad o de enfermedad presentes en su personalidad, y calibrar su crecimiento emocional.

En rigor, el psicoanálisis es una anamnesis prolongada, y hoy es el psicoanalista quien más puede contribuir al estudio de la evolución natural de las enfermedades.

Debe admitirse que muchos de los médicos más célebres del mundo han sido deficientes en su registro de la anamnesis, y este estado de cosas continuará. Allí donde hay buenas pruebas diagnósticas, la ausencia de una buena anamnesis importa menos, sobre todo si se encuentra una enfermedad y está claramente indicada una línea de tratamiento. Sin embargo, si los tests no revelan enfermedad alguna, el médico que confía en el laboratorio se siente habitualmente perdido, pues no sabe qué hacer con los síntomas; no ha sido informado acerca de los síntomas de las personas sanas.

Diría que tal vez los médicos son incapaces de suministrar el tipo de encuadre en el cual puede surgir una anamnesis clara del caso. A fin de obtener una anamnesis clara:

- 1) el médico debe disfrutar de esta parte de su tarea, de manera tal de tener paciencia para escuchar;
- 2) debe estar libre de preconcepciones, porque el temor irracional que los padres del niño le tienen al médico hace que (temporariamente) confíen en él y traten de complacerlo, con lo cual si pueden le ofrecen lo que piensan que él espera de ellos;
- 3) debe estar libre de una actitud moralista. Sea cual fuere su propio código moral, debe disponerse a aceptar el de sus consultantes del mismo modo que acepta el color de su pelo. En esto tiene que asemejarse a un asistente social bien formado;
- 4) debe ser capaz de enfrentar la angustia sin reaccionar de forma inmediata dando dinero, consejos o algún remedio. En realidad, ésta es una cuestión de autodefensa;
- 5) debe poder reconocer cuando uno de los padres es enfermo, en especial si la madre es depresiva y tiene necesidad de que el niño sea el objeto de sus propias inquietudes hipocondríacas.

Tal vez sea provechoso que los médicos que estén muy atareados y preocupados dejen la anamnesis en manos del asistente social psiquiátrico. Si puedo hacer una sugerencia, diría que el médico especialista debe asistir (sin ser visto) a la entrevista del asistente social psiquiátrico sin participar en ella, con lo cual al menos tendrá la experiencia de la lenta evolución de la descripción del esquema familiar y del crecimiento o estancamiento de la personalidad del niño.

Lo cierto es que estos casos requieren que exista unidad en el servicio médico, pues de ningún otro modo es dable enfrentar y evaluar en su totalidad al niño o la familia. Es una triste consecuencia de los avances de la medicina moderna que no exista una confrontación personal entre el paciente y el médico como personas totales; lo que hay es una visita al médico, se encuentra un proceso mórbido, se aplica un tratamiento y se cura la enfermedad, pero nadie se encontró con nadie, ninguna persona chocó contra ninguna otra.

2. Luego, el examen físico

Suele ocurrir que el médico ni siquiera examine el cuerpo del paciente, privándose así de uno de los incentivos apropiados para la atención médica. El examen físico de todos los pacientes le brinda al médico la otra fuente de su sentido clínico, que debe estar presente si pretende convertirse en un clínico avezado.

Quisiera ahora hacer breve referencia a mi trabajo en la Clínica para el Reumatismo L.C.C., de Londres, ya mencionada, que dependía del Servicio Médico de la Facultad. Ahí aprendí muy pronto a clasificar a los pacientes en cinco categorías, y guardaba mis anotaciones en carpetas de colores para asegurarme de que cualquier error de diagnóstico se hiciera evidente.

Anaranjada: Carditis reumática, pasada o presente manifiesta, más allá de toda duda.

Rosa: Probable enfermedad reumática, aunque no se encontró una carditis bien definida.

Azul: Otras enfermedades: malformación congénita del corazón, etcétera.

Gris: Testimonios de corea en ataque agudo, sin evidencias (en el primer examen) de una carditis pasada o actual.

Verde: Casos en que el diagnóstico era decididamente NO reumático, NO coreico. En estos casos, recomendaba que no hubiese restricción alguna de la actividad y procuraba llegar a un diagnóstico alternativo.

Sucedió que alrededor del 50 % de los casos pertenecían a las carpetas verdes (no reumáticos). Muy rara vez debimos pasar algún caso de la verde a la anaranjada (cardiopatía reumática). Esto significa que en la mitad de los casos, pude decirles en seguida a los padres: "Su niño no está enfermo, ni tiene propensión a la cardiopatía". Sobre esta base, a menudo fue posible brindar alguna ayuda, cuando era necesario, acerca del tratamiento de las dificultades de la criatura. Por lo tanto, todos estos niños pudieron llevar una vida plenamente libre, y sus padres no se vieron sometidos a continuas tensiones. Debe recordarse que todos ellos padecían síntomas, como dolores, que le habían suscitado dudas a algún observador (médico, maestro, progenitor). Éste fue el diagnóstico de la mitad de los niños derivados a la clínica por considerarlos reumáticos o coreicos.

Quiero llamar la atención sobre este hecho: El diagnóstico no fue realizado sobre la base de pruebas negativas (no existían), sino de hallazgos positivos en la anamnesis, complementada por el examen físico.

Como es lógico, en cada uno de estos casos corrí un cierto riesgo, pero pude hacerlo gracias al excelente sistema de seguimiento con que contábamos.

A esta altura, sería bueno que yo hallara el modo de probar la factibilidad de este procedimiento, pero lo mejor que puedo hacer es ilustrar lo que quiero significar. Diré simplemente que las carpetas (diferenciadas por su color) siguieron ofreciendo una descripción precisa de los casos. Debido a los bombardeos aéreos y a que la plaga de reumatismo desapareció de Londres, ese trabajo nunca se transformó en un análisis estadístico, pero a los fines de la presente exposición llevé a cabo un estudio con una muestra y creo que puedo informar que el método estaba justificado.

Como resultado de este estudio fue posible observar que en la gran mayoría de los pacientes con verdadera enfermedad reumática, proclives a la carditis, la enfermedad apareció y en algún momento hubo un claro compromiso de las articulaciones, probablemente pasando de una a otra, así como hinchazón en éstas y dolor en el corazón. Dicho de otro modo, al tratar de detectar casos

precoces no servía de nada emplear términos como "prerreumático" y dejamos de usarlos, ya que implicaban hacer guardar cama a muchos niños que debían estar levantados y andando.

Tampoco con la corea tuvimos, salvo rara vez, reales dificultades. Al principio coincidían la debilidad y los movimientos de los dos miembros del mismo lado, amén del estado de ánimo lábil. Para el momento en que se practicaba el examen, normalmente ya el estado coreico era obvio y generalizado; no creo necesario volver a describirlo aquí.

La principal conclusión que debe extraerse de estas observaciones es de tipo general y se refiere a la actitud de los médicos con respecto a la enfermedad. Se comprobó que una vez que el médico sospechaba un estado prerreumático o precoreico, era probable que encontrase toda suerte de síntomas y señales, en especial soplos, hiperesfuerzo cardíaco y taquicardia, así como contracciones prematuras y pulso intermitente, ninguno de los cuales tiene nada que ver con la carditis reumática.

En este punto es posible hacer extensivo lo que he observado al tema de la cardiopatía congénita.(4)

Ejemplo

Como ilustración mencionaré el caso de una niña a la que se le había diagnosticado reumatismo como consecuencia de sus dolores y debió guardar cama por indicación de un médico que comprobó cardiopatía. Recuerdo muy bien el día en que le escribí a este colega diciéndole que su diagnóstico estaba equivocado y que yo había prescrito plena actividad para la niña.

Brevemente, mi anamnesis, recogida con cuidado, mostró que esta chica siempre había estado inquieta con respecto a sí misma, y todos sus síntomas se exageraban a raíz de una condición similar en la madre. El padre había cumplido un muy escaso papel, salvo el hecho de haberla procreado a ella y a un hermanito.

Se trataba de una niña muy talentosa y que clínicamente resultaba encantadora. Se controlaba y se presentaba de un modo ávido e interesante, de modo tal que todo el mundo simpatizaba con ella; cuando estaba internada en el hospital siempre era la Reina de la Sala. Era hija de una actriz y a temprana edad comenzó también una carrera de bailarina. Tenía además talento para el dibujo y la pintura, y una hermosa voz para cantar.

Cuando no actuaba, vale decir cuando no se dedicaba a hechizar a alguna amiga, a la enfermera o al médico, o bien a algún otro niño, se la veía deprimida, llena de temores sobre sí misma, o sufría de insomnio por sus sueños de angustia. Se esforzaba en atraer en todas partes la atención, y sin duda sufría mucho por todo esto así como por sus ideas persecutorias.

Estaba en su apogeo cuando actuaba y cuando se hallaba en plena actividad.

Naturalmente, el examen confirmó el hiperesfuerzo cardíaco, ya sea con fuertes latidos en sus momentos de excitación o con un pulso rápido y superficial, propensión a tandas de contracciones prematuras en fases o asociadas a pulso intermitente.

Lo cierto es que pude explicarlo todo sobre la base de un trastorno psiquiátrico que se remontaba a su niñez temprana, y actuando a partir de ahí diagnosticué que no era reumática. Esto significó que pudiera volver a sus clases de ballet y retomara su preparación para la escena. Como es natural, me afané por que se le hicieran reiterados exámenes por si yo hubiera errado.

Se advertirá que aquí el pediatra formuló un diagnóstico psiquiátrico positivo que sirvió de base a un diagnóstico negativo en el plano físico.

Mi ansiedad, así como el afecto que le cobré a la niña y a su familia, hicieron que me mantuviese al tanto de su suerte. La vi bailar toda clase de danzas, actuar y cantar; en suma, asistí a su éxito y luego a su fracaso, al que estaba predestinada. La fijación que tenía con su madre, que padecía una afección similar, la hacía perderse lo mejor de cada nuevo logro. De hecho, en todos los momentos críticos de su carrera su madre se enfermó, y la chica tenía que dejar todo y atenderla. Después de un tiempo nadie quiso darle más empleo debido al imperio que ejercía su madre sobre ella.

Sus angustias depresivas siguieron impulsándola y persiguiéndola. Seguí sus malsanos amoríos con actores o administradores y con sus profesores de danza, sus diversos abortos y su temor de contraer enfermedades venéreas. Hubo un intento de suicidio y a la larga se casó, en medio de una gran teatralidad pero sin amor, con un hombre bastante mayor que ella, que estaba en buena posición económica y se atrevió a lidiar con la suegra. Sobrevinieron entonces trastornos psicósomáticos asociados a sus inhibiciones sexuales. Cuando su madre falleció, padeció una depresión clínica. Finalmente terminó siendo una inválida. No pareció afectarla mucho la muerte de su marido, y lo último que supe de ella fue que se había aferrado a un hermano que, a su vez, estaba convirtiendo en un caso psicósomático. Ambos vivían en el mundo marginal del teatro, siempre con la esperanza de conseguir algún empleo mañana pero gastando el dinero que el caritativo marido le había legado a ella.

En esta ocasión el seguimiento llevó tres décadas y confirmó totalmente el diagnóstico psiquiátrico original, tanto en su lado positivo como en su lado negativo en lo que respecta al reumatismo y la cardiopatía. Un caso no es prueba de nada, pero tal vez pueda servir como ilustración de lo expuesto.

Resumen

El elemento esencial de mi comunicación es que el aporte de la psiquiatría en materia diagnóstica es definido y positivo, y si es posible explicar la sintomatología en términos de un trastorno de la personalidad el médico debe afirmar claramente: "Este niño no es reumático ni coreico, y no hay necesidad de someterlo a cuidados especiales por su propensión a la cardiopatía". Un seguimiento cuidadoso puede permitir tratar los casos en que haya superposición simplemente porque el trastorno de personalidad es común y ubicuo, y allí donde la enfermedad reumática también sea corriente habrá por fuerza niños afectados de ambas enfermedades.

Nota Final

No he hecho formulaciones positivas sobre la enfermedad reumática o la corea porque ya describí todo lo que sé al respecto en mi libro *Clinical Notes on Disorders of Childhood*, Londres, Heinemann, 1931. Véase también mi trabajo "The Psychology of Juvenile Rheumatism", en Ronald G. Gordon (comp.), *A Survey of Child Psychiatry*, Londres, Oxford University Press, 1939.

(1) Annual Report of the London Council County L.C.C.I, Senior Medical Office. vol. 111. 1928. British Paediatric Association Annual Meeting, Malvern, 1931.

(2) Véase Robert Hutchison, Lectures on Diseases of Children, Londres, Arnold, 1904 (7a. ed., 1936).

(3) Hoy sería fácil encontrar pediatras no sólo que no hayan visto cincuenta casos de corea sino tal vez ni siquiera diez.
D. W. W.

(4) Oradores posteriores se refrieron al hecho de cuando la población fue alertada sobre el tema de la cardiopatía congénita, aparecieron en la clínica casos en que los padres acudían preocupados por la posibilidad de una enfermedad del corazón y se preparaba el terreno para una forma de neurosis cardíaca. D. W. W.

P S I K O L I B R O

Biblioteca D. Winnicott

Los niños en la guerra

- 1940 -

PARA COMPRENDER el efecto que la guerra ejerce sobre los niños, primero es necesario saber qué capacidad tienen aquellos para comprender la guerra y sus causas, y también las razones mediante las cuales justificamos nuestra lucha. Desde luego, lo que resulta válido para un grupo de una edad no lo es para otro. Esto puede parecer bastante obvio, pero es importante y trataré de expresar lo que ello implica.

Otro elemento significativo es la variación entre un niño y otro, aparte de las diferencias de edad. También esto es algo que me propongo describir.

Variaciones según la edad del grupo.

Los niños muy pequeños resultan sólo indirectamente afectados por la guerra. El ruido de los cañones rara vez perturba su sueño. Los peores efectos se refieren a la separación con respecto a ambientes y olores familiares, y quizás de la madre, y a la pérdida de contacto con el padre, cosas que a menudo es imposible evitar. Con todo, puede ocurrir que tengan más contacto con el cuerpo de la madre del que se produciría en circunstancias ordinarias, y a veces descubren cómo se siente la madre cuando tiene miedo.

Muy pronto, sin embargo, los niños comienzan a pensar y a hablar en términos de guerra. En lugar de charlar en términos de los cuentos de hadas que se le ha leído y repetido, el niño utiliza el vocabulario de los adultos que lo rodean, y tiene la mente llena de aeroplanos, bombas y cráteres.

El niño de más edad abandona la etapa de las ideas y los sentimientos violentos, y entra en un período de espera con respecto a la vida, un período que constituye un paraíso para la maestra, ya que por lo común, un niño entre los 5 y los 11 años anhela que se le enseñe y se le diga lo que se acepta como correcto y bueno. En este período, como se sabe, la violencia real de la guerra puede resultarle muy desagradable, si bien en la misma época la agresión aparece regularmente en el juego y en la fantasía con colorido romántico. Muchos nunca superan esta etapa del desarrollo emocional, y el resultado puede ser inocuo e incluso llevar a una actuación altamente exitosa. La guerra real, sin embargo, perturba gravemente la vida de los adultos que han quedado en esa etapa, y ello induce a quienes tienen a su cargo niños que están en este período de "latencia" del desarrollo emocional, a seleccionar y aprovechar el aspecto no violento de la guerra. Una maestra ha encontrado una manera de hacer esto utilizando las noticias de guerra en la clase de geografía: esta ciudad del Canadá resulta interesante a causa de la

evacuación, aquél país es importante porque tiene petróleo o buenos puertos, esta nación puede tornarse importante la semana próxima porque cultiva trigo o provee manganeso. El aspecto violento de la guerra no se acentúa.

A esta edad un niño no comprende la idea de una lucha por la libertad, y sin duda cabe esperar que vea una considerable dosis de virtud en lo que un régimen fascista o nazi afirma proporcionar, un régimen en el que un individuo idealizado controla y dirige. Esto es lo que ocurre dentro de la propia naturaleza del niño a esa edad, y no sería raro que sintiera que libertad significa licencia.

En la mayoría de las escuelas se tendería a acentuar el Imperio, las partes pintadas de rojo en los mapas del mundo, y no resulta fácil explicar por qué no se debe permitir que los niños en el período de latencia del desarrollo emocional idealicen (ya que no pueden dejar de idealizar) su propio país y nacionalidad.

Un niño de 8 ó 9 años seguramente jugará a "ingleses y alemanes", como una variación sobre el tema "vigilantes y ladrones", u "Oxford y Cambridge". Algunos niños manifiestan una cierta preferencia por uno u otro bando, pero eso puede cambiar de día en día, y a muchos no les importa mayormente. Se llega luego a una edad en la que, si se trata de jugar a "ingleses y alemanes" el niño preferirá identificarse con su propio país. La maestra sensata no demuestra apuro por llegar a esto,

Considerar el caso del niño de 12 años o más es un asunto complejo, debido a los profundos efectos que tiene la demora de la pubertad. Como ya dije, muchas personas conservan parcialmente las cualidades correspondientes al llamado período de latencia, o regresan a esas cualidades luego de un intento furtivo por lograr un desarrollo más maduro. En esos casos, se puede decir que rigen los mismos principios que para el niño en verdadera latencia, excepto que los toleramos cada vez con mayor desconfianza. Por ejemplo, si bien es normal que un chico de 9 años prefiera ser controlado y dirigido por una autoridad idealizada, ello resulta menos sano si el niño tiene 14 años. A menudo es posible ver un anhelo definido y consciente por el régimen nazi o fascista en un niño que se demora en el borde, temeroso de lanzarse a la pubertad, y es evidente que ese anhelo debe ser tratado con simpatía, o bien ignorado con simpatía, incluso por parte de aquellos cuyo criterio más maduro en cuestiones políticas les hace ver con disgusto toda admiración por un dictador. En cierto número de casos, esta pauta se establece como una alternativa permanente de la pubertad.

Al fin de cuentas, el régimen autoritario no ha surgido de la nada; en cierto sentido, es una forma de vida bien reconocida y practicada por grupos que ya no tienen edad para ella. Cuando pretende ser madura debe soportar toda la prueba de realidad, y esto pone de manifiesto el hecho de que la idealización implícita en la idea autoritaria constituye por sí misma una indicación de algo no ideal, algo que debe temerse como un poder que controla y dirige. El observador puede percibir la mala influencia de ese poder, pero el joven devoto probablemente sólo sabe que está dispuesto a seguir ciegamente a su líder idealizado.

Los niños que se acercan a la pubertad y enfrentan las nuevas ideas correspondientes a ese período, que encuentran una nueva capacidad para disfrutar de la responsabilidad personal, y que están comenzando a manejar un mayor potencial para la destrucción y la construcción, pueden encontrar cierta ayuda en la guerra y en las noticias de guerra. La cuestión es que los adultos son más honestos en épocas de guerra que en tiempos de paz. Incluso quienes no pueden reconocer su responsabilidad personal por esta guerra, en general demuestran que pueden odiar y luchar. Hasta The Times está lleno de relatos de los que es posible disfrutar como de una fascinante historia de aventuras. La B.B.C. tiende a relacionar la "caza de burros" con el desayuno, la cena y el té del piloto, y los bombardeos a Berlín reciben el nombre de picnics, aunque cada uno de ellos produce muerte y destrucción. En la guerra todos somos tan malos y tan buenos como el adolescente en sus sueños, y eso le da seguridad. Como grupo adulto, podemos recuperar la salud mental, luego de un período de guerra, y el adolescente, como individuo, puede tomarse algún día capaz de dedicarse a las artes de la paz, aunque para ese entonces ya no es un adolescente.

Puede esperarse, por lo tanto, que el adolescente disfrute de los boletines de guerra que redactan los adultos, y que puede recibir o rechazar según le plazca. Puede odiarlos, pero ya entonces sabe qué es lo que nos causa a todos tanta ansiedad, y eso alivia su conciencia cuando descubre que él mismo tiene la capacidad de disfrutar de las guerras y la crueldad que surgen en su fantasía. Algo similar a esto podría decirse con respecto a las adolescentes, y es necesario elaborar las diferencias entre niños y niñas en este sentido.

Variaciones según el diagnóstico.

Resulta extraño utilizar la palabra diagnóstico para describir a niños presumiblemente normales, pero resulta un término conveniente para señalar el hecho de que los niños difieren enormemente entre sí, y que las diferencias según el diagnóstico de tipos caracterológicos pueden ser totalmente opuestas a las que revela la clasificación según la edad.

Ya indiqué esto al señalar la enorme tolerancia que es necesario tener frente a un adolescente de 14 años, según que se haya zambullido o no en los peligros de la pubertad, o se haya apartado de ellos para regresar a la posición más segura, aunque menos interesante, del período de latencia. Aquí llegamos a la línea limítrofe de la enfermedad psicológica.

Sin tratar de distinguir entre salud y enfermedad, es posible decir que los niños pueden agruparse según la tendencia o dificultad particular con la que estén conteniendo. Un caso evidente sería el del niño con una tendencia antisocial para quien la guerra tiende a convertirse, cualquiera sea su edad, en algo esperado, algo que él extraña si no se produce. De hecho, las ideas de tales niños son tan terribles que no se atreven a pensarlas, y las manejan mediante actuaciones que son menos crueles que los sueños. Para ellos, la alternativa consiste en oír hablar de las terribles aventuras de otra gente. Para ellos el cuento de terror es un somnífero, y lo mismo puede decirse de las noticias de guerra si son suficientemente espeluznantes.

A otro grupo pertenece el niño tímido, que desarrolla fácilmente una tendencia pasivo-masoquista, o que padece de una tendencia a sentirse perseguido. Creo que a ese niño le preocupan las noticias de guerra y la idea de la guerra, en gran parte debido a su idea fija de que los buenos siempre pierden. Se siente derrotista. En sus sueños, el enemigo derrota a sus compatriotas o, de cualquier manera, la lucha es inacabable, sin victoria para ningún bando, e implica siempre más y más crueldad y destrucción.

En otro grupo encontramos al niño sobre cuyos hombros parece descansar el peso del mundo, el niño que tiende a deprimirse. De este grupo surgen los individuos capaces del más valioso esfuerzo constructivo, sea bajo la forma de protección a niños, más pequeños o de producción de algo valioso en una u otra forma del arte. Para esos niños la idea de la guerra es espantosa, pero ya la han experimentado en sí mismos. No hay esperanza, ni desesperación, que les resulte nueva. Se preocupan por la guerra tal como se preocupan por la separación de sus padres o la enfermedad de su abuela. Sienten que deberían estar en condiciones de solucionarlo todo. Supongo que para esos niños las noticias de guerra son terribles cuando son realmente malas, y jubilosas cuando proporcionan seguridad. Con todo, habrá momentos en que la desesperación o el júbilo concernientes a sus asuntos internos se manifiesten a través del estado de ánimo, cualquiera sea la situación en el mundo real. Pienso que estos chicos sufren más a causa de la variabilidad en el estado de ánimo de los adultos que por los altibajos de la guerra misma.

Sería una tarea demasiado vasta enumerar aquí todos los tipos caracterológicos, y además innecesaria puesto que lo dicho basta para mostrar que el diagnóstico del niño afecta al problema de la presentación de noticias de guerra en las escuelas.

El trasfondo para las noticias.

De lo dicho quizás resulte evidente que, al considerar este problema, debemos saber tanto como sea posible sobre las ideas y sentimientos que el niño ya posee naturalmente, es decir, el terreno sobre el que caerán las noticias de guerra. Por desgracia, ello complica las cosas considerablemente, pero nada puede alterar el hecho de que la complejidad existe.

Todos saben que al niño le preocupa un mundo personal, consciente sólo en un grado limitado, y que requiere una considerable dosis de manejo. El niño tiene sus propias guerras personales, y si su comportamiento exterior está en conformidad con las normas civilizadas, ello sólo se debe a un esfuerzo enorme y constante. Quienes lo olvidan se desconciertan ante los casos en que esa superestructura civilizada se derrumba, y ante las reacciones inesperadamente feroces provocadas por hechos muy simples.

A veces se cree que los niños no pensarían en la guerra si no se les hablara de ella. Pero quien se tome la molestia de averiguar que es lo que ocurre bajo la superficie de una mente infantil descubrirá por sí mismo que el niño ya sabe mucho sobre la codicia, el odio y la crueldad, así como sobre el amor y el remordimiento, la urgencia de reparar, y la tristeza.

Los niños pequeños comprenden muy bien las palabras "bueno" y "malo", y no tiene sentido decir que para ellos esas ideas sólo existen en la fantasía, ya que su mundo imaginario puede parecerles más real que el exterior. Debo aclarar que me refiero a la fantasía en gran parte inconsciente, y no a los ensueños diurnos o la invención de historias manejada conscientemente.

Sólo es posible llegar a comprender las reacciones de los niños ante la difusión de las noticias de guerra estudiando en primer lugar, o por lo menos teniendo en cuenta, el mundo interior inmensamente rico de cada niño, que constituye el trasfondo para todo lo que incide sobre él desde la realidad externa. A medida que el niño madura, se toma cada vez más capaz de distinguir la realidad externa o compartida de su propia realidad interna, y de permitir que una enriquezca a la otra.

Sólo cuando el maestro conoce realmente la personalidad del niño está en condiciones de hacer el mejor uso posible de la guerra y las noticias de guerra en la educación. Puesto que, en la práctica, el maestro puede conocer al niño sólo en un grado limitado, sería una buena idea permitir que los niños hagan otras cosas -leer o jugar al dominó- o que se alejen completamente cuando se difundan las noticias de guerra por la B.B.C.

Me parece, por lo tanto, que esos boletines nos proporcionan una útil oportunidad de estudiar un enorme problema, y quizás nuestra primera tarea consista precisamente en comprender y reconocer su vastedad. Sin duda, el tema es digno de estudio pues, como muchos otros, nos lleva mucho más allá del proceso educativo diario, y llega hasta los orígenes de la guerra misma y a los aspectos fundamentales del desarrollo emocional del ser humano.



P S I K O L I B R O

Biblioteca D. Winnicott

El niño evacuado (1945)

PARECE QUE HUBIERA transcurrido muy largo tiempo desde la primera evacuación, y cabe suponer que los problemas agudos vinculados con ella se han resuelto por sí solos en la mayor parte de los casos. Pero quiero recordarles algunas de nuestras experiencias y referirme sobre todo a los padres circunstanciales.

No sería raro que una muy necesaria comprensión del cuidado infantil llegara a difundirse como consecuencia de lo que esa gente ha vivido. Casi todos los hogares de Gran Bretaña se vieron afectados por la evacuación, y sin duda toda mujer ha tenido su propia historia de evacuación que resume su experiencia y su punto de vista con respecto a este asunto. Me parece que sería de lamentar que toda esa experiencia se desperdiciara. Me referiré principalmente a quienes lograron mantener a sus pequeños evacuados durante algunos años, porque pienso que ustedes son quienes más pueden beneficiarse con cualquier intento por poner en palabras lo que han estado haciendo.

Supongo que cuando las cosas anduvieron bien, ustedes pensaron que habían sido afortunados en cuanto al niño que les tocó. El niño o la niña tenía una cierta medida de confianza en la gente. Ustedes contaron con buen material; es imposible tener éxito en esta tarea si el niño no colabora porque es demasiado enfermo, demasiado inestable mentalmente, o demasiado inseguro como para encontrar algo bueno en lo que ustedes tienen para ofrecer.

Se les envió un niño que ya se había iniciado satisfactoriamente en su desarrollo emocional. Eso ocurrió antes de que ustedes lo recibieran en su casa y, si lo han tenido con ustedes durante un largo período, significa que permitieron que el desarrollo de su personalidad continuara, tal como permitieron que su cuerpo siguiera creciendo al proporcionarle alimento.

El cuidado corporal de un niño es algo muy importante. Mantener a un niño sano y libre de enfermedad física, es algo que necesita vigilancia constante, y en el curso de un largo período de evacuación debe haber habido ocasiones en que ustedes tuvieron que asumir responsabilidad por alguna enfermedad corporal, cosa que resulta mucho más difícil de hacer cuando no se trata de un hijo propio. Ustedes cuidaron del cuerpo del niño; pero la evacuación hizo comprender a muchos que eso es sólo una parte de algo más vasto: el cuidado del niño íntegro, del niño íntegro que es un ser humano con una constante necesidad de amor y de comprensión. La cuestión es que ustedes han hecho tanto más que proporcionar alimento, ropa y calor.

Pero ni siquiera esto bastaba. El niño venía de un hogar, y ustedes lo recibieron en su hogar. Y el hogar parece estar por detrás de la idea de amor. Es posible que alguien ame a un niño y, no obstante, fracase, porque el niño no tiene la sensación de estar en un hogar. Creo que lo importante aquí es que, si uno hace un hogar para un niño, le proporciona un pequeño fragmento del mundo que el niño puede comprender y en el que puede crear,

en los momentos en que falta amor. Pues a veces falta amor, por lo menos superficialmente. Hay ocasiones, cada tanto, en que el niño irrita, hace enojar, y se gana una palabra colérica, y es por lo menos igualmente cierto que los adultos, incluso los mejores, están a veces de mal humor e irritables, y que a veces durante un buen rato no puede confiarse en ellos para que manejen una situación con espíritu de justicia. Si existe una sensación de hogar, la relación entre un niño y los adultos puede sobrevivir a largos períodos de equívocos. De modo que puedo suponer que si han conservado a un niño evacuado durante largo tiempo, significa que lo han instalado en un hogar, lo cual es algo muy distinto de dejarlo estar en una casa, y el niño ha respondido y ha usado ese hogar como tal. El niño llegó a creer en ustedes, y gradualmente pudo colocar en ustedes parte de sus sentimientos hacia la madre, de modo que, en cierto sentido, se convirtieron temporariamente en la madre del niño. Para lograr eso, deben haber encontrado alguna manera de manejar la muy difícil relación con la madre real, y habría que otorgar algo así como la Medalla Jorge a los padres y a los progenitores circunstanciales que lograron entenderse, e incluso establecer una amistad frente a tantas causas posibles para una mutua mala interpretación.

Y ahora, qué decir del niño que se vio tan repentinamente desarraigado; aparentemente expulsado de su propio hogar y alojado entre extraños. No es sorprendente que necesitara una comprensión especial.

Al principio, cuando se alejaba a los niños de las zonas de peligro, por lo común los acompañaba una maestra que ya los conocía bien. Esa maestra constituía un lazo con la ciudad natal, y en la mayoría de los casos se estableció un vínculo entre los niños y la maestra mucho más fuerte que el que suele existir en la relación maestra-alumno corriente. Es casi imposible pensar en el primer proyecto de evacuación sin la colaboración de esas maestras, pero todavía no se ha escrito la historia completa de esos intensos y, en cierto sentido, trágicos días de evacuación.

Tarde o temprano todo niño tenía que aceptar los hechos, aceptar que estaba lejos del hogar y solo. Lo que ocurría en ese momento dependía de la edad del niño, así como de la clase de criatura que fuera, y de la clase de hogar de donde provenía, pero en esencia todos debían enfrentar el mismo problema: aceptaban el nuevo hogar, o bien se aferraban a la idea de su propio hogar y trataban a su nueva ubicación como un lugar donde debían permanecer durante unas vacaciones bastante prolongadas.

Muchos niños aceptaron la situación y parecieron no presentar ningún problema, pero quizá sea posible aprender más de las dificultades que de los éxitos fáciles. Por ejemplo, diría que el niño que se adaptó de inmediato, y que nunca pareció preocuparse por su hogar, no había necesariamente resuelto bien las cosas. Podría muy bien tratarse de una aceptación nada natural de las nuevas condiciones, y en algunos casos esa falta de nostalgia demostró finalmente ser una trampa y una ilusión. Es tan natural que un niño sienta que su propio hogar es mejor y que lo que cocina su propia madre es lo único digno de comerse. La mayor parte de las veces, ustedes comprobaron que el niño a su cuidado necesitaba un largo tiempo, quizás muy largo, para adaptarse. Sugiero que esto era deseable. Se necesitaba tiempo. El niño permaneció francamente ansioso con respecto a su hogar y a sus padres, y sin duda tenía buenos motivos para estarlo, ya que el peligro para el hogar era real y bien conocido, y a medida que las historias de bombardeos comenzaron a circular, los motivos de preocupación aumentaron. Los niños procedentes de áreas bombardeadas no se conducían exactamente igual que los de la localidad, ni intervenían en todos los juegos; tendían a mantenerse aparte, a vivir de las cartas y los paquetes que llegaban del hogar, y de las visitas ocasionales, visitas que a menudo provocaban tantos trastornos que los padres circunstanciales deseaban muchas veces que no fueran tan frecuentes. Las cosas no eran tan agradables cuando los chicos se comportaban en esta forma, se negaban a comer, y estaban taciturnos casi todo el tiempo, soñando con volver a su hogar y compartir los peligros de sus padres, en lugar de disfrutar de los beneficios de la vida en el campo. En realidad todo esto no era malsano, pero para comprenderlo debemos ahondar nuestro análisis. La preocupación real por las bombas no era todo.

Un niño tiene sólo una capacidad limitada para mantener viva la idea de alguien amado cuando no tiene oportunidad para ver y hablar a esa persona, y en ello radica la verdadera dificultad.

Durante algunos días o semanas todo anda bien, y luego el niño descubre que ya no puede sentir que su madre

es real, o bien conserva la idea de que su padre, o sus hermanos, sufrirán algún daño. Esta es la idea que tiene en la mente. También tiene toda clase de sueños relativos a luchas terroríficas que revelan los intensos conflictos de su mente. Y peor aún, después de un tiempo puede descubrir que ya no tiene sentimientos intensos de ningún tipo. Toda su vida ha tenido intensos sentimientos de amor, y ha llegado a confiar en ellos, a darlos por sentados, a sentirse sostenido por ellos.

De pronto, en tierra desconocida, se encuentra sin el apoyo de ningún sentimiento intenso, y eso lo aterroriza. No sabe que se recuperará si puede esperar. Quizás haya algún osito, una muñeca o alguna ropa rescatada del hogar, hacia el cual pueda seguir experimentando algunos sentimientos, y entonces ese objeto adquiere tremenda importancia para él.

Esa amenaza de perder los sentimientos, que surge para los niños alejados durante mucho tiempo de todo lo que aman, conduce a menudo a peleas. Los niños comienzan a buscar dificultades, y cuando alguien se enoja sienten un genuino alivio; pero ese alivio no es duradero. Durante la evacuación, los niños han tenido que pasar por estos angustiosos períodos de duda e incertidumbre, imposibilitados de regresar al hogar, y debe recordarse que no estaban pupilos en una escuela y regresaban a su casa para las vacaciones. Debían encontrar un nuevo hogar lejos del hogar.

Ustedes, como custodios de los niños, debieron hacer frente a toda clase de síntomas de esa angustia, incluyendo algunos muy conocidos como mojarse en la cama, dolores y malestares de uno u otro tipo, irritaciones de la piel, hábitos desagradables, incluso el de golpearse la cabeza, cualquier cosa que permitiera al niño recuperar su sentido de la realidad. Si uno reconoce la angustia que subyace a esos síntomas, puede comprender cuan inútil resulta castigar a un niño por ellos; siempre es mejor ayudarlo demostrándole amor y una comprensión imaginativa.

Fue sin duda entonces cuando ese niño evacuado pudo dirigir su mirada hacia ustedes y su hogar, que por lo menos era real para él.

Sin' ustedes, como sabemos por todos los fracasos, hubiera regresado a su hogar a enfrentar un peligro real, o bien su desarrollo mental se hubiera trastornado y distorsionado, con muchas probabilidades de sufrir alteraciones serias. Fue entonces cuando ustedes le hicieron un gran favor.

Hasta ese momento el niño había estado tratando de conocerlos, acostumbrándose a la nueva casa, comiendo la comida que ustedes le daban. Ahora acudía a ustedes en busca de amor y de la sensación de ser amado. En esa nueva posición frente al niño, ustedes eran no sólo las únicas personas que hacían algo por él, sino que también estaban allí para comprenderlo y ayudarlo a mantener vivo el recuerdo de su propia familia. También estaban allí para recibir sus intentos de dar algo a cambio de lo que estaba recibiendo, y eran necesarios para proteger al niño en esa relación atemorizante con el mundo bastante extraño que lo rodeaba allí y en la escuela, donde los otros chicos no eran siempre demasiado cordiales. Supongo que tarde o temprano adquirió la confianza necesaria en el hogar, y en la forma en que ustedes lo llevaban, como para poder darlo por sentado y luego, por fin, sentirse un miembro de la familia, un niño de la aldea al igual que los otros, que incluso usaba el dialecto local. Muchos llegaron incluso a enriquecerse con esas experiencias, pero ello se produjo como una culminación de una compleja serie de acontecimientos, y en la que, más de una vez, podría haberse producido un fracaso.

Y aquí están ustedes ahora, con un niño a su cuidado que ha utilizado lo mejor que ustedes pudieron darle, y deberían saber que todos reconocen que lo que ustedes han hecho no fue simple ni fácil, sino el resultado de un cuidadoso proceso. ¿Carece esto de otro valor aparte del bien hecho a un niño? Sin duda algo valioso que puede obtenerse de la evacuación (cosa muy trágica en sí misma) es que todos los que han logrado conservar un niño evacuado han llegado a comprender las dificultades, así como las recompensas, inherentes al cuidado de hijos ajenos, y pueden ayudar ahora a quienes están haciendo lo mismo. Siempre hubo niños destituidos, y siempre ha habido padres adoptivos que hicieron el tipo de trabajo que ustedes han estado realizando, y con gran eficacia. Cuando se trata del cuidado total de un niño, la experiencia es lo único que cuenta, y si cada uno

de ustedes ha podido, mediante su éxito con un niño evacuado, convertirse en un vecino comprensivo de un padre adoptivo en el período de posguerra, creo que la tarea de todos ustedes no habrá concluido cuando esos niños evacuados regresen a sus verdaderos hogares.

[_____]

P S I K O L I B R O

Biblioteca D. Winnicott

Los niños y sus madres

1940

[Escrito para The New Era in Home and School, 1940]

En una carta de una funcionaria pública que ha hecho mucho por los niños pequeños leo esto: "... después de quince años de experiencia, me he convencido de que para los niños de 2 a 5 años, las guarderías atendidas por maestros bien capacitados (y por un número suficiente de ellos) son mucho mejores para el niño que estar con su madre (...) estos niños necesitan cuidado y compañía de los 2 a los 5 años, y la mayoría de las madres tal vez les den demasiado de una de esas cosas o de ambas..." ¿Será cierto esto?

El tema de la relación entre los niños y sus madres no puede ser estudiado bien de cerca, y los problemas vinculados a la evacuación pueden volverse útiles si nos obligan a realizar un estudio más a fondo.

Es un tema vasto, pero hay ciertas cosas que se destacan con claridad, y una de ellas es que cuanto menor sea la edad del niño más peligroso es separarlo de su madre.

Hay dos maneras de enunciar esto, que en un principio parecen muy diferentes entre sí. Una es que cuanto menor es el niño, menos capaz es de mantener viva dentro de él la idea de que es una persona; vale decir, a menos que vea a esa persona o tenga una evidencia tangible de su existencia en un lapso de x minutos, horas o días, dicha persona estará muerta para él.

Un niño de 18 meses era capaz de tolerar la ausencia de su padre gracias a que podía tener consigo una postal que aquél le había enviado y en la que le había escrito algunos signos familiares, y llorar con la postal cuando se iba a dormir. Pocos meses antes no habría sido capaz siquiera de esto, y si su padre hubiese vuelto, para él habría sido como si hubiese resucitado de entre los muertos.

La otra manera de expresar esto no tiene nada que ver con la edad, sino con la depresión. Las personas deprimidas de cualquier edad tienen dificultades para mantener viva la idea de aquellos a quienes quieren, incluso aunque vivan en el mismo cuarto. Es innecesario tratar de conectar aquí estas dos maneras diferentes de expresar lo mismo.

Padres no instruidos saben reconocer intuitivamente la importancia de estas cualidades humanas y otras semejantes, y sin embargo las autoridades responsables de cosas tan importantes como la evacuación de niños no es raro que las pasen por alto.

Un padre común de clase obrera escribe:

"Le contesto, en nombre de mi esposa, a su carta del 4 de diciembre. Ella fue evacuada a Carpenders Park con John (de 5 años) y su hermano menor, Philip. Dice que John parece estar bastante contento y sano.

"Los veo todos los fines de semana, y John me pareció también estar perfectamente contento hasta hace poco. Pero ahora insiste en ver a su abuela, o sea, a mi madre. Ella fue evacuada a Dorset, aunque tal vez vuelva pronto. Le he prometido a John que, siempre y cuando ella vuelva, la va a ver..."

Transcribo a continuación unas anotaciones correspondientes a una consulta hospitalaria del 12 de diciembre, en cuyo transcurso aparece la opinión manifestada por una madre común de clase obrera, que vive en Londres.

Tony Banks: 4 años y medio.

La señora Banks trajo a Tony y a su hermana Anne, de 3 años, y se mostró contenta de que yo estuviese dispuesto a compartir con ella la responsabilidad de las decisiones que debía tomar, pese a que el hospital estuviese cerrado. En la actualidad, la principal decisión se refiere a la evacuación. Ella y sus dos niños se marcharon a Northampton cuando estalló la guerra. Se sentían desdichados en el pequeño alojamiento, donde debían dormir todos en la misma cama. Estaban allí tan cerca de la ciudad como en su propia casa, y sentían que tenían que sufrir todas las desventajas de la evacuación sin ninguna de sus ventajas. Después de un par de semanas se mudaron a otro alojamiento que resultó muy satisfactorio, salvo que Tony comparte la cama con su madre. Anne tiene una cuna. Cuando el padre los visita, duerme en la cama con su esposa y con su hijo.

La familia Banks es muy feliz. El padre quiere mucho a los niños y ellos lo quieren a él. El tuvo una niñez feliz también, siendo el hijo único de una madre muy cariñosa. La señora Banks tenía cinco hermanos y su infancia fue feliz excepto por el hecho de que su padre era muy estricto. Piensa que jamás conoció realmente la felicidad hasta casarse, momento a partir del cual se dedicó por entero a su esposo e hijos.

Opina la señora Banks que este período de su vida es ese período importante en que los niños son pequeños y responden tanto a cada uno de los detalles de un buen manejo en su crianza. Su problema, pues, es tratar de evitar el tener que perder lo que a su entender es lo mejor de la vida, por temor a algo que tal vez no suceda nunca. Piensa que sería lógico ausentarse de Londres por unos meses, pero no por tres años. Ella y su marido se necesitan doblemente, tanto en lo sexual como en lo amistoso, y el señor Banks los visita todos los fines de semana, por más que de este modo sólo le queda una pequeña proporción de su sueldo para sus propios gastos; no bebe ni fuma, y piensa que no está en mala situación económica. La señora Banks sostiene que él debe ir a verlos una vez por semana porque ellos son pequeños y si él se ausenta por más tiempo ellos se inquietan, o lo que es peor, lo olvidan. Una vez que el padre debió tomar el tren apurado Tony dijo: "Papá no me mimó bastante antes de irse", y se quedó sollozando sin consuelo. También el señor Banks se siente molesto si no ve a su familia regularmente.

Los chicos hacen tantas preguntas...: "¿Dónde está la abuelita?" (la madre de la madre), "¿Dónde la tía?", de modo tal que ella decidió volver con ellos una semana y llevarlos a ver a sus parientes. Esto funcionó bastante bien, pero ella piensa que si hubiera dejado pasar más tiempo los chicos se

habrían desconcertado, y les hubiera resultado imposible volver a entablar contacto en forma satisfactoria. Por un pedido especial regresarán todos al alojamiento para Navidad, aunque ella cree que poco después de Navidad, tras sopesar bien las cosas, decidirá volver a la casa. Obviamente, el alojamiento es casi ideal, pero la señora Banks dice que por más que sea casi ideal no es lo mismo que la propia casa.

Cuando le pregunté por Tony y el hecho de que durmiera en la misma cama con ambos cuando el padre los visita, en primer lugar ella me dijo que el niño está siempre dormido y por lo tanto nunca es testigo de nada. Afirma que prueba primero, le habla y confirma que está profundamente dormido. Más adelante me confesó que una vez él se despertó -quizás su padre lo golpeó sin querer- y le preguntó: "¿Mami, por qué papá se sacude para arriba y para abajo?", a lo cual ella le contestó "Oh, es que se está frotando las piernas porque tiene mucho frío", y él volvió a dormirse. Pero durante el día siguiente formuló gran cantidad de preguntas, principalmente sobre la guerra real. Le dice a su hermanita: "¡Silencio!, debes quedarte quieta ahora, van a dar las noticias" e insiste en escuchar las noticias y le inquiere a su madre sobre los puntos que no comprende. Por ejemplo, si un barco se hunde, ¿cómo hacen los telegrafistas para enterarse de que se está hundiendo? ¿No se hunde el telegrafista junto con el barco? Por supuesto, este interés por las noticias tiene que ver con el hecho de que diariamente se entera de la muerte de personas, y sin duda la madre estaba en lo cierto al vincular su interés por las noticias con su interés por el acto sexual, que se ve obligado a tomar en cuenta, por lo menos en su fantasía, y tal vez conscientemente.

Pese a su avanzado desarrollo intelectual se muestra incapaz de vestirse: no puede abrocharse los botones traseros de su pantaloncito ni los de sus zapatos; tampoco puede abrir la tapa del inodoro. Asimismo, come con mucha lentitud, tanto en lo que respecta a llevarse la comida a la boca como al completamiento del acto de la masticación. Es uno de esos chicos que retienen el alimento en la boca, masticándolo y masticándolo sin cesar; a veces la madre debe sacarle de la boca un pedazo de carne que ha estado masticando durante una hora o más.

Tony y su hermana lo pasan bien juntos y no quieren ni oír hablar de que los separen. Si los dejan totalmente solos se pelean; sus juegos son imaginativos pero tienden a vincularse con las cuestiones del momento, como las ambulancias y los refugios para protegerse contra las incursiones aéreas. Juegan a la mamá y al médico, y reconstruyen escenas de familias que toman el té; el juego preferido de Tony, que él disfruta interminablemente, es el de los médicos y enfermeras.

El padre se ha impuesto la obligación de liberar a la madre de los chicos los domingos, y es un convite que todos esperan con anhelo. Se muestra bondadoso con ellos, los lleva a caminar -a todos les gusta más que pasear en ómnibus- y les pregunta dónde quieren ir o qué quieren conocer; a todas luces se siente cómodo con los niños.

Este chico ha venido a mi consultorio en el hospital desde que tenía tres años. Estaba bien hasta que nació su hermana, cuando él tenía 18 meses; a partir de entonces se puso violentamente celoso, en especial cuando su madre le daba de mamar a la beba. En esas circunstancias se abalanzaba contra su madre, le tiraba de la falda y trataba que le diera el pecho a él, o bien se plantaba furioso cuando cambiaba los pañales a la beba o le preparaba la cuna. Sus celos hacia la nueva niña poco a poco se fueron convirtiendo en amor y en placer de jugar con ella. Cuando tuvo dos años, Tony sufrió un ataque de diarrea. El segundo acontecimiento importante de su vida fue la difteria, cuando tenía alrededor de 3 años. Poco después se notó que desarrollaba la ya mencionada inhibición para comer, que persistió hasta la fecha, aunque de bebé fue lindo y comilón. Apareció en él una propensión a una clara depresión. La asistente social señaló que mientras era bebé se lo había atendido mucho, aunque no en forma anormal, y que cuando nació la niña su padre se hizo cargo de él en tanto que su madre se encariñó más con la nueva criatura. En la

actualidad, Tony tiene buena salud física.

El daño que provoca la separación de un niño de su madre es ilustrado por el siguiente historial clínico:

Eddie, de 21 meses, es el primero y único hijo de unos padres comunes, inteligentes; el padre es comerciante y la madre fue música profesional hasta casarse.

A los 18 meses Eddie durmió por primera vez en el mismo cuarto con sus padres, mientras estaban de vacaciones. No quería dormirse si su madre no le hacía mimos. Lo levantaban a las 10 y lloriqueaba, pero se dormía con bastante facilidad. En diversos momentos de esas vacaciones tuvo que ser mimado por su excesiva excitación, que hacía que no se durmiera por su cuenta. Esto se señaló como inusual en su caso, y se lo atribuyó al hecho de que tenía a su padre, a quien quería mucho, todo el día para él. En esta etapa no había nunca dificultad para tranquilizarlo, y lo único que se señala es que necesitaba ser tranquilizado.

Después de estas vacaciones la familia volvió al hogar pero una semana más tarde estalló la guerra, de modo que Eddie se fue junto con su madre a lo de la madre de ésta, mientras el padre se quedaba solo. Allí Eddie durmió en la misma habitación que su madre. En esta etapa comenzó a necesitar mayores cuidados; en apariencia, lo perturbaba el disloque de la vida de sus progenitores, no obstante lo cual siempre podía ser confortado. Diez días más tarde, se consideró que ya había conocido lo bastante a su abuela como para quedarse con ella, mientras la mamá volvía a la casa para ocuparse del marido; pero por uno u otro motivo, la madre permaneció con éste un mes. Entonces le escribieron diciéndole que el chico se mostraba enfermizo, vagamente indispuerto, que estaba cortando dientes. La madre volvió y lo encontró con fiebre y dolor en las encías. Eddie está cortando sus últimos cuatro dientes de leche. A la madre le intrigó que estuviera tan molesto por la aparición de los dientes, ya que en el pasado nunca lo había estado cuando le salieron. Pero lo que más la conmovió fue que al llegar ella, el niño no la reconoció. Fue afligente para la criatura y un verdadero golpe para ella, pero esperó pacientemente y a la mañana siguiente se vio recompensada: el niño pudo reconocerla. También había mejorado notablemente su estado físico y pudo dormir bien; asimismo, disfrutó charlando mucho a su modo con la madre. Aparentemente, su estado cambió desde el momento en que pudo reconocerla, así que era difícil pensar que hubiese padecido en verdad una enfermedad puramente física. Tres o cuatro días más tarde estaba lo más bien y contento, y viajó a la casa. Al arribar allí, no pudo al principio ocupar su cuarto porque lo estaba usando un amigo de la familia, de modo tal que debió dormir con los padres. Reconoció al padre de inmediato y supo dónde se encontraba, se puso a buscar sus viejos escondites y a pegar chillidos de júbilo y placer. Estaba muy contento de estar en casa, y la primera noche durmió bien. La segunda noche no durmió tan bien, y esta dificultad para dormir fue incrementándose hasta convertirse en un síntoma serio. Después de una semana pudo volver a su cuarto, que tanto le gusta, y durante las tres noches siguientes durmió mejor, pero luego la dificultad para dormir comenzó nuevamente. La gravedad del síntoma hizo que a la postre la madre resolviera traérmelo.

El chico se levantaba y se ponía a gritar durante cuatro horas seguidas; en sus gritos pasaba de la rabia al terror, y del terror a la desesperación. La madre, una mujer cariñosa y sensata, se dio cuenta de que algo debía hacer, ya que evidentemente no se trataba de una cuestión de mal genio. La única forma que encontró fue acunarlo hasta que se durmiese, pero aun cuando se hubiera dormido profundamente, si ella se levantaba para salir de la habitación, el niño siempre se despertaba antes de que llegase a la puerta. De nada valía emplear con él el rigor ni darle explicaciones en cuanto a que todo estaba bien. Resuelta a no dejarse ganar por él, la madre puso a prueba su propia firmeza contra la de la criatura, con el resultado de que ambos quedaron agotados, y cuando se recobraron la situación no había mejorado en nada. Si ella se negaba a ceder a sus gritos y se iba, él empezaba a pedir por el padre, una vez perdidas las esperanzas de que ella lo atendiese. Después de escucharlo gritar media hora seguida ella entraba en el cuarto y

lo hallaba en un estado lamentable, enrojecido y cubierto de lágrimas y además sin haber podido contener las heces. Seguía lloriqueando hasta que ella lo tomaba entre sus brazos, donde se dormía finalmente, exhausto. Pero una o dos horas después la pugna se reiniciaba.

Llamaron a un médico clínico, dijo que le estaban saliendo los dientes y aconsejó aspirina.

Durante tres noches se calmó pero luego el drama empezó de vuelta, peor que antes. Ahora bien, en todo este tiempo al niño se lo veía contento durante el día; no se portaba mal, se mostraba cariñoso y obediente, y podía jugar solo o con su mamá y su papá. La madre llegó a una solución de compromiso permitiéndole que durmiera en su cochecito en el cuarto de los padres. Esto era como darle permiso para quedarse allí pero sin que ello significase una estada permanente. A esta altura la madre se hallaba en un estado de gran incertidumbre, necesitada de ayuda. Declaró: "No siempre puedo ser firme con él, aunque debiera serlo, porque los vecinos del departamento de arriba se han quejado mucho de su llanto". Era urgente aclarar este problema porque un mes más tarde la familia debía mudarse a una casa de los suburbios, en cuyo caso el niño no sólo iba a perder la guardería conocida sino además a la empleada doméstica, que lo entendía muy bien pero que en esta etapa ya era incapaz de provocar en él un estado anímico que le permitiese a su madre salir del cuarto cuando estaba dormido. La madre confesó estar desesperada; sentía que todo lo que le había enseñado al niño se había volado como llevado por el viento. Si le daba una palmada en la cabeza repitiéndole: ";Qué chico malo!", él se daba una palmada a su vez, como si le quisiera decir a su madre que todo eso ya lo conocía y que no necesitaba seguir insistiendo. Además, se había habituado a hacer rechinar sus dientes.

El examen mostró que Eddie no pudo hacer frente fácilmente al reencuentro con su madre a raíz de que durante el lapso en que estuvieron separados la había odiado, y ni su presencia ni su sonrisa le daban la seguridad de que ella iba a permanecer viva y a quererlo a pesar del odio que él le tenía.

Que este trastorno se resolviese con la ayuda profesional no modifica el hecho de que el niño no pudo recobrase con facilidad del trauma que le causara la separación de la madre.

Sin olvidar en absoluto el daño físico que pueden causar las incursiones aéreas a los niños, y sin subestimar el perjuicio que puede provocarles ver a los adultos con miedo o asistir a la destrucción material, sería útil reiterar algo muy conocido: que no son sólo motivos de comodidad y conveniencia los que hablan en favor de la unidad familiar. Hay algo más: de hecho, la unidad de la familia le ofrece al niño una seguridad sin la cual no puede realmente vivir, y en el caso de un niño pequeño la falta de ella no puede dejar de interferir en su desarrollo emocional ni de empobrecer su personalidad y su carácter.

Biblioteca D. Winnicott

La juventud no dormirá

1964

Escrito para New Society, 1964

"Desearía que no hubiese edad intermedia entre los 16 y 23 años o que la juventud durmiera hasta hartarse, porque nada hay entre esas edades como no sea dejar embarazadas a las chicas, agraviar a los ancianos, robar y pelear."

Cuento de invierno

Esta cita pertinente apareció hace poco en The Times, incluida en una correspondencia por lo demás necia sobre el tema de los jóvenes pandilleros. La situación actual es realmente peligrosa, y el peor resultado a que podría llevar la actual tendencia de los adolescentes a practicar la violencia en grupos sería empezar un movimiento comparable a la fase inicial del régimen nazi, cuando Hitler resolvió de la noche a la mañana el problema de los adolescentes ofreciéndoles el papel de superyó de la comunidad. Fue una solución falsa, como se advierte al echar una mirada retrospectiva, pero que resolvió de manera temporaria un problema social que presentaba algunas semejanzas con nuestro problema actual.

Todos preguntan cuál es la solución. Personas importantes proponen varias respuestas alternativas, pero lo cierto es que no hay solución alguna, salvo que cada adolescente de uno u otro sexo crezca y madure con el tiempo hasta hacerse adulto (a menos que esté enfermo). Quienes no comprenden - como lo hizo Shakespeare- que aquí interviene el factor tiempo, reaccionan de un modo nocivo. En verdad, la mayor parte de la alharaca proviene de individuos incapaces de tolerar la idea de dejar que el tiempo resuelva el problema, en vez de recurrir a una acción inmediata.

Si aprehendemos la situación en su totalidad notaremos que, por supuesto, hay factores favorables. El que infunde más esperanzas es la capacidad de la inmensa mayoría de los adolescentes para tolerar su propia posición de "no saber hacia dónde ir". Esos jóvenes idean toda clase de actividades interinas para hacer frente al aquí y ahora, mientras cada uno aguarda el momento en que adquirirá el sentido de existir como una unidad; para que esto suceda, es preciso que el proceso de socialización se haya desarrollado suficientemente bien durante la niñez y en esa fase que a veces se denomina "período de latencia". Si observamos cómo juegan los niños a "¡Yo soy el rey del castillo, tú eres el sucio bribón!", percibiremos que convertirse en un individuo y disfrutar la experiencia de la autonomía plena es de por sí un acto violento.

La publicidad dada a todo acto de vandalismo cometido por pandillas se explica porque, en realidad, el público no quiere enterarse (por vía oral o escrita) de las actividades emprendidas por adolescentes que carezcan de una predisposición antisocial. Es más: cuando sucede un milagro, como lo fueron los Beatles, algunos adultos dan un respingo, cuando podrían suspirar aliviados... si no envidiaran a los jóvenes en esta época en que se privilegia la adolescencia.

Vale la pena señalar un titular aparecido en The Observer el 24 de mayo [de 1964]: "Mantienen a raya a roqueros" (1). Es una sobria explicación de cómo funciona la autoridad, con los dos fenómenos -la policía que "sostiene" ["holding"] y la sociedad que contiene- inherentes a la eterna dialéctica de los individuos que crecen en una sociedad de adultos que han logrado identificarse con ella por las buenas o por las malas. (A veces este logro es precario y depende de la existencia de un subgrupo social.)

El hecho de que exista un elemento positivo en la actuación antisocial puede ayudarnos mucho en nuestro examen del elemento antisocial, actual en algunos adolescentes y potencial en casi todos. Este elemento positivo pertenece a la historia personal completa del individuo antisocial. Cuando la actuación es muy compulsiva, se relaciona con una falla ambiental experimentada por el individuo. Así como en el robo (si tenemos en cuenta el inconsciente) hay un momento en que el individuo abraza la esperanza de saltar hacia atrás, por encima de una brecha, y alcanzar algo que le reclama a un padre con pleno derecho, del mismo modo en la violencia hay un intento de reactivar un sostén firme, perdido por el individuo en una etapa de dependencia infantil. Sin ese sostén firme un niño es incapaz de descubrir los impulsos, y los únicos impulsos disponibles para el autocontrol y la socialización son los que se descubren y asimilan.

Cuando una pandilla empieza a cometer actos de violencia a causa de las actividades compulsivas de algunos muchachos y chicas verdaderamente deprivados, siempre existe en los otros adolescentes leales al grupo la violencia potencial en espera de esa edad que Shakespeare (en el pasaje citado) fijó en los 23 años. Hoy en día, desearíamos más bien que "la juventud durmiese" desde los 12 años hasta los 20, y no desde los 16 hasta los 23, pero la juventud no dormirá. La tarea permanente de la sociedad, con respecto a los jóvenes, es sostenerlos y contenerlos, evitando a la vez la solución falsa y esa indignación moral nacida de la envidia del vigor y la frescura juveniles. El potencial infinito es el bienpreciado y fugaz de la juventud; provoca la envidia del adulto, que está descubriendo en su propia vida las limitaciones de la realidad.

O bien digamos, para citar una vez más a Shakespeare, que algunos no tienen "juventud ni vejez, sino una especie de letargo de sobremesa que con ambas sueña" (Medida por medida).

(1) En el original: "Rockers Held". "Held" es el participio pasado del verbo inglés to hold que significa indistintamente "asir, contener, retener, sostener, detener, mantener a raya"; de ahí el comentario del autor.

Biblioteca D. Winnicott

Nota sobre la normalidad y la angustia (1931)

Si comprobamos el peso de un gran número de niños resulta fácil calcular cuál es el peso medio de los niños de una edad determinada. De la misma manera podemos hallar la media de las mediciones del desarrollo; y la función de un test de normalidad es permitir la comparación de los parámetros de un niño con aquellas medias. Estas comparaciones nos dan una información muy interesante, pero existe una posible complicación que puede echar a perder los cálculos. Se trata de una complicación a la que no suele hacerse referencia en la literatura pediátrica.

Si bien, desde un punto de vista puramente físico, toda alteración de la salud puede considerarse anormal, no por ello se debe decir que todo decaimiento físico causado por conflictos y tensiones emocionales es necesariamente anormal. Este punto de vista, un tanto sorprendente, necesita una aclaración.

Recurriendo a un ejemplo bastante simple, podemos citar la gran frecuencia con que el niño de dos o tres años se muestra perturbado ante el nacimiento de un hermanito o hermanita. A medida que el embarazo de la madre progresa, o en el momento del nacimiento, el niño, que hasta ese momento ha sido robusto y no ha tenido motivo alguno de aflicción, empieza a dar muestras de tristeza, su semblante empalidece, pierde peso y presenta otros síntomas, tales como la enuresis, el mal genio, enfermedad, constipación o congestión nasal. Si apareciera en ese momento una enfermedad física -por ejemplo, un ataque de neumonía, tos ferina, gastroenteritis-, es posible que la convalecencia se prolongue más de lo debido.

La pequeña Joan, de dos años y cinco meses, era hija única hasta hace trece meses, en que nació su hermanito.

Joan había gozado de perfecta salud hasta entonces. Empezó a mostrarse muy celosa, perdió el apetito y por consiguiente, adelgazó. Cuando se le permitió permanecer una semana sin forzarla a comer, no comió prácticamente nada, por lo que perdió más peso aún. Desde entonces no ha cambiado, es muy irritable y su madre no puede dejarla sola sin causarle un ataque de angustia. No quiere hablar con nadie y por la noche se despierta dando gritos, en ocasiones hasta cuatro veces en una misma noche, sin que esté claro el material onírico presente (quiere su gatito, etcétera).

Tiene la costumbre de pellizcar e incluso morder al bebé y no le permite jugar con nada. Tampoco le permite a nadie hablar de él, frunce el entrecejo y acaba por interrumpir la conversación. Cuando le llevaron a un centro asistencial, su carácter taciturno se agudizó y adquirió el hábito de morderse a sí misma, a falta de otra persona a quien morder. De manera que después de tres días hubo que llevarla nuevamente a su hogar.

Le dan miedo los animales.

Si ve al pequeño sentado en el orinal, empieza a hacer esfuerzos hasta que se pone mala. Si le dan chocolate, lo

conserva en la boca hasta que, al llegar a casa, lo escupe.

Prefiere constantemente los hombres a las mujeres.

Los padres son personas excepcionalmente agradables y el pequeño es una criatura perfectamente sana y adorable.

Ahora bien, de no haber nacido el hermanito, con todo lo que ello entraña para un niño, Joan hubiese seguido gozando de excelente salud, pero, en cierta medida, el valor de su personalidad se hubiese visto disminuido debido al hecho de no haber vivido una experiencia real a una edad apropiada. Semejante caso justifica la afirmación de que para un niño puede ser mas normal estar enfermo que gozar de buena salud.

Un médico que no comprenda los procesos que se ocultan bajo tales síntomas hará su diagnóstico y tratará la enfermedad como si la misma obedeciese a causas físicas. En cambio, un médico que entienda algo de psicología adivinará la causa oculta de la enfermedad y tomará las medidas pertinentes para aliviarla. Por ejemplo, dará instrucciones a los padres en el sentido de que no deben tratar al niño de modo distinto al nacer el nuevo hijo, ni deben mandarlo a pasar una temporada en casa de algún pariente; tal vez les aconseje que permitan al pequeño tener algún animalito doméstico. Como medida profiláctica recomendaré a los padres que contesten sin temor a todas las preguntas que sus hijos les hagan sobre de dónde vienen los bebés, y que procuren evitar la ansiedad en su comportamiento.

Cabe ir más allá y afirmar que un médico que esté aún más versado en psicología se contentará con dar una serie de sucintos consejos sin hacer nada más, limitándose a un papel de simple amigo. En efecto, este médico se da cuenta de que las frustraciones, los desengaños, la pérdida de algo que amamos, unidos a la comprobación de la debilidad y falta de importancia personales, forman una parte significativa de la educación del niño; además, no cabe ninguna duda de que uno de los más importantes objetivos de la educación estriba en colocar al niño en una situación desde la que puede gobernar su vida sin ayuda. Es más, las fuerzas que determinan el comportamiento, tanto de los padres como del niño, están tan ocultas, tienen raíces tan profundas en el inconsciente, que los intentos que se hagan para modificar los acontecimientos recurriendo al intelecto se parecen al acto de grabar las iniciales en los pilares de una catedral: poco es lo que se consigue salvo reflejar la vanidad del artista.

Como ilustración de que «es normal estar enfermo, se ha tomado un ejemplo palmario, que seguramente conocerá todo médico que cuente entre sus pacientes con niños de edades comprendidas entre el nacimiento y la edad escolar. Sin embargo, esta situación emocional particular ocurre sólo con relativa frecuencia, mientras que todo niño experimenta situaciones emocionales, similares o incluso más agudas tanto internas como externas que debe superar, para lo cual se ve forzado a descubrir el medio de enfrentarse a ellas, alterándolas o tolerándolas. Cuando estas situaciones no se presentan en la realidad, las imaginarias ocupan su lugar (a decir verdad, éstas suelen ser más poderosas) y no es necesariamente el niño normal el que vive los primeros años de su vida sin mostrar la existencia de conflictos emocionales en la dilación de su desarrollo físico y el deterioro de su salud.

Este aspecto de la formación de síntomas permite al observador vislumbrar cuál es la causa de un gran número de dolencias infantiles, y en todo trabajo sobre pediatría clínica es necesario hacer frecuentes referencias al papel desempeñado por la angustia. Semejante explicación de las desviaciones de la normalidad presenta la ventaja de no quebrantar ningún principio biológico. Si la enuresis se explica como un trastorno de la pituitaria o de la tiroides queda sin explicar en cambio por qué estas glándulas resultan tan afectadas de esta manera tan a menudo. Si los vómitos cíclicos se explican desde el mero punto de vista bioquímico, debemos formularnos esta pregunta: ¿por que se rompe tan fácilmente el equilibrio bioquímico, cuando todo tiende a la estabilidad de los tejidos animales? Lo mismo puede decirse de la teoría toxémica del cansancio, de la teoría glaciopénica del nerviosismo y de la teoría según la cual el tartamudeo se debe a la falta de control sobre la respiración.

Todas estas teorías nos llevan a un callejón sin salida.

La teoría que, para explicar estos síntomas, concede al conflicto emocional su debido respeto no sólo es susceptible de demostración en los casos individuales sino que, además, resulta biológicamente satisfactoria. Estos síntomas son típicamente humanos y la gran diferencia entre el ser humano y los demás mamíferos tal vez sea el intento que aquél hace para que los instintos le sirvan en vez de regirle. En tal intento, mucho más complicado en el caso del ser humano, hay que buscar la causa de las enfermedades comunes en el hombre y prácticamente desconocidas en los animales.

Si el desarrollo normal conduce a menudo al trastorno de la salud física, resulta claro que magnitudes anormales de conflicto inconsciente pueden causar trastornos físicos aún más severos.

A pesar de que se admita que la falta de salud puede ser normal, resulta legítimo, desde otro punto de vista, utilizar el trastorno de la salud física como criterio de falta de salud psicológica y, afirmar que en el caso de una perturbación física tal que, directa o indirectamente, deteriore la salud más que temporalmente o hasta ponga en peligro la vida, las dificultades del niño adquieren intensidad patológica.

Al mismo tiempo, al médico que tenga a su cuidado un niño cuya mala salud obedezca a un difícil desarrollo emocional, debemos recordarle que tiene que estar constantemente alerta por si aparecen enfermedades físicas, no sólo porque la enfermedad física -por ejemplo, encefalitis, corea, etcétera-, puede coexistir con la angustia, e incluso provocarla, sino también porque la debilidad prolongada debida a causas emocionales predispone indudablemente a ciertas enfermedades, tales como tuberculosis y neumonía, ya que produce una disminución de las defensas del paciente. Por esta razón la medicina clínica es complicada, pero en la primera infancia cabe la posibilidad de desenredar una serie de complicaciones que en el caso de un adulto resultarían irremediabilmente complejas.

Angustia

La angustia es normal en la infancia. Podríamos citar la vida de casi cualquier niño como ejemplo de angustia en alguna de sus fases.

Caso

Una madre entró en mi consultorio del hospital con un niño de dos meses en brazos y una niña de dos años a su lado. La pequeña parecía asustada y en voz alta dijo:

-No va a degollarle, ¿verdad?

Tenía miedo de que yo degollase al pequeño. Éste presentaba una úlcera en el paladar blando y en una visita anterior yo le había dicho a la madre que no le diese el chupete, ya que el constante roce del mismo era causa evidente de que la úlcera no sanase. Sucedió que la madre ya había tratado de quitarle a la pequeña el hábito del chupete, por el que sentía gran afición, y una vez la había amenazado con las siguientes palabras:

¡Te voy a degollar si no dejas eso!

Así, pues, la pequeña sacó una conclusión lógica: que yo debía de sentir grandes deseos de degollar al bebé. Hay que tener en cuenta que se trataba de una niña normal y que los padres, aunque pobres e incultos, eran personas corrientes y amables.

Mi actitud visiblemente amistosa consiguió tranquilizarla durante un rato, pero a la larga sus temores volvieron

a manifestarse:

-No va a degollarle, ¿verdad?

-No, pero te degollará a ti si no te estás quieta -contestó la exasperada madre.

Este nuevo cariz de la situación emocional no pareció afectar a la pequeña, pero al cabo de medio minuto dijo que quería “hacer pis” y tuvieron que llevarla al lavabo a toda prisa.

Este episodio puede utilizarse como ejemplo de la angustia cotidiana propia de la infancia.

A primera vista observamos el sentimiento de amor hacia el hermanito, el deseo de que no sufra ningún daño y una petición de seguridad a la madre. Arraigado a un nivel más profundo se halla el deseo de hacer daño, fruto de unos celos inconscientes, acompañado por el temor a recibir un daño de forma parecida, temor que a nivel consciente se ve representada por la angustia. La última observación hecha por la madre produjo una angustia más profunda que no se manifestó mediante un cambio mental inmediato y visible, sino que lo hizo por medio de un síntoma físico: la apremiante necesidad de orinar. El siguiente caso, que es un ejemplo representativo de muchos otros, ilustra la irrupción de la angustia sin causa obvia:

Lilian, de dos años y seis meses, me es traída para que la vea, porque hace un mes se despertó gritando, y desde entonces ha estado muy nerviosa. Es hija única.

Nació de parto normal y natural y fue amamantada hasta los cuatro meses, momento en que, debido a que la madre padecía un absceso en la mama, empezaron a alimentarla con el biberón. A partir de entonces la niña parecía tener una salud aún mejor, ya que había sido un tanto huraña durante el período de amamantamiento. Se ha desarrollado normalmente y puede decirse que ha sido una criatura satisfecha. Dormía tan profundamente en su cuna junto al lecho de sus padres, que éstos se congratulaban de ello. Sus relaciones con los padres habían sido siempre inmejorables. Entonces, súbitamente, sin que el medio ambiente hubiese sufrido ningún cambio visible, la pequeña se despertó un día a las seis de la mañana, aterrorizada, y dijo:

-No hay bicicletas en esta habitación.

Desde entonces ha sido una niña diferente. Por la noche necesita tener bajos los barrotes de un lado de la cuna, para estar cerca de su madre; a decir verdad, en varias ocasiones han tenido que trasladarla al lecho de los padres porque tenía mucho miedo. De día está asustada todo el tiempo, no quiere separarse de su madre y la sigue a todas partes, incluso cuando baja a la cocina a buscar agua. En vez de ser la criatura satisfecha de antes, ahora se cansa pronto de las cosas, y pierde interés por cuantos juguetes le dan. Su apetito, que ahora vuelve a ser bueno, fue muy escaso durante unos días. Se muestra invariablemente nerviosa e ingobernable. No hay signos físicos de enfermedad. La defecación y la micción siguen normales.

Es durante el período comprendido entre uno y cinco años de edad cuando se establecen las bases de la salud mental. Y es igualmente en este mismo período donde se encuentra el núcleo de la psiconeurosis.

En el curso del psicoanálisis puede demostrarse la importancia que tienen para todo individuo los sentimientos de los primeros años, hecho que -como mostraron Freud y otros- es ilustrado por todas las formas de arte, el folklore y las religiones.

El conocimiento de estos detalles referentes a deseos y conflictos ocultos en el inconsciente es poco aplicable, al menos directamente, con fines clínicos, salvo en el tratamiento psicoanalítico propiamente dicho. Pero con frecuencia es importante comprender la intensidad de los conflictos y tensiones emocionales incluso cuando se

trata de un caso cuyo desarrollo emocional es normal, ya que esta comprensión nos permite tener en cuenta que la mala salud física y el comportamiento anormal pueden provenir de la angustia.

Cuando el pequeño alcanza los cuatro o cinco años de edad, se produce una pérdida de intensidad de los deseos y temores asociados con la posición del niño en relación con sus padres o sustitutos, deseos y temores que vuelven a reavivarse durante la pubertad.

A los diez u once años el niño empieza un nuevo desarrollo emocional, con arreglo a la pauta de desarrollo emocional establecida en la primera infancia, pero acompañado esta vez por el desarrollo físico de los órganos genitales, así como por el poder, que se presenta con el paso de los años, para ejecutar en la realidad lo que como niño sólo podía hacer en el juego y la fantasía.

Los pediatras, maestros y sacerdotes tienen grandes oportunidades para observar si los niños triunfan o fracasan en esta primera justa, pero quien no esté dispuesto a reconocer la importancia de las fuerzas presentes, no logrará comprender las manifestaciones del fracaso en alcanzar este ideal, sea en la salud, el aprendizaje o la moral.

El siguiente ejemplo ilustra un tipo de caso corriente en el que los síntomas son aparentemente el resultado de las alteraciones del ambiente:

Verónica fue una niña normal y sana hasta que, al año y cinco meses de edad, su madre estuvo internada durante un mes en un hospital. Hace ya un mes que la madre ha regresado al hogar, pero me trae a la niña porque no está bien, come muy poco, vomita después de comer y está nerviosa.

Mientras la madre permanecía en el hospital, una amiga, soltera y de cuarenta y tres años, cuidó de la pequeña. Parecía tratarse de una mujer corriente, pero, por lo visto, su forma de tratar a la niña tenía ciertos matices de crueldad. Así, por ejemplo, colocaba una correa sobre la mesa a guisa de constante amenaza dirigida a la pequeña. La correa era para utilizarla en caso de que la niña no comiese. Los vecinos cuentan cómo chillaba la niña, negándose a comer en reacción a la aparente pérdida de su madre. No obstante, la mujer que la cuidaba también sentía afecto por la pequeña. Mientras permaneció con esta mujer, Verónica se convirtió en una niña nerviosa. Por ejemplo, su padre observó que la niña parecía tenerle miedo, cosa que nunca había sucedido antes. Cuando la madre, al regresar del hospital, trató de reparar el daño sufrido por la niña durante su ausencia, sólo lo consiguió parcialmente. Transcurrió algún tiempo antes de que la pequeña acudiese a su padre sin temor, y volviese a jugar sola y satisfecha (se trata de un hijo única, pues otra había muerto unos años antes).

Pero, junto con la falta de apetito, motivo por el que me la han traído, existen también ciertas dificultades en la defecación y la micción. Mientras que antes la micción era normal, ahora ha aumentado tanto su urgencia y frecuencia de día como la enuresis. Asimismo, su constipación se ha agudizado.

En la segunda visita la madre me dice que la niña sufre dolor al orinar y que lleva tres días negándose a defecar. La orina es normal y no está infectada.

La madre me explica además que cualquier intento de lavarla la región perineal es acogido con muestras de terror, debido a que la otra mujer solía introducir un dedo en el ano de la pequeña con el fin de estimular la defecación. Añadió que no se atrevía ni a enseñarle el tarro de la vaselina.

Antes el sueño de la pequeña era normal, pero ahora se despierta a menudo y grita llamando a su madre.

No obstante, tal como demuestra el siguiente ejemplo, un trauma real no produce forzosamente efectos perjudiciales sino que éstos tienen origen en el trauma correspondiente a un castigo que ya ha sido fantaseado.

P S I K O L I B R O

Helen, de un año y tres meses, me es traída porque tose. Observo que tiene una cicatriz en la parte anterior del cuello y me cuentan la siguiente historia:

Cuando la niña contaba poco más de un año, su hermano, de dos años de edad, aprovechó una distracción de la madre para calentar un atizador y clavarlo en el cuello de la pequeña, justo debajo del cartílago tiroideo. Lo hizo simplemente por despecho. Se trata de un niño bastante alegre e inteligente, aunque capaz de responder a las amenazas de su madre con un «¡cállate! ».

La pequeña no lloró mucho. La llevaron a la enfermería, donde estuvo seis semanas.

No parece que la niña haya resultado muy afectada por estas experiencias. No hay ningún síntoma que pueda relacionarse con el incidente. Da la sensación de ser una criatura feliz y sana y no da muestras de angustia desmedida cuando su mismo hermano le arrebatara algún juguete de la mano, o cuando trata de provocarla de alguna otra manera mientras yo converso con la madre.

Lo que sucedió en este caso es que el hecho de que le colocasen un atizador caliente en el cuello no se correspondió con nada que ya estuviese en la mente de la niña. Por consiguiente, hasta ahora no se observan casi efectos nocivos en ella. Sin embargo, cuando la pequeña alcance un nivel más avanzado de su desarrollo emocional es muy posible que su angustia retroceda hacia el incidente del atizador, que entonces puede llegar a representar para ella el cruel ataque que realmente fue.

Un claro ejemplo de trauma que produjo enfermedad solamente porque incidió en un punto ya delicado de por sí es el caso de Peggy.

Peggy, de diez años, era una niña muy inteligente y vivaz. La trajeron a mi consulta debido al cambio que se había producido en ella cuando un día, andando por la calle, otro chiquillo le dijo a gritos que no era hija de sus padres.

El comentario de un amigo produjo una gran alteración a Peggy, hasta el punto de que, en vez de seguir siendo una buena estudiante y aficionada a imitar a los artistas de variedades -cosa que hacía vistiéndose de muchacho, con sombrero de copa y bastón incluidos-, se convirtió en una niña nerviosa que se mordisqueaba los dedos, etc. Perdió la memoria y el entusiasmo para hacer sus imitaciones; de hecho le era imposible realizarlas. Aparecieron terrores nocturnos, quería salir de la cama o metía la cabeza entre los barrotes de la cabecera y llamaba a papá y a mamá.

A partir del mismo incidente la micción se había hecho más frecuente e imperiosa, y la pequeña había perdido el apetito.

En las conversaciones normales era fácil observar grandes lagunas en su memoria. Ni siquiera sabía contar a grandes rasgos su propia vida antes de los seis años. Se trataba, en efecto, de una hija adoptiva, pero de nada servía explicárselo, pues era incapaz de asimilar lo que se le decía. Sólo con dificultad pude sacarle la verdad a la «madre» (la señora «B»), quien, me dijo, siempre había evitado hablar de aquel tema con la niña.

El señor y la señora «B» habían tenido un hijo que había muerto muchos años antes. Peggy sabe lo del hijo fallecido. Peggy es en realidad la única hija de la hermana de la señora «B». Su padre murió poco después de su nacimiento y su madre la abandonó. La señora «B» cuidó de ella hasta que cumplió los dos años, después de lo cual la recogieron en uno de los asilos fundados por el doctor Bamardo hasta los cuatro años. Luego la señora «B» la adoptó legalmente, de manera que durante seis años Peggy ha estado viviendo como hija única de los señores «B», a quienes llama padre y madre respectivamente. Sus padres adoptivos pretendían que la niña nunca tuviese motivos para dudar de la veracidad de la ficción que ellos habían creado. Sin embargo, una mujer, la verdadera madre, se les presentaba inesperadamente. En cierta ocasión lo hizo cuando Peggy contaba cinco años. Hubo confusión. Una vez la ventana de la calle fue forzada y la mujer fue detenida por la policía.

Hasta que fue objeto de las burlas de su amiguito, Peggy había logrado con éxito evitar el afrontar aquellos hechos conscientemente. Durante seis semanas aproximadamente me visitó dos veces por semana; cada visita duraba una hora. Mi breve investigación me permitió aprender algo acerca de sus temores inconscientes. Realmente son muy pocas las personas que creen en el inconsciente. La mayoría de la gente me diría que el tratamiento de Peggy debería consistir en ganarme su confianza y entonces contarle toda la verdad. Sin embargo, esto hubiese sido inútil porque 1) ella se negaría a aceptar los hechos, y 2) ya estaba en posesión de los mismos.

De hecho, el material que se me presentó durante aquella investigación superficial estaba relacionado con el origen de los niños y con las realidades de la concepción y el coito. A este respecto no me es difícil imaginarme críticas en dos sentidos: el primero, que una niña normal de diez años no piensa en estas cosas; el segundo, que cualquier niña de diez años ya habría averiguado por sí misma la respuesta a estas preguntas, cuando menos en líneas generales. Lo cierto es que, si bien cuando la vi por primera vez su ignorancia era absoluta en este aspecto, a medida que su desconfianza fue disminuyendo paulatinamente, ella misma fue informándose sin que, prácticamente fuese necesaria mi intervención. La observación de los animales le había proporcionado toda la información que deseaba, pero no quería aceptarla y prefería creer que los niños tienen su origen en los perales, etcétera.

Al crecer su capacidad para aceptar la verdad, creció también su capacidad para recordar hechos en los que había reparado y simultáneamente, desaparecieron los síntomas suscitados por el comentario de su amiguito. Volvió a ser una niña capaz de defenderse de las invectivas, aplicada en la escuela y aficionada a hacer imitaciones. Las complicaciones de su propio origen se hicieron tan insignificantes que ya no volvió a preocuparse de ellas.

Parece posible que el tabú impuesto por los padres en las cuestiones del sexo fuese un factor importante en su enfermedad, más importante que la naturaleza insólitamente complicada de la vida familiar experimentada por Peggy. El hecho de encontrarse ante mi actitud con respecto a las cuestiones sexuales -actitud que se hallaba relativamente libre de angustia- le permitió afrontar el material que ya se hallaba presente en su mente. Dicho de otro modo, lo que la niña necesitaba, y consiguió, era una educación sexual. Pero yo no se la di directamente, sino que me limité a proporcionarle una especie de «pizarra» en la que ella apuntó sus propias observaciones. Esto no hubiese dado buenos resultados en tan poco tiempo si Peggy hubiese sido una persona marcadamente neurótica.

Los síntomas físicos de la angustia

Se ha observado que a menudo la angustia produce o va acompañada por algún síntoma físico. Es frecuente que los padres nos traigan a sus hijos debido precisamente a tales síntomas: por ejemplo, la frecuencia de la micción o la urgencia con que se presentan la micción y la defecación. Son síntomas, éstos, que aparecen varias veces en los casos clínicos presentados. Si no se investiga la situación emocional, puede suceder que se dé un diagnóstico de infección de las vías urinarias, parásitos, etc.

El siguiente caso resulta útil para reforzar la introducción al estudio de estos síntomas físicos y signos de angustia. Se trata de un caso de histeria de angustia:

Rosina tiene trece años. Es alta, delgada y su pelo es rubio, largo y rizado. Es una niña inteligente. Su padre sólo consiente que se le aplique «tratamiento medicinal», lo cual explica en parte por qué en cinco años no ha variado el estado de la niña.

La madre goza de buena salud y es razonablemente sensata. El padre sufre una seria histeria de angustia y ha

estado internado tres veces en un asilo mental. Es probable que en su caso haya una psicosis oculta. El matrimonio no ha tenido más hijos.

La niña nació con un mes de adelanto y cuando su madre ya llevaba tres días en trabajo de parto. La madre afirma que el parto fue precipitado por la incursión aérea a plena luz del día sobre Londres en 1917. Ella atribuye al trauma del nacimiento la angustia que padece Rosina.

Media hora después de haber nacido Rosina rompió a llorar, y lloró mucho en lo sucesivo. Fue nerviosa desde el principio, tan pronto como pudo dar muestras de nerviosismo. Entre los tres y los dieciocho meses padeció convulsiones de poca importancia, tanto en estado de vigilia como durmiendo; además, crisis de cianosis. A la sazón su padre estaba en la guerra.

Hasta los nueve meses su alimentación corrió a cargo de la madre, es decir, fue natural aunque complementada artificialmente. Durante su infancia fue muy constipada, por lo que le dieron frecuentes inyecciones hasta que cumplió nueve meses. Ya en la misma infancia sufría «colapsos», durante los cuales se limitaba a yacer en la cuna. Según el médico, estaba agotada debido al nerviosismo. A los dos años empezó a sentir frecuentes terrores nocturnos.

A los cinco años, y a pesar del nerviosismo, empezó a ir a la escuela, donde le fue bastante bien. Era apreciada por sus compañeras y al ir creciendo y debido a su afición a la representación, era muy solicitada para tomar parte en las actividades recreativas. Sin embargo, poco a poco fue abandonando su afición debido a que la excitación siempre la enfermaba.

La vi por primera vez cuando contaba ocho años y me fue enviada como caso de corea. Sin embargo, su agitación no era nueva y no se parecía a la que es propia en la corea. Se reconoció que su desasosiego era un signo externo de alguna angustia interna.

Por entonces una de las quejas que sobre ella se hacían era de que vertía los tinteros en la escuela y en casa dejaba caer los platos. Siempre estaba descontenta. Por la noche solía sudar excesivamente y sentía mucho frío. Su sueño era variable; a veces hablaba y cantaba mientras dormía, otras veces se despertaba asustada. No había signos físicos de enfermedad.

Durante los años siguientes sufrió sucesivamente innumerables síntomas; algunos eran evidentemente psicológicos, y otros simulaban una u otra dolencia física. Nunca ha desarrollado ninguna enfermedad física y su corazón ha estado siempre bien.

Unos dolores que sentía en las piernas y en el empeine al andar hicieron que me la trajeran por creerla aquejada de reumatismo. No había hinchazón alguna en las articulaciones. Por aquel entonces había momentos en que estaba extremadamente irritable, montaba en cólera con gran facilidad, aunque luego se echaba a llorar, decía que lo sentía mucho y le dolía la cabeza. No fue posible diagnosticar reumatismo.

No tardaron en enviármela debido a unos vómitos cíclicos y a una excitación que culminaba siempre en episodios biliares y postración. El padre negó su permiso para que se fuese de vacaciones tal como habíamos dispuesto con el objeto de comprobar el papel que en su enfermedad desempeñaba el medio circundante. Salió airoso de un examen, pese a haber perdido muchas clases, y la pusieron dos cursos más adelante. Al mismo tiempo empezó a tener espasmos habituales de dos clases.

A los diez años volvieron a dolerle las articulaciones y guardó cama durante algún tiempo. Estaba cansada, descontenta y nerviosa. El tener que permanecer en cama empeoraba su nerviosismo. Se hizo hipersensible a los ruidos. Un golpe en la puerta la dejaba aterrada. No podía soportar que la dejaran sola.

Se le sometió el corazón a una vigilancia constante y atenta. A los diez años se observó una arritmia cardíaca que, según pudo demostrarse, obedecía a latidos ventriculares prematuros. Estos latidos se desencadenaban en el instante en que se le colocaba el estetoscopio sobre el pecho; luego se producían a grandes intervalos. Esta

afección duró muchos años. La posibilidad de un reumatismo subagudo por aquel entonces hizo necesario que se le aplicase un tratamiento a base de descanso, si bien ahora podemos afirmar que no era reumática (es decir, susceptible de padecer una enfermedad cardíaca de tipo reumático). La prueba de Wasserman resultó negativa.

La vez siguiente me la trajeron debido a que padecía dolores en todo el cuerpo, hiperestesia generalizada. Empezó a sufrir calambres en las manos, a estar muy excitable y a mostrar tendencia a buscar apoyo en todas partes. Era propensa al mareo después de comer alimentos grasos. A veces presentaba un apetito excesivo y era necesario restringirle la comida.

A los once años se desmayaba a menudo. Periódicamente se quejaba de agudos «dolores en el corazón», pseudoangina, que la hacían llorar. A veces llegaba muy acalorada y sudando profusamente; otras veces se sentía súbitamente enferma a las dos de la madrugada y se la encontraban fría y temblando. Esto estaba estrechamente relacionado con pesadillas. De día parpadeaba incesantemente. Su piel se hizo muy sensible y con facilidad le salían manchas de eritema muy irritables.

Alrededor de los doce años de edad vino a verme debido a dolores de cabeza y nerviosismo continuo. Sentía necesidad de morder y tosía como hábito. Si la dejaban sola, era presa de lo que ella llamada «temores terribles».

La escuela era demasiado para ella. Sufrió una depresión que la tuvo postrada varios días y era tan sensible a los ruidos que «el crujir del papel de seda era intolerable». Con frecuencia se despertaba presa de extrema angustia y viendo serpientes por todas partes.

Por aquellos días seguía durmiendo en la habitación de sus padres y todos los intentos que se hicieron para cambiar esta situación fracasaron, en parte debido a que los padres no estaban dispuestos a privarse del gusto de tener a alguien a quien dar celos, y en parte debido a su propio temor a quedarse sola.

De día tenía miedo de los autobuses, tranvías y trenes. Cualquier viaje la hacía vomitar. Una vez vomitó en miércoles y desde entonces tuvo miedo de todos los miércoles, simplemente porque le recordaban los vómitos. Llegó a sentir una angustia excesiva al ver insectos, hasta el punto de no poder salir al jardín. Se caía con frecuencia, y si llevaba un paraguas se le caía constantemente. Odiaba que se le hiciesen preguntas, y si cometía una equivocación o hacía algo que no debía, prefería decirlo espontáneamente.

Esta descripción de los síntomas de Rosina produce un sentimiento de desagrado en el lector: Diríase que la niña está demasiado enferma para resultar interesante. Lo cierto es que, a pesar de los desgraciados conflictos internos que absorben sus energías de manera creciente, Rosina parece estar haciendo un gran esfuerzo por ser normal y no carece de atractivos. Además, tiene ambiciones y escribe narraciones cortas que denotan su aptitud natural, aunque es terriblemente inhibida.

Con lo dicho basta para demostrar que la salud física se ve a menudo trastornada en la infancia a causa de factores que no son físicos. Seguidamente describiré con mayor detalle las formas en que los niños nerviosos y agitados pueden sufrir los trastornos secundarios de la salud física.

Cambios físicos debido a causas emocionales

Uno de los efectos físicos de la angustia es la tendencia a adelgazar. Es posible que en parte ello se deba al aumento del índice de metabolismo, y no cabe duda de que a veces los niños que padecen angustia comen de una manera excesiva y obsesiva y, pese a ello, siguen estando delgados. Sin embargo, estos niños a menudo no disfrutaban de las comidas habituales y son llevados al médico debido a su falta de apetito.

Indudablemente, la angustia constante es la principal causa de la delgadez; pero, cuando el sueño se ve turbado

por los temores nocturnos, existe, además, un incremento de la debilidad producido por la falta de un buen sueño. Hay que tener en cuenta que no es imprescindible la presencia de una angustia manifiesta durante el día, de manera que, si no fuese por las pesadillas, o por una reacción desmesurada ante algún acontecimiento trivial -por ejemplo, un perro que da saltos o el palo de un coche de bomberos-, pocos indicios habría del verdadero estado emocional del niño. Por el contrario, es posible que el niño dé muestras de angustia todo el día, que se asuste al oír que llaman a la puerta o al ver una araña, que se preocupe porque su padre llega tarde del trabajo, o que se sienta turbado ante alguna forma de hostilidad (accidentes, discusiones entre los padres, castigos infligidos a algún animal o a otro miembro de la familia, alguna muñeca rota, etc.). En tal caso la causa de la debilidad resulta obvia para cualquier observador.

Semejante combinación de delgadez, palidez, propensión a los estados febriles y a sudar, desmayos, migrañas, achaques y dolores corporales induce al médico a sospechar la presencia de una enfermedad física. Con frecuencia, la dificultad de diagnosticar se ve aumentada por el hecho de que tales niños presentan una temperatura de treinta y ocho grados al acudir a la consulta.

Así como hace unos pocos años a estos niños se les clasificaba de «pretuberculosos», actualmente, quienes no reconocen el factor angustia, los consideran «prerreumáticos». A menudo sufren «dolores de crecimiento» (achaques y dolores de los músculos y ligamentos, en el pecho y en las paredes abdominales), lo cual hace que el reumatismo subagudo parezca aún más probable. La exagerada actividad del corazón, dilatado probablemente durante el examen, hace que el niño tenga que guardar cama por sospechársele reumático. En realidad, sin embargo, no hay tal reumatismo y el descanso en cama es un mal tratamiento para su dolencia. Otra frecuente sintomatología causada por la angustia incluye la agitación, la compulsión a una actividad incesante y la incapacidad de permanecer quieto durante las comidas. Los niños que padecen estos síntomas constituyen una fuente de preocupaciones para padres y maestros, y es frecuente que el médico, en tales casos, cometa la equivocación de diagnosticar corea. La agitación afecta a todo el niño y no es más marcada en el brazo y la pierna de uno de sus lados como sucede en los casos incipientes de corea. El tratamiento a base de descanso en cama es muy malo para el niño agitado que no padece corea (véase el capítulo 2: La agitación). El aumento, tanto en frecuencia como en urgencia, de la micción es frecuente en estos niños. Oculta bajo esta afección se halla la angustia asociada con la masturbación.

El estado de angustia se halla siempre presente o latente en tales niños, pero los síntomas no son forzosamente visibles en todo momento. Los síntomas tienden a aparecer durante los ataques, que se repiten con mayor o menor regularidad con intervalos de salud. De esta manera la aparición periódica de cólicos en estos niños produce un cuadro clínico muy parecido al de una apendicitis latente y ha sido culpable de la extirpación de un gran número de apéndices inocentes. También puede suceder que la premura intestinal de estos pacientes culmine en un falso diagnóstico de colitis; entonces el colon es sometido a una serie de lavajes, que pueden convertir en una enfermedad seria lo que no era más que una inofensiva irritabilidad del colon. Si se hiciese un diagnóstico correcto, no se aplicaría ningún tratamiento local a este intestino.

Celia, de nueve años, pertenece a una familia que goza de buena salud. Tiene tres hermanas, todas más jóvenes que ella. Su madre tartamudea.

A veces presenta ataques durante los cuales sufre un fuerte dolor de cabeza y vomita mucho. Primero se sonroja, luego su piel adquiere una palidez cadavérica. Junto con los vómitos bosteza una y otra vez. También siente dolor de un lado a otro del pecho. El vómito es de color verde, acuoso y raras veces contiene restos de alimentos. Según parece, durante estos ataques su orina contiene un sedimento de color blanco; a veces, los ataques traen consigo un aumento de la frecuencia y apremio de la necesidad de orinar. Pasado el episodio, la niña vuelve a sentirse bien, casi repentinamente. A veces, durante los ataques se pone «histérica», riendo o llorando hasta quedar postrada. Los ataques no son frecuentes; se ha dado un intervalo de diez meses entre una serie de ataques y el siguiente.

La niña está siempre agitada, especialmente a la hora de las comidas. Según sus padres, «no hay forma de hacer que se siente». Aunque feliz, es propensa al nerviosismo. Al enterarse de que iba a verla el médico, dio

muestras de una angustia tal que «ni siquiera dejaba que su madre se moviera de su lado, aunque sólo fuese para ir a lavarse». Se acuesta temprano, pero permanece muchas horas despierta; se queja de jaquecas y de «dolores progresivos». Según sus palabras, «siente como si alguien le estuviera descargando hachazos sobre el cráneo». No hay signos físicos de enfermedad.

Cuando los intervalos entre los ataques de vómitos son regulares, y éstos son severos, se utiliza la denominación de «vómitos cíclicos». A decir verdad, esta denominación ha hecho que, equivocadamente, se creyese que los vómitos periódicos son una enfermedad por derecho propio. En realidad se trata de un síntoma de angustia oculta, salvo en los casos en que es constatable una causa física (como puede ser alguna forma de obstrucción intestinal, una apendicitis subaguda, o una pielitis).

Es probable que las jaquecas, a menudo dignas de ser llamadas “migrañas”, se presenten periódicamente en los niños angustiados. En algunos de estos casos las jaquecas son claramente el resultado de una sinusitis frontal o etmoidal; en otros casos, no hay señal de que actúe tal mecanismo. Cabe la posibilidad de que se produzcan ataques convulsivos relacionados con la afección.

La congestión nasal y paranasal periódica es también una de las formas en que se manifiesta la excitación de los niños que padecen angustia. Es como si tuvieran necesidad de dar muestras de rabia pero, al ser incapaces de permitírsele (debido a la intensidad del sentimiento), se congestionan en diversos puntos. La congestión de la nariz conduce a la sequedad de las membranas mucosas, sequedad que no sólo produce malestar, la formación de costras y la necesidad de hurgarse la nariz, sino que constituye también una afección seria. En su estado natural, la membrana mucosa está húmeda y es probable que al secarse pierda parte de su eficacia como barrera contra la infección. Así, pues, cabe formular una conjetura sobre la posible explicación de los resfriados periódicos de los niños sobreexcitables y nerviosos y de los niños que están demasiado mimados o constantemente sujetos a un estímulo físico por parte de otra persona.

Compañera de la congestión nasal es la tendencia a la epistaxis.

Los niños propensos al asma suelen, en cierto modo, sufrir ataques relacionados con la ansiedad, es decir, con el exceso de excitación sobre la capacidad de descarga. En algunos casos éste es el factor importante. Los niños aquejados de angustia están expuestos a sufrir dificultades respiratorias o a que su respiración sea pesada a causa de ataques nocturnos de angustia, que no es raro confundir con ataques de asma.

Muchos niños son llevados al médico porque muestran tendencia a desmayarse, especialmente en la escuela durante el rezo de las oraciones de la mañana o cuando es necesario permanecer de pie en una habitación caliente o junto con un gran número de compañeros. Puede que esto induzca a sospechar -o confirme una sospecha ya existente- que se trata de un caso de enfermedad cardíaca y que, por consiguiente, haga que el médico ordene guardar cama durante largos períodos a un niño que en realidad está sano.

Una vez me trajeron a un niño porque se desmayaba en la escuela. Se le había diagnosticado “anemia y posible enfermedad cardíaca de carácter reumático”. En realidad, se había desmayado porque, durante la clase de lectura, se había pronunciado la palabra «sangre» y al muchacho le era imposible pensar en la sangre sin experimentar una gran angustia debido al significado que para él tenía la palabra. Físicamente, su salud no dejaba nada que desear.

De forma parecida, la tendencia a padecer convulsiones no siempre es independiente del estado emocional del paciente. Es posible que los niños propensos a la epilepsia, especialmente en las primeras fases, sufran un ataque de paroxismo por algo que en otro niño sólo produciría enojo o terror. En algunos casos los ataques se producen solamente en situaciones de tensión emocional, y en el caso extremo puede que sólo se produzca en el momento culminante de un fuerte terror nocturno. Asimismo, los ataques de angustia pueden ocurrir tan de improviso, tan sin motivo, que el observador sospecha que se trata de un arrebató paroxístico, aunque en realidad no exista ninguna tendencia a sufrir ataques de carácter verdaderamente convulsivo. El ser consciente de todo esto es importante, ya que el tratamiento prolongado a base de bromuro, cuya eficacia ya resulta

dudosa para los epilépticos, es ciertamente muy perjudicial para el niño que solamente padece angustia y que, por lo tanto, no es necesariamente anormal.

Es oportuno tratar ahora, en la medida en que nos sea posible, de esbozar los mecanismos a través de los cuales una enfermedad física se simula o se produce realmente, por causas que tienen su origen en la vida emocional del niño. En seguida se comprenderá que mucho depende de la capacidad del niño para tolerar el grado de angustia que se halle presente en él. La capacidad para tolerar la angustia varía; lo mismo sucede con el grado y el contenido de la angustia.

Cualquier alteración física que pueda producirse por medio de la hipnosis puede también ser tratada en la clínica médica. El poder que el inconsciente tiene sobre el cuerpo es algo que empieza a comprenderse ahora, pero parece cierto que el metabolismo puede ser reducido hasta quedar prácticamente detenido, que puede demorarse la dentición, que se puede evitar que las heridas sanen y que el pelo puede caerse, a resultas sencillamente de un deseo profundamente arraigado. Parece ser también que, a veces, las llagas no se curan, a causa simplemente del poco interés que por vivir sienten el niño y los tejidos. Puede que un renacer del interés haga renacer también el deseo de vivir del niño y el poder de recuperación de los tejidos. Dejando aparte la piel, los tejidos varían en la capacidad curativa asociada con el deseo de vivir del niño (por ejemplo, el restablecimiento tras una neumonía). Parece bastante seguro que la carencia de una satisfacción oral adecuada es susceptible de demorar el desarrollo infantil y de producir un retraso en la locomoción, torpeza de movimientos, retraso en la aparición del habla o falta de capacidad para jugar y para establecer contacto con la gente. El mecanismo que interviene en esto no está claro.

Se comprenden mejor los cambios que la excitación produce en los órganos. Las fantasías eróticas suelen ir acompañadas de erección y sensibilización del glande (o el clítoris), tanto durante la infancia como en la adolescencia. El orgasmo completo con la consiguiente exaltación del placer, cambios vasomotores, y movimientos rítmicos del cuerpo, seguido de postración, sudor y el deseo de dormir, ocurre en los niños normales, incluyendo los muy jóvenes.

Uno de los efectos que la angustia ejerce sobre el material de la fantasía consiste en producir una dilación en las primeras fases del acto mientras que, simultáneamente, es probable que se haga un intento obsesivo de masturbarse a modo de compensación por la falta de confianza en sí mismo que es fruto de la inhibición. Los efectos de esta excitación prolongada pueden dividirse en hiperemia, hiperestesia e inestabilidad vasomotora.

Puede observarse que el pene de un muchacho se halla siempre flácido y que la piel del escroto no se contrae. Esta falta de apoyo para los testículos, combinada con una hiperemia general de los tejidos blandos, es la causa de la neuralgia o sensación de tirantez en estas regiones de la que a veces se quejan los muchachos. La continua hiperestesia del glande puede representar un obstáculo para la práctica de deportes y juegos, ya que el roce de los pantalones se hace intolerable. A estos factores se asocian la balanitis y la presencia de adenopatías dolorosas en la ingle. En el caso de las muchachas, es probable que el trastorno correspondiente incluya la frecuente presencia de flujo vaginal.

Sin embargo, las formas no satisfactorias de masturbación van seguidas de efectos aún más remotos que tienen por pauta la hiperemia del ano y la hiperestesia de las vías urinarias, músculos y ligamentos, las cuales acompañan la regresión a fantasías de fases pregenitales del desarrollo emocional.

La principal tendencia de un cuerpo que se ve alterado por una excitación prolongada apunta hacia una hiperemia local. El tener la nariz tapada es el ejemplo más corriente, pero casi todos los tejidos pueden sufrir un cambio que equivalga a la erección de los tejidos eréctiles.

Otra tendencia apunta hacia la sensibilización de la piel cuyo resultado es la irritación anal, una reacción general tipo urticaria ante la irritación o una urticaria espontánea.

Los cambios vasomotores de la piel se manifiestan mediante la aparición de máculas en la piel de las partes

dependientes, el edema de los tobillos, la «mala circulación» y ciertas modificaciones de la tendencia a sangrar por las heridas cutáneas.

A modo de ejemplo de estas sugerencias tentativas sobre los mecanismos que intervienen en la producción de ciertos trastornos físicos, examinaremos por turnos el ojo, la nariz y la garganta.

Los ojos

La ceguera histérica como símbolo de la ceguera (castigo por mirar). No hay cambios físicos.

La angustia sobre el estado de la vista (sentimiento inconsciente de culpabilidad), el constante autoexamen que conduce al cansancio de los músculos oculares; el llevar gafas por defectos nimios (con lo que se destruye el buen parecer, se neutraliza el sentimiento de culpabilidad, mejora la salud general; además, por otra parte, está la impresión de que las gafas son «de buen tono»).

El niño en estado de excitación parcial que contempla objetos prohibidos con el fin de obtener excitación, con sus ojos cansados a causa, probablemente, de la hiperemia en parte, y también en parte, a causa del mayor trabajo que le cuesta mover los ojos debido al conflicto («quiero ver» y «no quiero ver»).

El parpadeo obsesivo: otro método de enfrentarse al sentimiento de culpabilidad en torno a la vista.

Blefaritis crónica mantenida frotándose en secreto (equivalente de la masturbación).

La nariz

La principal perturbación es la congestión debida a una excitación continua directamente asociada con la congestión y la excitación anal, así como con fantasías de cierta índole. Tales fantasías son crueles y se hallan asociadas con deseos sumamente destructivos de los cuales el niño no es consciente.

La hiperemia da por resultado:

Sensación de obstrucción nasal, el vicio de sorber por la nariz, tendencia a la epistaxis.

Obstrucción del flujo de aire, respiración por la boca.

Sequedad de las membranas mucosas, con formación de costras y, posiblemente, mayor riesgo de infección.

Finalmente, la obstrucción del flujo de secreciones de los senos paranasales, aumento de la presión y la consiguiente jaqueca, así como el riesgo de sinusitis; además, en tales individuos, la infección de los senos no cura con facilidad o tiende a reproducirse periódicamente.

Asociada generalmente con la congestión, se registra una mayor sensibilidad de la membrana mucosa y una mayor tendencia a hurgarse la nariz. La destrucción de la membrana mucosa, llegando incluso a provocar hemorragia, refleja la crueldad presente en el material de la fantasía asociada, fantasía de la que, sin embargo, el niño es fundamentalmente inconsciente. La tendencia de los padres a imputar el hurgarse la nariz a la existencia de parásitos constituye una comprensión intuitiva por su parte del hecho de que, en realidad, el citado vicio representa la masturbación anal.

La garganta

El mutismo y la afonía de tipo histérico (no hay cambio físico); ambos tienen un valor simbólico directo para

el sujeto.

Sequedad de índole angustiosa, sensación de tener la garganta irritada, ronquera con mucosidades pegajosas (deseo de beber agua para aliviar la sequedad).

Asociada con la angustia puede ir la tendencia a seguir con la garganta todas las conversaciones, músicas e incluso ruidos; esto conduce al cansancio y a la exageración de la sequedad y de la ronquera. Mucha gente, al leer, no puede evitar seguir lo que lee con una serie de movimientos de las cuerdas vocales, como si estuvieran leyendo en voz alta. Esto produce el cansancio de la voz y explica el consejo que suele darse a los cantantes en el sentido de que no deben leer nada antes de un recital. Una situación angustiosa aumenta este cansancio de la voz, y me parece claro que el síntoma tiene que ver con una considerable proporción de hostilidad inconsciente.

Esta afección se presta a ser utilizada a modo de síntoma histérico (castigo mediante la pérdida de una hermosa voz, alivio del sentimiento de culpabilidad debido a la posesión de una buena voz) en un paciente en el que no se desarrollaría una afonía histérica.

De forma independiente o unido a estos trastornos, puede registrarse un carraspeo obsesivo. En la medida en que el mismo tiende a empeorar la voz, este carraspeo debe considerarse igualmente autodestructivo.

A veces en la pubertad sucede que el muchacho no sabe utilizar su recién adquirida facultad de hablar como un hombre y, en su lugar, siente la necesidad de hablar en falsete o de imitar la voz de alguna chica o mujer que haya conocido. Esto puede terminar en un cansancio de la voz y es muy probable que esté asociado con una garganta angustiada. De forma parecida, hay chicas que hablan con tono grave e imitan el modo de hablar de los hombres o de un hombre concreto que ellas hayan conocido, pero no es tan probable que esto se asocie con los cambios físicos secundarios.

La mayoría de estos cortejos sintomáticos, al igual que la enfermedad física, puede utilizarlos (inconscientemente) el niño para la satisfacción de deseos inconscientes y la neutralización de un sentimiento de culpabilidad (igualmente inconsciente). También cabe la posibilidad de que el niño, por así decirlo, se especialice en alguna tendencia morbosa según el interés que se tome por el trastorno (como sucede cuando el médico la denomina de alguna manera curiosa o receta un tratamiento que le resulta interesante); asimismo, las molestias del síntoma y de su tratamiento suelen prestarse muy bien a la neutralización de la culpabilidad, como sucede cuando la taquicardia impide (cosa que no tiene por qué hacer) la práctica de algún deporte al que el muchacho es muy aficionado pero que, al triunfar en él, le hace sentirse culpable. Lo mismo sucede en el caso de la muchacha, cuyas jaquecas periódicas (no provocadas por un defecto visual) le impiden leer los libros que ha escogido con la esperanza o el temor de que la instruyan en el sexo.

Precisamente debido a la tendencia a hacer de un grano de arena de angustia una montaña histérica resulta esencial que los médicos tengan un conocimiento claro del cuadro propio de la angustia corriente. Para ello, es importante que a estos niños físicamente sanos aunque emocionalmente inestables no se les coloque la etiqueta de reumáticos, enfermos de apendicitis crónica, colitis, etc., forzándoles a guardar cama, tal vez varios meses, o incluso someténdoles a una operación. Si se comprende el manejo de los niños ansiosos, lo que a menudo quiere decir observación inactiva sin ansiedad por parte del médico, en muchos casos es posible acelerar el regreso de la buena salud.

Causas físicas del nerviosismo

En este estudio de las causas comunes del nerviosismo se ha hecho hincapié en la base no física del mismo. Es justamente esta base no física lo que tiende a ignorarse, debido a la poca disposición que los médicos y otras personas sienten para el reconocimiento del inconsciente y de la importancia e intensidad del erotismo y la hostilidad infantil.

No obstante, la misma enfermedad física es susceptible de alterar profundamente el estado psicológico del paciente. Ejemplo corriente de esta verdad lo constituye el paciente en estado febril que en algunos momentos dice tonterías, se excita sobremanera al recibir la visita de un pariente o incluso llega a convertirse en un maníaco. A veces la única manifestación clínica de la neumonía la constituye una manía aguda o un delirio.

Las enfermedades del cerebro pueden producir grandes alteraciones temperamentales, así como afectar a la felicidad, seguridad, inteligencia o rapidez mental del paciente. Un ejemplo corriente es el de la enfermedad denominada «corea», que causa inestabilidad emocional, reacciones exageradas y fluctuación del control.

La encefalitis letárgica, debido a su naturaleza epidémica, puede en cualquier momento convertirse en una causa común de alteración de la personalidad, debido a la enfermedad del cerebro. Así, en un individuo normal hasta entonces, puede aparecer un comportamiento inmoral, insociable, neurótico o psicótico, debido a la encefalitis. Ello obedece principalmente a la modificación de las fuerzas en virtud de las cuales los seres humanos normales llegan a ser más o menos civilizados. La enfermedad cerebral rompe el equilibrio.

Aparte de la corea, la fiebre reumática, sea aguda o latente, se ve acompañada por un aumento del nerviosismo, lo cual plantea un interesante problema que puede anunciarse del siguiente modo:

¿Es la fiebre reumática causa activa de inestabilidad emocional? ¿Predispone el nerviosismo a padecer fiebre reumática? ¿Existen niños nerviosos cuyo nerviosismo sea fruto de una fiebre reumática que de momento no se manifiesta de ningún otro modo (ausencia de artritis, carditis, corea, etc.)?

1. La primera proposición es incuestionablemente cierta y aceptada de manera general.
2. No hay seguridad de que el nerviosismo predisponga a la fiebre reumática.
3. Debe admitirse la posibilidad de que, en casos poco frecuentes, la inestabilidad emocional se deba a la fiebre reumática, previamente a la aparición de la artritis, carditis, etc. Esto sería entonces una forma poco corriente de comenzar el reumatismo. Sin embargo, el reumatismo latente no es causa común de nerviosismo.

La angustia que enmascara la enfermedad física

Sucede a veces que la verdadera enfermedad física padecida por un niño nervioso queda oculta bajo los síntomas de angustia. No es sólo que el estado febril aumente el riesgo de que se produzcan trastornos emocionales, sino que, además, el niño puede sentirse tan alarmado ante el dolor que le aqueja, o ante el hecho de estar enfermo, que los síntomas de alarma que de ello resultan pueden llegar a enmascarar la verdadera enfermedad, sea ésta una afección cardíaca de tipo reumático, gripe, afecciones tuberculosas de la espina dorsal o las caderas, o poliomielitis.

Además, la angustia puede impedir que el examen físico sea completo, como sucede cuando el paciente se niega a que el médico emplee el bajalengua, con lo cual a éste se le escapa la existencia de una difteria; o cuando la negativa a desnudarse impide descubrir nódulos reumáticos, una enfermedad cardíaca, una inflamación del peritoneo, etc. Finalmente, sucede también que un niño nervioso parecerá lleno de vida y energía cuando en realidad su estado físico es tal que otro niño más normal tendría que guardar cama postrado y exhausto. La explicación de este hecho estriba en que la idea de enfermedad simboliza algo tan lleno de un sentimiento de culpabilidad que, para este niño en particular, el estar enfermo resulta imposible.

Biblioteca D. Winnicott

La persecución que no fue tal

1967

Reseña del libro de Sheila Stewart, *A Home from Home*, 1967

Como aficionado a las autobiografías le doy la bienvenida a este libro por sus valores, que hacen de él una buena lectura. Como clínico noto con alivio que Sheila Stewart, esa hija de la desgracia, descubrió que el mundo la iba modelando gradualmente hasta transformarla en una persona feliz. En su historia se observan todas las espantosas condiciones ambientales que persiguen y acosan a tantos hijos ilegítimos dándoles buenos motivos para quejarse, pero también se advierte que por alguna razón esas persecuciones no acosaron a Sheila. De ahí que la autora no desvíe al lector por la senda atormentadora de las lamentaciones y, en cambio, lo deje en libertad para espigar verdades de los episodios más insignificantes y de la secuencia de incidentes. Por ejemplo, el paulatino desarrollo sexual de Sheila, hasta convertirse en una relación amorosa real que la condujo al matrimonio, es sumamente instructivo. Mucho de esto dependió del tipo de cuidado parental, a menudo áspero, que le brindó la directora del internado religioso donde se crió; no podría pedirse mejor publicidad para cierta sociedad religiosa. (1)

Los pequeños incidentes son, a mi juicio, los que dan veracidad a la historia. Veamos un ejemplo. Durante la guerra, Sheila y los demás niños fueron evacuados a Ascot, y ella describe así cómo recolectaban fondos para el internado: "No me importaba pintar los cartelones que anunciaban ESTACIONAMIENTO POR 10 CHELINES, pero me sentía una mendiga vendiendo a todos esos caballeros y damas distinguidos nuestros ramilletes de flores frescas y ramitas floridas para llevar en el ojal, de confección casera (...), y cuando ellos me decían `¡Oye, toma esto para tu alcancía!', yo tomaba el billete estrujado y lo retenía con fuerza en mi mano ardiente de resentimiento, hasta que todos los vehículos partían (...). Sabía que el billete de cinco libras no era mío, sino que pertenecía a la `alcancía' de la Familia, y lo entregaba a la directora junto con las demás propinas".

Compárese este relato con el incidente narrado por Robert Graves ante la Escuela de Economía de Londres (¿justamente!) en el Discurso Anual Conmemorativo .de 1963, que él tituló "Mammón": "Me viene a la memoria un incidente ocurrido durante unas vacaciones cuando, de niño, vivía en Gales del Norte. Nos habíamos detenido a tomar el té en una granja a orillas del lago. Vi que llegaba un birlocho con más visitantes y corrí a abrir la puerta de entrada. Uno de los viajeros me arrojó una moneda de seis peniques y, aunque no la devolví, me chocó que tomaran mi cortesía desinteresada por una búsqueda de propina". Los comunes denominadores pueden ser unidades muy simples.

En mi carácter de clínico debo añadir una opinión sobre las razones por las que los elementos

persecutorios no acosaron a Sheila, como era de esperar. Sheila tuvo una experiencia inicial básicamente buena en la costa norte de Devon junto a su "mamá danesa", que recogía caracoles marinos, y su "papá danés", que era pescador, gozando de la libertad de las playas. Por eso el final feliz es un eco de la frase con la que principia el libro: "Me senté tranquilamente en la escollera, balanceando los pies descalzos. Estaba cansada de recoger caracoles y correr por la arena mojada, para dejarlos en los baldes que Danma había traído a la playa..."

(1) El autor alude a la Church of England Childrens Society, entidad de la Iglesia Anglicana dedicada al cuidado y asistencia del niño.

Biblioteca D. Winnicott

Notas sobre un niño pequeño

- 1938 -

Un niño pequeño alcanza al fin la edad en que puede ir a la escuela. Es hijo único y hace mucho que anhela ir ahí donde van otros chicos, ir a trabajar como papá, a aprender a contar y a leer.

Ha tenido una infancia y niñez temprana particularmente buenas y las relaciones entre él y su hogar han sido excelentes, por lo cual no quiero decir que nunca se haya mostrado grosero o colérico o infeliz o atemorizado, sino que su actitud general ha sido de creencia en la bondad de quienes lo rodean.

Ya ha estado en la escuela durante algunas semanas y ha hecho rápidos avances, siendo capaz de pararse delante de toda la clase y contar hasta cincuenta.

¿Qué efecto tiene esta nueva experiencia en su vida hogareña?

Para la confusión de sus padres, en la casa su conducta se ha vuelto desagradable, se muestra receloso y se perturba fácilmente. Su apetito se ha vuelto irregular. Además, cuando se le pide que muestre cómo aprendió a contar, no puede o no quiere hacerlo, ni siquiera hasta 10. Su madre ha discutido el cambio con su maestra, la que se siente desconcertada y no se explica cómo un alumno tan normal y feliz exhibe una conducta tan desagradable en la casa. Hasta tiene la opinión, que no manifiesta, de que la madre no debe de ser buena como tal.

Sin embargo, el fenómeno tiene una explicación que no exige atribuir la responsabilidad ni a la madre ni a ninguna otra persona.

Lo cierto es que está dentro de lo normal que un niño así reaccione de la manera en que lo ha hecho éste al ir a la escuela. Dicho en pocas palabras, ahí encuentra una gran felicidad, está en compañía de otros chicos, recibe alimento intelectual en abundancia y, sobre todo, experimenta un alivio de la tensión debido a que nunca amó y odió a su maestra como lo hizo con su madre y su padre, y a que la relación que mantiene con ella es mucho más simple que la que mantiene con estos últimos.

Así pues, cuando llega a casa se alarma. Inconscientemente, siente que su madre debe saber que disfrutó estando lejos de ella, y como piensa que ella lo ama, cree haberla herido; en su conciencia, esto se presenta como un temor a la madre y una sospecha de su bondad cuando se muestra cariñosa con él.

Ésta es una fase pasajera, y si se la deja librada a sí misma no dará origen a problemas permanentes. En cambio, si la madre evidencia una desazón excesiva, el pequeño puede sentirse tan culpable que reorganice su actitud, descubra que odia a la escuela y aun se queje de ser maltratado por su maestra o por los demás niños. En tal caso recobrará su dicha en el hogar, lo cual será entonces un síntoma.

Lo mismo puede observarse en muchos niños que se van de su casa para pasar un tiempo en otro lado. O bien lo disfrutaban y al volver se muestran molestos, o bien cuando regresan al hogar urden una larga historia diciendo que han sido mal alimentados o quejándose de que las enfermeras o los tíos y las tías fueron poco amables con ellos. Si esas acusaciones se toman en serio, pueden originar (y con frecuencia así ocurre) serios equívocos entre los adultos, quienes sin saber bien qué era de esperar, podrían enfrentar fácilmente la situación con sólo ejercer un poco de sentido del humor.



P S I K O L I B R O

Biblioteca D. Winnicott

Notas sobre el factor tiempo en el tratamiento

- 1961 -

Cuando se me solicitó que le pusiera un título a esta conferencia, elegí "El factor tiempo en el tratamiento" (incluido el tratamiento que realizan los asistentes sociales). Tenía varios motivos para querer retomar este tema, el tema del tiempo, "el gran médico" -frase que según creo le pertenece a Disraeli-. Podríamos citar aquí innumerables referencias al tiempo. "El que hace sonar la campana es el tiempo, no nuestro tiempo", es la forma en que T. S. Eliot ha llamado la atención sobre el poder de lo inconsciente. Podría agregar otra cita, esta vez una propia, referida a la adaptación materna que permite al bebé apoderarse del tiempo.

A partir del momento en que pensé en ese título, casi todos mis pacientes hicieron alguna contribución. El domingo pasado estaba charlando con un amigo, un psicoanalista, a quien uno de sus pacientes le preguntó por qué no podían existir curas que durasen unos pocos minutos, mediante el hipnotismo, el tratamiento de choque o algo por el estilo; mi amigo respondió: "Pero usted ha podido dilapidarme durante cuatro años, y esto ha sido lo importante en su tratamiento. ¿Cómo sería posible condensarlo en un momento?". Con frecuencia se nos inquiere por qué no preferimos los atajos, y creo que para responder a esa pregunta tenemos que estudiar el factor tiempo y el lugar que ocupa en nuestro trabajo.

Por lo demás, cuando se me pidió que hablara aquí, acababa de atender a un hombre que me vino a consultar por una de sus hijas.

Tiene un hogar feliz y vino a verme a raíz de que a su segunda hija le diagnosticaron deficiencia mental, siendo que él la consideraba verdaderamente inteligente. Lo cierto es que el hombre tenía razón y su hija estaba sorda. Él y su esposa se habían mudado de casa a fin de estar más cerca de Londres para que esta niña pudiera recibir la educación que necesita una criatura sorda; esto lo obligaba a hacer todos los días un largo viaje para ganarse el pan en la zona rural, donde tenía un buen trabajo pero no había buenos medios de transporte. Sentí que estaba ante un hombre y una mujer sanos, preocupados como corresponde por sus hijos sanos.

Lo interesante, desde mi punto de vista, es que tuve que esperar desde 1928, fecha en que analicé a este sujeto cuando era niño y en la forma en que pude hacerlo entonces, antes de haber conocido a la señora [Melanie] Klein. El tratamiento, como es dable imaginar, fue muy interesante; el niño tenía a la sazón sólo tres años. Su madre era muy posesiva, y lo que no pude señalar de inmediato fue que un niño pequeño no puede matar a su madre o huir de ella; debe soportarla, y mi tratamiento no hizo otra cosa que permitir que él pudiera defenderse del influjo patológico que tenía la madre en su personalidad. No obtuve resultado alguno, hasta que estalló la guerra [la Primera Guerra Mundial] y se planteó la cuestión del servicio militar del muchacho. Para entonces él sufría convulsiones y su madre me contó con

todo detalle cuán enfermo había sido de niño, pidiéndome que le hiciera saber a las autoridades militares que no estaba en condiciones de cumplir con el servicio. Lo que hice fue escribirle al oficial médico responsable y sugerirle que las anormalidades del muchacho se debían en gran medida al influjo de la madre en su personalidad, y que si lo aceptaban en el ejército correrían un alto riesgo. En realidad, en una entrevista personal él me había confesado que tenía la esperanza de ser aceptado. Lo fue, y lo interesante es que en el ejército rápidamente volvió a la normalidad. Cuando terminó la guerra, que él disfrutó a pesar de todos los peligros puso distancia respecto de su madre, por más que seguía queriéndola mucho. Al poco tiempo se casó y obtuvo un buen empleo.

Este caso no tiene nada de extraordinario, pero cuando elegí hablarles sobre el factor tiempo, me interesó.

Diría que en el trabajo de ustedes y en el mío tenemos que distinguir con claridad entre lo que el paciente saca del tratamiento y lo que sacamos nosotros. Para el paciente, el tratamiento no equivale a la vida. Si tiene éxito, le permitirá iniciarse en ésta, tal vez en una fecha muy tardía, o iniciarse mejor, o más apropiadamente equipado. Para nosotros, el trabajo tiene que revestir interés en sí mismo, o sea tiene que interesarnos más allá de que obtengamos o no resultados. Es muy tentador tratar de copiar a nuestros colegas de otras profesiones, como el cirujano, por ejemplo, quien a menudo salva una vida. Gran parte de nuestra labor produce de hecho un resultado, pero luego de un lapso que no tenemos ninguna capacidad de controlar: para la época en que se registra ese resultado hemos perdido todo contacto con los inicios del tratamiento y aun con las crisis intermedias. Así, informamos acerca de las entrevistas de diagnóstico y de las fases de los comienzos del tratamiento y las fases más avanzadas, y luego pasamos revista a los resultados. Todas estas son operaciones aisladas; ¿cómo podríamos dar cuenta de un tratamiento total? Si lo intentamos, o quedamos sumidos en una masa ingobernable de material, o bien, y esto es lo que quería destacar, quedamos perdidos entre el principio y el final, entre el problema tal como se nos presentó originalmente y el resultado, que quizá no pueda relatarse hasta muchos años después de haber mantenido nuestro primer contacto con el paciente.

Por lo tanto, a lo que me estoy refiriendo es a la cuarta dimensión de la integración. En el desarrollo emocional del ser humano, la tendencia a la integración es innata. Las condiciones tienen que ser muy malas para que no se produzca la integración. A ésta puede describírsela en términos de las tres dimensiones espaciales, pero en este caso tenemos que añadir la cuarta dimensión, el tiempo. Todos sabemos que cuando un paciente empieza a hablar de su pasado está al mismo tiempo empezando a hablar de su futuro. Nos topamos con individuos intranquilos, sobre todo entre los delincuentes potenciales, que en un momento dado están integrados de una manera que fácilmente nos hace caer en el engaño, hasta que recordamos que en realidad no están en absoluto integrados en el tiempo, y son incapaces de vincular el ahora al entonces. Podrá decirse que ésta es una falla del existencialismo; que algunos de los que encuentran en el existencialismo una suerte de religión se están escapando del presente por su incapacidad de vincularse al pasado y el futuro.

El niño que, parándose sobre el castillo de arena que ha construido, exclama "¡Soy el rey de este castillo, y tú eres un sucio mendigo!" tiene como única preocupación su existencia en ese preciso momento. En su frase "y tú eres un sucio mendigo" ya vemos la percepción de que, en caso de tomar en cuenta el tiempo, pronto aparecerá alguien que le venga a manifestar su derecho a ser el rey del castillo.

En la integración entre el niño y el adulto sanos, la dimensión temporal es tan importante como cualquiera otra clase de integridad. En nuestra labor, debemos tolerar las tensiones que nos imponen nuestros pacientes cuando los resultados no son en modo alguno inmediatos, y cuando hemos aprendido a desconfiar de los resultados inmediatos. Desarrollamos otros intereses en nuestra tarea, en la técnica que empleamos y el dinero que nos reporta, porque no podemos -y en rigor no debemos- hacer caso omiso del factor tiempo en el demorado proceso del desarrollo o la cura del paciente.

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

Nota sobre la relación entre la madre y el feto, 1960

Sin fecha; escrito probablemente a mediados de la década de 1960.

Hay muchas formas de poner en palabras la relación de una madre con el bebé que porta y lleva consigo. En primer lugar, por supuesto, está la simple formulación biológica.

En los escritos psicoanalíticos hay copiosas referencias a las fantasías conscientes e inconscientes de la madre acerca de su hijo. A menudo encontramos que el término "bebé" es equiparado al pene, a las heces, al dinero o al mobiliario, a las almohadas, etc., etc. También escuchamos decir que la madre se identifica con su bebé, y que identifica al bebé con uno u otro de sus progenitores; y es

posible que se explique, según estos lineamientos, el amor, odio y temor del bebé.

La relación entre la madre y el feto puede también enunciarse con provecho en los siguientes términos: si la capacidad biológica de la madre para producir un bebé vivo real y total se representa con un 100 %, se podrá describir con un porcentaje aproximado su capacidad psicológica. Con esto quiero decir que ninguna madre es ciento por ciento capaz de producir en su fantasía un niño vivo total. Algunas, incluso, apenas tienen un 50 % de esta capacidad; y es dable imaginar su confusión cuando se ven ante un bebé que, según les dicen, ellas han traído al mundo, y en lo cual, sin embargo, no creen totalmente. Para ellas sólo esa medias humano; a medias vivo, a medias completo o a medias sano. Se podría caer en pedazos si no lo mantuvieran sujeto con la ropa. Quizás el vientre está lleno de aire en vez de tripas, o quizá no tenga nada adentro, salvo pis y caca. O bien puede ocurrir que tenga una de las malformaciones bien conocidas: agua en el cerebro, fisura en el paladar, pie deforme, o los llamados estigmas de degeneración. Podría ser un monstruo.

En cualquier caso, no es "él" ni "ella", sino ESO.

Y si el bebé efectivamente nace con un defecto o deformidad, el daño que ello causa ala madre y el padre tal vez sea llamativo, ya que constituye lo opuesto a la tranquilidad frente al temor de ser incapaz de producir un ser ciento por ciento humano. Sé de un caso en que la enfermedad de un hombre databa del momento en que su esposa había dado a luz a un monstruo.

La lactancia brinda a la madre (y vicariamente al padre) una segunda oportunidad. El amamantamiento y la crianza personal le hacen sentir a una madre que su hijo es real -quiero decir en el caso de que previamente lo hubiese dudado a raíz de no contar con un ciento por ciento de capacidad para producir un bebé en la fantasía-

Los abortos suelen ser testimonio de esto. Supongamos que un aborto dé tres meses representa un 33,3 % de esa capacidad. Si la embarazada está en análisis, y su analista no logra dar a tiempo con la interpretación de las fantasías que ella tiene sobre su interior (y sobre el interior de los otros), la paciente puede abortar casi como un acto de sinceridad. Es como si nos estuviera diciendo que sería una falsedad que ella continuase con el embarazo y produjera un bebé completo. La única esperanza reside en que el analista pueda traer al análisis las fantasías acerca del interior, y enfrentar así al interior biológico desde la perspectiva de su función secundaria como depósito de una fantasía conscientemente repudiada.

La clave para el análisis de este aspecto de la maternidad es la interpretación de la relación de la fantasía con el funcionamiento orgástico (principalmente oral) en la situación transferencial. De esta manera, el mundo interior de la fantasía llega a sentirse real, como algo que no es preciso mantener secreto, algo de lo cual el individuo puede apropiarse; y al mismo tiempo, el analista asiste a la desaparición de la compulsión previa de la paciente a ubicar dentro del vientre el material de la fantasía postincorporativa.

La función biológica puede entonces proseguir sin perturbaciones, y la madre llevar su feto a término sin necesidad de enfermarse, ni siquiera en el triste caso de dar a luz un bebé deforme.

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

Nota sobre un caso vinculado a la envidia , 1963

Fechado en enero de 1963.

El paciente al que voy a referirme está en análisis conmigo desde hace alrededor de tres. años, después de tres tratamientos anteriores con otros terapeutas; en total lleva en análisis alrededor de veinticinco años. Se avizora el fin del tratamiento, aunque todavía no hemos fijado la fecha.

Tendido en el diván como de costumbre, dijo: "Bueno, hoy es un día en el que no sé qué va a pasar". La sesión del día anterior fue importante, porque en ella no hubo sentimientos. Luego comenzó a contarme, con mucha emoción, la conducta de un colega mío que a menudo aparece en el material que trae a sesión. Lo llamaré el

Dr. X. Es un pediatra que odia la psicología. El paciente lo describió -correctamente, por lo que sé- como una persona arrogante, presuntuosa, insustancial, demasiado segura de sí misma, autoritaria, etc., y dijo: "Lo envidio". Se sorprendió un poco por esto, ya que él, según sus propias palabras, era una persona que carece de confianza en sí misma, modesta y sensible.

Después que dedicara algunos minutos a expresar sus sentimientos hacia el Dr. X., le interpreté que lo estaba utilizando para manifestarme sentimientos a mí. A pesar de que a esta altura del análisis ya el paciente tenía un grado de insight considerable, no se había dado cuenta de eso, pero -dijo- creía que mi interpretación era correcta. Pasó otros varios minutos contándomelo contento que estaba por haber dejado de autoanalizarse y haber puesto la tarea en mis manos. Esto sólo lo había podido conseguir en los últimos tiempos. Me recordó que hacía poco que había llegado a sentirse contento por comprobar que yo era algo más que una proyección de sus propias capacidades.

Le interpreté, además, que me odiaba por ser la persona en la que él depositaba toda su seguridad y comprensión. Reaccionó frente a estas interpretaciones reiterándome que sentía alivio de poder dejar el análisis en mis manos; y continuó hablando de su odio hacia mí, pero luego interrumpió esto para decirme: "Tengo la nariz tapada y me duele el estómago; y estoy luchando con la idea de levantarme e ir hasta donde dejé el saco, para sacar el frasco de efedrina". También lleva en el saco píldoras para la indigestión y otras cosas más.

A fin de lo que relato resulte inteligible, es preciso acotar que en la sesión del día anterior había hecho referencia a todo esto como parte de su hipocondría, que está muy asociada a una identificación. materna muy desarrollada. A su vez, esto debió desprenderse de una vasta idea delirante que siempre tuvo, según

la cual él era en realidad una mujer. El hecho de jugar a ser mujer con una identificación femenina que es mucho más flexible se hizo presente en el análisis, y yo le interpreté que su hipocondría era precursora de la fantasía de fecundación.

En esta ocasión tuve que hacer uso de la interrupción, en la que él aludió a estas cuestiones que nos llevaron a la sesión anterior, interpretándole que al hablar estaba tratando de destruirme como varón, pero se encontraba en el camino con esa hipocondría, vinculada a la posibilidad de que él estuviera enamorado de mí como hombre. Esto tenía detrás una larga historia. Además, en la primera parte de la sesión el paciente me había mencionado que en el manejo de su hija adoptaba un rol maternal.

Continué interpretándole que con su identificación con la mujer y su búsqueda de un hombre (que en su caso nunca lo había llevado a una práctica homosexual franca, pero sí lo había aproximado bastante), evidentemente estaba en busca del hombre al que quería castrar. Esta interpretación le resultó interesante pero no pudo sentirla en profundidad. Hablamos del factor tiempo en la reacción ante la interpretación, que tiene que ir de la mano de esa otra cosa que es el tamizar las interpretaciones que pueden estar equivocadas y separarlas de las correctas. Me arriesgué a repetirla interpretación en función de su padre. Le dije que si ahora él comprobaba que su padre había sido fuerte y útil, eso lo complacería tanto que el descubrimiento de que a ese padre él lo quería castrar, por ser el padre potente del triángulo edípico, no le haría ninguna gracia.

Durante un rato dijo que esto era intelectualmente razonable, pero en lo profundo no lo aceptó. Más adelante manifestó que lo cierto es que el Dr. X: era arrogante, presuntuoso y vanidoso, y aunque eso era exactamente lo que a él le disgustaba en la gente, en realidad lo admiraba. A continuación elaboramos juntos lo siguiente: era forzoso admitir que el Dr. X. había sido introducido

para dar empuje a la idea de la potencia del analista. El Dr. X., un hombre joven, daba la impresión de ser potente, y el paciente temía que yo fuese un viejo cansado y débil, que precisaba ese empuje. A fin de llegar a envidiarme tenía que convertir a su analista en un Dr. X, analista. Era evidente que él admiraba al Dr. X. analista; y en esto se basaban la identificación materna, la posición homosexual y la hipocondría que, en potencia, era una fantasía de embarazo.

Descubrí entonces que mi interpretación anterior había producido en él toda una serie de ideas secundarias frente a las cuales había reaccionado. Entre ellas estaba la noción de que él debía atravesar una fase homosexual en relación conmigo, vale decir, una nueva fase homosexual, haciendo caso omiso de los ejemplos anteriores de ello en el análisis, y esta perspectiva lo llenaba de tedio.

Descubrí esto al interpretarle que para él era penoso sentir amor y la urgencia de castrar al Dr. X analista, ya que allí la ambivalencia era grosera. Esto lo llevó a comentar que, según él pensaba, iba a tener que sobrellevar una fase de homosexualidad en la transferencia. Ya era casi capaz de aceptar el hecho de que él estaba buscando un Dr. X, analista potente, con el fin de tener una figura paterna para castrarla, y que en su huida del conflicto que esto le causaba era probable que organizara una fase homosexual.

Esto arrojó una luz considerable sobre su pauta de comportamiento en la adolescencia y los comienzos de la virilidad, así como sobre gran parte del material de su vida posterior, en que se empeñó en ser heterosexual para escapar a la homosexualidad. (La desesperanza acerca de todo ello lo había llevado á la mayor explotación posible de su idea delirante fundamental, la de ser una mujer, que parece haber tenido precoces raíces en su desarrollo emocional.)

Así pues, la envidia que este paciente sentía hacia mí tenía muchos aspectos. Correspondía al extremo placer que le causó al fin

entregar el análisis a otra persona distinta de él mismo, y obtener las interpretaciones necesarias sin tener que decirle al analista lo que debía enunciar. Además, correspondía al hecho de que pocos meses atrás había reconocido mi existencia como persona separada, sobre la que él podía proyectar su propia capacidad analítica, su funcionamiento maternal y paternal, y sus facultades intelectuales. En relación con todo esto, él me odiaba por serle necesario y porque, a su juicio, yo era el único al que podía usar de este modo, hasta llegar finalmente a dejar en mis manos toda la responsabilidad como analista suyo.

Para que su envidia alcanzase su apogeo me tenía que dar el empuje del Dr. X., y luego estaba la trampa en la que él podía haber caído sin las interpretaciones adecuadas, de que evitaba la castración o el odio apelando a ese ámbito intermedio en el que encontraba complacido un analista potente y se enamoraba de él.

Biblioteca D. Winnicott

La observación de niños en una situación fija (1941)

Basado en un trabajo leído ante la Sociedad Psicoanalítica Británica, el 23 de abril de 1941.

Durante cerca de veinte años he observado niños en mi clínica del Paddington Green Children's Hospital y en un gran número de casos he tomado nota minuciosa de la forma en que se comportan en una situación dada, que sea fácilmente organizable dentro de la rutina diaria de la clínica. Espero poder reunir y presentar gradualmente los numerosos puntos de interés práctico y teórico que pueden extraerse de semejante labor. Sin embargo, en el presente trabajo quiero limitarme a describir la situación fija y a indicar en qué medida puede ser usada como instrumento para la investigación. De modo incidental cito el caso de un niño de siete meses que en el curso de una observación sufrió un ataque de asma y se sobrepuso a él, lo que tiene un considerable interés psicosomático.

Deseo, en la medida de lo posible, describir el marco de la observación y qué es lo que se me ha hecho tan familiar: lo que yo llamo "la situación fija" en que penetra cada uno de los niños que es traído a mi consulta.

En mi clínica, las madres y sus hijos esperan en el pasillo, fuera de la sala, bastante grande, donde yo trabajo. La salida de una madre y su pequeño es la señal para que entre la siguiente. Prefiero que la sala sea grande porque es mucho lo que hay que observar y hacer desde que la madre y el niño aparecen en la puerta hasta que llegan junto a mí (la puerta se halla en el otro extremo de la sala). Cuando la madre llega a mi lado ya he establecido, con mi expresión facial, contacto con ella y probablemente también con el niño. Asimismo, si no se trata de un paciente nuevo, he tenido tiempo para recordar el caso.

Si se trata de un niño pequeño, de un bebé, le pido a la madre que tome asiento ante mí, con la esquina de la mesa entre ella y yo. Ella se sienta con el pequeñín en las rodillas. De forma rutinaria, coloco en el borde de la mesa un bajalengua reluciente y en ángulo recto. Invito a la madre a colocar al pequeño de tal manera que si lo desea pueda coger el bajalengua. Por regla general, la madre entiende lo que pretendo y me resulta fácil explicarle poco a poco que durante un rato ella y yo evitaremos en lo posible intervenir en la situación, de forma que lo que suceda pueda atribuirse a la espontaneidad del pequeño. Como podrán imaginarse, la capacidad o la incapacidad de la madre para seguir esta sugerencia demuestra en cierto modo cómo es en su propia casa. Si se muestra angustiada por la posibilidad de una infección, que sienta rechazo moral a meterse cosas en la boca, que tenga proclividad a actuar atropellada o impulsivamente, todas estas características salen a relucir.

Tiene gran valor saber cómo es la madre, pero por regla, general ésta sigue mi sugerencia. He aquí al niño, pues, sentado en la rodilla de su madre, ante una nueva persona (que da la casualidad de ser varón) sentada delante, mientras sobre la mesa se halla un reluciente bajalengua. Debo añadir que si hay acompañantes, a

menudo debo poner más cuidado en la forma de colocarlos, ya que su tendencia es la de sonreír al niño y hacer algo en relación con él: hacerle carantoñas; acariciarle o cuando menos demostrarle su cariño. Si algún acompañante es incapaz de acatar la disciplina que exige la situación, entonces de nada sirve que prosiga con la observación, pues inmediatamente se convertiría en algo innecesariamente complicado.

El comportamiento del pequeño

Inevitablemente, el bebé se siente atraído por ese objeto metálico que reluce y quizá se balancea. Si hay otros niños presentes, éstos saben muy bien que lo que ansía el pequeño es coger ese objeto. (A menudo les resulta insoportable contemplar los titubeos del pequeño si éstos son muy pronunciados, por lo que son ellos los que cogen el bajalengua y se lo meten en la boca al pequeño. De todos modos, esto es adelantarme a los acontecimientos.) ya tenemos al pequeño sentado delante de nosotros, atraído Por un objeto muy sugestivo. Ahora pasaré a describir lo que, a mi modo de ver, constituye la secuencia normal de acontecimientos. Opino que toda variante es significativa.

Primera fase.

El bebé pone la mano encima del bajalengua, pero en este momento, en forma inesperada, descubre que la situación debe ser meditada. Se halla en un aprieto. O bien, con la mano apoyada sobre el bajalengua y el cuerpo completamente inmóvil, nos mira a mí y a su madre con los ojos muy abiertos, o bien, en ciertos casos, su interés se desvanece del todo y esconde la cara en la blusa de su madre. Normalmente es posible controlar la situación, de tal modo que la madre no haga, nada para tranquilizarle y resulta muy interesante observar cómo el pequeño, gradual y espontáneamente, vuelve a recobrar su interés por el bajalengua.

Segunda fase.

Todo el rato, durante «el período de hesitación», como yo lo llamo, el pequeño mantiene el cuerpo quieto, pero no rígido. Paulatinamente se va envalentonando lo bastante para dejar que sus sentimientos se desarrollen, y entonces el cuadro cambia rápidamente. El momento en que esta primera fase da paso a la segunda es muy evidente, ya que la aceptación por el niño de la realidad de que desea el bajalengua se ve anunciada por un cambio en el interior de la boca, que pasa a ser flácido, mientras la lengua cobra un aspecto grueso y flojo y la saliva fluye copiosamente. Al cabo de un rato el niño se mete el bajalengua en la boca y lo mastica con las encías, o parece imitar el modo en que su padre se fumaría una pipa. El cambio en el comportamiento del pequeño constituye un rasgo notable. La expectación y la inmovilidad se ven ahora sustituidas por la confianza en si mismo, mientras que el cuerpo se mueve con soltura. Este segundo rasgo está relacionado con la manipulación del bajalengua. Frecuentemente he hecho un experimento consistente en tratar de meter el bajalengua en la boca del pequeño durante el período de hesitación. Tanto si éste se ajusta a mi pauta de normalidad como si, por el contrario, difiere de ella en grado y características, he comprobado que resulta imposible meter el bajalengua en la boca del niño sin recurrir a la fuerza bruta. En ciertos casos en que la inhibición es aguda, todo intento que yo haga para acercar el bajalengua a la boca del niño da por resultado que éste se ponga a chillar, que se vea mentalmente afligido e incluso que presente un cólico abdominal.

Parece que ahora el bebé siente que el bajalengua está en su poder, del que ciertamente dispone para fines de autoexpresión. Da golpes sobre la mesa o contra el cubilete con él armando todo el ruido que le es posible armar; de lo contrario, lo acerca a mi boca o a la de su madre y se alegra mucho si nosotros fingimos que nos está alimentando. Decididamente lo que el pequeño desea es que juguemos a que nos da de comer y se enfada si somos lo bastante estúpidos como para meternos el objeto en la boca, ya que entonces el juego deja de ser tal. En este punto podría decirles que jamás he hallado pruebas de que los pequeños se lleven un chasco debido

a que, en realidad, en el bajalengua no haya comida ni sea comestible.

Tercera fase.

Existe una tercera fase. En ella, el niño, ante todo, deja caer el bajalengua como por accidente. Si le es devuelto se alegra, vuelve a jugar con él y de nuevo lo deja caer, pero esta vez menos accidentalmente. Al serle devuelto esta vez, lo deja caer a propósito y disfruta una enormidad librándose agresivamente de él y en especial disfruta al oírlo tintinear cuando choca con el suelo.

El final de esta tercera fase (1) tiene lugar, bien cuando el niño desea reunirse con el bajalengua en el suelo o se lo mete en la boca y vuelve a jugar con él, o bien cuando se aburre de este objeto y quiere coger cualquier otro que esté a mano.

En cuanto a descripción de lo normal, esto es válido solamente para los niños de edad comprendida entre los cinco y los trece meses. Una vez cumplidos los trece meses el interés del pequeño por los objetos se ha ampliado tanto que, si hace caso omiso del bajalengua y quiere coger el secante, por ejemplo, no puedo estar seguro de que haya una verdadera inhibición con respecto al interés originario. Dicho de otra manera, la situación se complica rápidamente y se acerca a la situación analítica corriente en el análisis de un niño de dos años, con el inconveniente, para lo relativo a lo analítico, de que, dado que el niño es demasiado pequeño para poder hablar, el material que nos presenta resulta difícil de comprender. No obstante, antes de los trece meses de edad, la no posesión de la facultad del habla por parte, del niño no constituye ningún problema en esta “situación fija”.

Después de los trece meses, las angustias del niño siguen siendo susceptibles de aparecer reflejadas en la situación fija. Su interés positivo desborda la situación fija.

He comprobado que en la citada situación es posible llevar a cabo una labor terapéutica, si bien mi objetivo en el presente trabajo no radica en trazar las posibilidades terapéuticas de esta clase de labor. Les mostraré un caso que publiqué en 1931 y en el que afirmaba la creencia de que era posible realizar tal clase de labor. Los años subsiguientes han venido a confirmar la opinión que me formé por aquel entonces.

Se trataba del caso de una niña pequeña que llevaba seis u ocho meses acudiendo a mi consulta debido a una alteración nutritiva, probablemente iniciada por una gastroenteritis infecciosa. El desarrollo emocional de la niña se había visto turbado por esta enfermedad que la hacía sentirse irritable, insatisfecha y propensa al vómito después de ingerir alimentos. Dejó de jugar, y a los nueve meses, no sólo sus relaciones con la gente eran del todo insatisfactorias, sino que, además, empezaba a padecer convulsiones que, a los once meses, eran ya frecuentes.

A los doce meses, las convulsiones eran ya de mayor cuantía e iban seguidas de un estado soñoliento. Por aquel entonces empecé a verla con intervalos de pocos días, dedicándole veinte minutos de atención personal, de un modo bastante parecido a lo que hoy denomino «situación fija», pero colocándome a la pequeña sobre mis propias rodillas.

En una consulta tenía a la niña en las rodillas mientras la estaba observando. La pequeña hizo un intento furtivo de morderme los nudillos. Tres días más tarde la tenía otra vez sobre las rodillas, esperando ver lo que haría. Me mordió los nudillos tres veces, con tanta fuerza que casi me levantó la piel. Luego se puso a jugar arrojando bajalenguas al suelo. Así permaneció sin parar durante quince minutos, sin dejar de llorar como si verdaderamente fuese desgraciada. Al cabo de dos días la tuve en mis rodillas durante media hora. Había padecido cuatro convulsiones en los dos días anteriores. Al principio lloró como de costumbre. Volvió a morderme los nudillos con gran ensañamiento, sin que esta vez mostrase sentimientos de culpabilidad, y luego

se puso a jugar a algo que consistía en morder los bajalenguas y arrojarlos a lo lejos. Mientras permaneció en mis rodillas empezó a ser capaz de disfrutar con sus juegos. Al cabo de un rato se puso a manosearse los dedos de los pies.

Más adelante, se presentó un día la madre y me dijo que desde la última consulta la pequeña era “una niña diferente”. No sólo no había sufrido ninguna convulsión sino que por las noches dormía bien, y estaba contenta todo el día, sin bromuro. Al cabo de once días la mejoría persistía sin necesidad de medicación: ya habían transcurrido catorce días sin convulsiones, por lo que la madre pidió que la diese de alta.

Visité a la pequeña un año más tarde y comprobé que desde la última consulta no había tenido ningún síntoma en absoluto. Me encontré con una niña totalmente sana, feliz, inteligente y amigable, aficionada a jugar y libre de las angustias normales.

La fluidez de la personalidad infantil, unida al hecho de que los sentimientos y los procesos inconscientes se hallan tan íntimamente unidos en las primeras etapas de la infancia, permiten llevar a término algunos cambios en el curso de unas pocas entrevistas. No obstante, esta fluidez no significa forzosamente que el pequeño, que es normal cuando tiene un año, o el pequeño que a tal edad se ve favorablemente afectado por el tratamiento, se halla absolutamente fuera de peligro. Sigue presentando tendencia a la neurosis en una etapa posterior, así como a enfermar a causa de su exposición a malos factores ambientales. Sin embargo, si el primer año del pequeño transcurre sin contratiempos, los pronósticos son buenos.

Desviaciones de la normalidad

Ya he dicho que resulta significativa cualquier desviación de lo que he llegado a considerar como la norma de comportamiento en la situación fija.

La variación principal y más interesante la constituye la hesitación inicial, que o bien es exagerada o brilla por su ausencia. Un bebé determinado no mostrará ningún interés visible por el bajalengua, dejará pasar un largo tiempo antes de que sea consciente de su interés o antes de reunir el valor suficiente para demostrarlo. Por el contrario, otro agarrará el bajalengua y se lo meterá en la boca en el espacio de un segundo. En uno y otro caso existe una desviación con respecto a lo normal. Si la inhibición es marcada, habrá un grado más o menos pronunciado de aflicción, la cual, a decir verdad, puede llegar a ser muy aguda.

En otra de las variaciones de la norma, el pequeño coge el bajalengua e inmediatamente lo arroja al suelo, cosa que repite tan pronto como le es devuelto por el observador.

Casi con toda seguridad hay una correlación entre éstas y otras variaciones de la norma y la relación del niño con los alimentos y las personas.

Aplicación de la técnica ilustrada por un caso

La situación fija que he descrito constituye un instrumento que cualquiera puede adaptar con vistas a la observación de un caso concreto. Antes de pasar a comentar la teoría del comportamiento normal del niño en esta situación, les contaré un caso a guisa de ejemplo. Se trata del caso de una pequeña que padecía asma. El comportamiento de la enfermedad, que apareció y desapareció en dos ocasiones cuando la pequeña estaba en observación, tal vez parecería fortuito de no haber sido por el hecho de que la niña estaba en observación de rutina y, también, por el hecho de que los detalles del comportamiento de la pequeña pudieron compararse con los del comportamiento de otros pequeños en la misma situación. Debido a la técnica empleada, fue posible

comprobar que el asma, lejos de tener una relación incierta con los sentimientos de la niña, se relacionaba con cierta clase de sentimientos y con cierta fase claramente definida de una secuencia de acontecimientos que me es familiar.

Margaret, una niña de siete meses, me es traída por su madre porque la noche anterior a la consulta se la ha pasado respirando dificultosamente. De no ser por eso, la niña es muy feliz, duerme bien, y come de todo. Sus relaciones con ambos padres son buenas, especialmente con el padre, persona que trabaja de noche y, por tanto, ve mucho a su hija. La pequeña ya sabe decir "pa-pi", pero no "ma-mi". Cuando pregunto a quién se dirige cuando algo va mal, la madre me replica que acude a su padre, que es capaz de hacerla dormir. Tiene una hermana que le lleva dieciséis meses y que no padece ningún tipo de enfermedad. Las dos niñas juegan juntas y se quieren, si bien el nacimiento de la más pequeña suscitó ciertos celos en su hermana.

La madre explica que ella misma padeció asma al quedar embarazada de la pequeña, cuando la otra tenía solamente siete meses. Hasta un mes antes de la consulta la madre también se sentía mal, pero luego no volvió a padecer asma. Su propia madre, es decir, la abuela de la paciente, era propensa al asma, que empezó a sufrir también cuando empezó a tener hijos. La relación entre Margaret y su madre es buena y la niña toma el pecho satisfactoriamente.

El síntoma asma no se presenta de forma completamente imprevista. La madre relata que durante tres días la niña ha tenido el sueño agitado y que ha dormido solamente de diez en diez minutos, despertándose con gritos y temblores. Durante un mes se ha estado llevando los puños a la boca, hecho que últimamente ha pasado a ser un tanto compulsivo y angustioso. Durante tres días ha tenido una ligera tos, pero el ruido jadeante no se ha definido hasta la noche anterior a la consulta.

Es interesante fijarse en el comportamiento de la pequeña en la situación fija. Veán las notas detalladas que tomé entonces: "Puse un bajalengua formando ángulo recto con la mesa y la niña se interesó inmediatamente, lo miró, me miró durante largo rato con los ojos muy abiertos y suspirando. Esto continuó durante cinco minutos, sin que la niña fuese capaz de decidirse a cogerlo. Cuando finalmente lo hizo, al principio no acababa de decidirse a metérselo en la boca, aunque resultaba evidente que eso era lo que quería hacer. Al cabo de un rato, como si se sintiese tranquilizada al ver que nosotros seguíamos igual que antes, se dio cuenta de que podía cogerlo. Al acercárselo a sí misma me di cuenta de que se producía el habitual flujo de saliva; luego siguieron varios minutos dedicados a disfrutar de su experiencia bucal". Se comprobará que semejante comportamiento se ajustó a lo que yo llamo normal.

En la segunda consulta, Margaret alargó la mano para tomar el bajalengua, pero de nuevo vaciló, exactamente igual que en la primera visita, y de nuevo sólo gradualmente fue capaz de metérselo en la boca y disfrutarlo confiadamente. Su forma de ponérselo en la boca era más ansiosa de lo que había sido en la ocasión anterior, y además hacía ruiditos mientras lo mordía. Pronto lo dejó caer adrede y, al serle devuelto, jugó con él presa de excitación y haciendo ruidos, mirándonos a mí y a su madre, evidentemente satisfecha y pataleando. Jugó un rato después arrojó el bajalengua al suelo, se lo volvió a meter en la boca cuando se lo devolvimos, agitó fuertemente las manos y luego empezó a mostrar interés, por otros objetos que estaban a su alcance, incluyéndose el cubilete entre ellos. A la larga acabó por dejar caer el cubilete y, como parecía querer que la pusiéramos en el suelo, así lo hicimos, y le dimos el cubilete y el bajalengua. Levantó la vista con cara de estar satisfecha de la vida, sin dejar de jugar con los dedos de los pies, el bajalengua y el cubilete, pero no con estas dos últimas cosas a la vez. Al final alargó la mano hacia el bajalengua como si quisiera juntar ambos objetos, pero se limitó a empujarlo lejos del cubilete. Al devolversele el bajalengua llegó a golpear el cubilete con él armando gran estruendo.

(El aspecto más importante de este caso en relación con lo que estamos tratando se encuentra en la primera parte de la descripción, pero he querido leerles todas las notas pertinentes al caso debido al gran interés que todos sus detalles podrían tener en el supuesto de que se ampliase el tema del comentario. Así, por ejemplo,

sólo de manera gradual llegó la niña a juntar los dos objetos.

Esto es muy interesante y resulta representativo de sus dificultades, así como de su creciente habilidad con respecto a la dirección de dos personas a la vez. Con el fin de que el presente tema quede lo más claro posible, dejo para otra ocasión el comentario de estos aspectos.)

En este comentario del comportamiento de la pequeña en la situación fija no he dicho todavía en qué momento se le desarrolló el asma. La niña se hallaba sentada en el regazo de su madre, con la mesa entre ellas y yo. La madre sujetaba a la pequeña por el pecho, con las dos manos, sosteniéndole el cuerpo. Fue, pues, muy fácil ver en qué momento se produjo un espasmo bronquial. Las manos de la madre indicaban los exagerados movimientos del pecho de la niña, tanto en lo que hace a su profunda inspiración como su prolongada y dificultosa espiración; asimismo el ruido de esta última era claramente perceptible. La madre podía ver tan bien como yo cuándo le daba el asma a la pequeña. En ambas ocasiones el asma se presentó en el momento e que la niña hesitaba antes de coger el bajalengua. Puso la mano sobre el bajalengua y entonces, mientras controlaba su cuerpo, su mano y el medio ambiente, le vino el asma, que entraña el control involuntario de la espiración. En el momento en que cobró confianza acerca del bajalengua que estaba en la boca, cuando fluía la saliva, cuando la inmovilidad dio paso al disfrute de la actividad y cuando la actitud vigilante se vio sustituida por la confianza en sí misma, en ese momento, repito, el asma cesó.

Transcurrió una quincena sin que la niña volviese a tener asma (2), con la salvedad de los dos ataques que le dieron en las dos consultas. Recientemente (es decir, veintiún meses después del episodio que he narrado), la niña no ha tenido más ataques de asma, si bien, por supuesto, es susceptible de tenerlos (3).

Gracias al método empleado para la observación me es posible deducir ciertas conclusiones de este caso, referentes a los ataques de asma y su relación con los sentimientos de la pequeña. Mi deducción principal es la de que en este caso había una asociación más que íntima entre el espasmo bronquial y la angustia, suficiente para postular la existencia de una relación entre ambos. Gracias al hecho de que la niña estaba en observación en condiciones conocidas, es posible comprobar que para ella el asma iba asociada con el momento en que normalmente se producen las vacilaciones, y éstas implican conflicto mental. Se suscita un impulso que de momento es controlado, y en dos ocasiones el asma coincide con este período durante el cual el impulso se halla controlado. Esta observación, especialmente si se ve confirmada por otras parecidas, constituiría una buena base para discutir el aspecto emocional del asma, en particular si se hace en conjunción con observaciones llevadas a cabo durante el tratamiento psicoanalítico de pacientes asmáticos.

Discusión de la teoría

Está claro, en primer lugar, que la hesitación es un signo de angustia, aunque aparezca normalmente.

Como dijo Freud (1926), “la angustia es acerca de algo”. Así, pues, son dos las cosas que hay que discutir: lo que sucede en el cuerpo y en la mente en estado de angustia, y ese algo que suscita la angustia.

Si nos preguntamos por qué hesita el pequeño después del primer gesto impulsivo, creo que por fuerza estaremos de acuerdo en que ésta es una manifestación del superyo. En cuánto al origen de esto, he sacado la conclusión de que, hablando en términos generales, la hesitación normal del pequeño no puede explicarse haciendo referencia a la actitud de los padres. Pero esto no quiere decir que yo descarte la posibilidad de que el pequeño se comporte de esta manera porque haya aprendido a esperar que su madre desaprobe, incluso que se enfade, siempre que manosea o se mete en la boca algún objeto. La actitud de los padres sí influye considerablemente en ciertos casos.

He llegado a distinguir fácilmente cuáles son las madres que desaprobaban con vehemencia que su pequeño

toque cosas o se las meta en la boca, pero, en términos generales, puedo decir que las madres que acuden a mi clínica no impiden que se haga lo que ellas creen que es un interés infantil corriente. A decir verdad, entre estas madres las hay que incluso han acudido a mí porque el pequeño ha dejado de coger cosas y metérselas en la boca, fenómeno que ellas reconocen como síntoma.

Asimismo, a esta tierna edad, antes de que el pequeño cumpla los catorce meses, por ejemplo, existe una fluidez de carácter que permite supeditar cierta parte de la tendencia a prohibir que tiene la madre. Yo le digo a la madre que el pequeño puede hacerlo en el consultorio si así lo desea, pero añadido que no le aliente a hacerlo. He comprobado que, en la medida en que los niños no se vean impulsados por la angustia, son capaces de ajustarse a este medio ambiente modificado.

Pero sea o no sea la actitud de la madre lo que determina el comportamiento del bebé, sugiero que la hesitación significa que el pequeño espera que su acto cause el enfado y tal vez la venganza de su madre. Para que el pequeño se sienta amenazado, incluso por una madre que esté verdadera y ostensiblemente enfadada, es imprescindible que en su mente infantil exista la noción de una madre enojada. Como dice Freud (1926): «Por el contrario, el peligro externo (objetivo), si ha de tener significación para el yo, es necesario que haya sido interiorizado».

Si la madre se ha enfadado de veras y el pequeño tiene motivos reales para esperar que ella demuestre su enfado durante la consulta, al verle coger el bajalengua, nos vemos conducidos hacia las fantasías aprehensivas del pequeño, justamente en el caso corriente en que el niño hesita pese a que la madre no sólo tolera tal comportamiento sino que incluso da por sentado que se producirá. El “algo” que provoca la angustia se halla en la mente del niño, es la idea de una posible severidad o castigo. Y todo lo que se encuentra en la mente del niño puede verse proyectado en esta nueva situación. Cuando no ha habido ninguna experiencia de prohibición, la hesitación entraña conflicto o bien la existencia, en la mente del pequeño, de una fantasía correspondiente al recuerdo que de su madre verdaderamente severa tiene el otro pequeño. En uno y otro caso, por lo tanto, en primer lugar el niño tiene que contener su interés y su deseo, y solamente es capaz de reencontrar su deseo en la medida en que su puesta a prueba del medio le dé resultados satisfactorios. Yo le facilito el marco para tal puesta a prueba.

Cabe deducir, pues, que el «algo» que da origen a la angustia reviste una importancia tremenda para el niño. Para comprender más ese “algo” será preciso valernos de los conocimientos obtenidos en el análisis de niños de edad comprendida entre los dos y los cuatro años. Cito esta edad porque, como lo ha comprobado Melanie Klein, y creo que todos los que hayan analizado niños de dos años, hay algo en la experiencia de tales análisis que no puede sacarse de los análisis de niños de tres años y medio o cuatro años y que, con toda seguridad, no se obtiene de los análisis de niños en periodo de latencia. Una de las características del niño de dos años es que las fantasías orales primarias, así como sus correspondientes angustias y defensas, son claramente discernibles al lado de una serie de procesos mentales secundarios y muy elaborados.

No todo el mundo acepta la idea de que los niños tengan fantasías, pero probablemente todos nosotros, los que hemos analizado niños de dos años, habremos comprobado que es necesario postular el hecho de que un niño pequeño, incluso uno de siete meses, como el que padecía asma y cuyo caso he citado, tiene fantasías. Tales fantasías no están aún asociadas con el uso de palabras, pero están llenas de contenidos son ricas en emoción, y puede decirse que aportan los cimientos sobre los que se edificará toda fantasía posterior.

Estas fantasías del pequeño no sólo se refieren al medio externo, sino que también se refieren a la suerte y a la interrelación entre las personas y fragmentos de personas que, por medio de la fantasía, son transportadas al interior del pequeño -primero junto con la ingestión de alimentos y subsiguientemente a modo de procedimiento independiente- y que pasan a formar la realidad interior. El niño presiente que las cosas interiores son buenas o malas, del mismo modo que lo son las cosas externas. Las cualidades de bueno o malo dependen de la relativa aceptabilidad del objetivo en el proceso de ingestión. Éste, a su vez, depende de la fuerza de los impulsos destructores en relación a los impulsos amorosos, así como de la capacidad de cada niño para tolerar las angustias que se derivan de las tendencias destructoras. Asimismo, y relacionado con ambos

factores, debe tenerse en cuenta la naturaleza de las defensas del niño, incluyendo el grado de desarrollo de su capacidad para ofrecer reparaciones. Todo esto podríamos resumirlo diciendo que la capacidad del niño para conservar la vida de aquello que ama y para retener su creencia en su propio amor ejerce una importante influencia en el grado de bondad o de maldad que le parezcan poseer las cosas que le son internas y externas, y esto, en cierto modo, cabe decirlo incluso del niño de escasos meses de edad. Además, tal como lo ha demostrado Melanie Klein, existe un intercambio constante entre la realidad interior y la exterior, así como una constante puesta a prueba de las mismas. La realidad interior se ve siempre edificada y enriquecida por la experiencia instintiva relacionada con los objetos externos y las aportaciones hechas por ellos (en la medida en que tales aportaciones puedan percibirse); y el mundo exterior es constantemente percibido, mientras que la relación del individuo con dicho mundo se ve enriquecida debido a que en este individuo existe un mundo interior dotado de vida.

La percepción y la convicción que se obtienen del análisis de niños pequeños es aplicable retroactivamente al primer año de vida, del mismo modo en que Freud aplicó a su comprensión los niños lo que había comprobado en los adultos. Es más, no lo aplicó exclusivamente a la comprensión del paciente en su calidad de tal o cual niño, sino que lo aplicó a todos los niños en general.

Resulta esclarecedor observar directamente a los niños y a nosotros nos es necesario hacerlo. En muchos aspectos, sin embargo, el análisis de un niño de dos años nos dice mucho más sobre el pequeño de lo que jamás podamos obtener de la observación directa de niños. No hay por qué sorprenderse: lo que hace que el psicoanálisis constituya un instrumento sin igual para la investigación radica como sabemos, en su capacidad para descubrir lo inconsciente que hay en la mente y enlazarlo con la parte consciente de la misma, obteniendo así algo semejante a la comprensión plena del individuo sometido al análisis. Esto es aplicable incluso al bebé y al niño pequeño, si bien la observación directa nos puede decir mucho si realmente sabemos cómo y qué buscar. El procedimiento apropiado es, evidentemente, valernos en cuanto podamos tanto de la observación como del análisis, y dejar que cada uno de estos métodos ayude al otro.

Quisiera ahora decir algo sobre la fisiología de la angustia. ¿Acaso el no señalar, o hacerlo sólo raramente, que la fisiología de la angustia no puede describirse en términos sencillos, por la sencilla razón de que es distinta según los casos y según el momento en que se presenta, no retrasa el desarrollo de la psicología descriptiva? La enseñanza es que la angustia puede caracterizarse por palidez, sudor, vómitos, diarrea y taquicardia. Sin embargo, resultó interesante comprobar en mi clínica que existen varias manifestaciones alternativas de la angustia, sea cual fuere el órgano o función que se esté estudiando. Durante el examen físico, si se lleva a cabo en una clínica cardíaca, al niño que padece angustia se le puede observar eretismo cardíaco. Tal vez se observen bradicardia o taquicardia extremas. Para comprender qué es lo que está pasando cuando se constatan estos síntomas creo que nos es preciso saber algo acerca de los sentimientos del niño y de sus fantasías y, por ende, acerca del grado de excitación y rabia que se mezclan entre sí, así como acerca de las defensas contra ambas.

Como es bien sabido, la diarrea no siempre es simple cuestión de fisiología. La experiencia analítica con niños y adultos demuestra que a menudo se trata de un proceso que acompaña a un temor inconsciente a cosas definidas, cosas que hay dentro y que perjudicarán al individuo si se mantienen allí. Puede que el individuo sepa que le teme a los impulsos, pero esto, aunque cierto, es sólo una parte de la historia, ya que es igualmente cierto que ese individuo teme inconscientemente a una serie de cosas específicas y malas que en alguna parte existen para él. Al decir "en alguna parte" me refiero a su interior o a su exterior, normalmente a ambos sitios. En ciertos casos, por supuesto, estas fantasías pueden ser conscientes hasta cierto punto y dar color a la descripción que de sus dolores y sensaciones hace el hipocondríaco.

Si examinamos la hesitación de un niño en nuestra consabida situación fija, podremos decir que los procesos mentales que subyacen a ella semejan a los que actúan a modo de trasfondo de la diarrea, si bien su efecto es contrario. He escogido la diarrea pero hubiese podido referirme a cualquier otro proceso fisiológico que pueda ser exagerado o inhibido según la fantasía inconsciente que esté afectando a aquel órgano o función concretos. De la misma manera, atendiendo a la hesitación del niño en la situación fija, cabe decir que incluso cuando el

comportamiento del niño es una manifestación de temor, sigue habiendo lugar para la descripción de los mismos titubeos en términos de fantasía inconsciente. Lo que vemos es el resultado de que el impulso del pequeño a alargar la mano y coger se vea sujeto a un control que incluso llega a la negación momentánea del impulso. Ir más allá para describir lo que hay en la mente del pequeño no es cuestión de observación directa, pero, como he dicho, esto no quiere decir que en la mente del pequeño no haya nada que corresponda a la fantasía inconsciente que a través del psicoanálisis podemos demostrar que existe en la mente de un niño de mayor edad o de un adulto que hesite en una situación semejante.

En el caso que he citado especialmente como ejemplo de la aplicación de la técnica, el control incluye el de los conductos bronquiales. Sería interesante analizar la importancia relativa del control de los bronquios como órgano (el desplazamiento del control de, por ejemplo, la vejiga) y la medición de la espiración o de la inspiración en caso de no haber sido controlada. Cabe que el niño, al asociarla con una idea peligrosa, sienta que la expulsión del aire es algo peligroso. Esta idea, por ejemplo, puede ser la de deglutir. Para el pequeño, que se encuentra tan en contacto con el cuerpo de la madre y con el contenido de sus pechos, contenido que efectivamente toma, la idea de deglutir del pecho no es en modo alguno remota y el temor de penetrar en el cuerpo de la madre pudiera muy bien asociarse en la mente del pequeño con el de no respirar.

Como podrán ver, la idea de una respiración peligrosa o de un órgano respiratorio peligroso nos lleva una vez más a las fantasías del niño.

Lo que pretendo decir es que no puede haber sido pura casualidad que el niño ganase y perdiese el asma de modo tan claramente relacionado con el control de un impulso en dos ocasiones distintas y que, por consiguiente, resulta muy justificado que examinar cada uno de los detalles de la observación.

Dejando aparte el caso especial del niño asmático y volviendo a la hesitación normal del niño que quiere coger el bajalengua, vemos que es en la mente del pequeño donde existe el peligro, y que éste sólo puede explicarse partiendo del supuesto de que tiene fantasías o algo equivalente.

Ahora bien, ¿qué representa el bajalengua? La respuesta a esta pregunta es compleja porque el bajalengua representa diversas cosas.

Que puede representar un pecho, es cierto. Resulta fácil decir que el bajalengua representa el pene, pero esto difiere mucho de decir que representa un pecho, ya que el niño, si bien está familiarizado con los pechos o el biberón, muy raramente tiene conocimiento real y basado en la experiencia de cómo es el pene de un adulto. En la inmensa mayoría de casos el pene tiene que ser la fantasía infantil de cómo debe de ser el pene del adulto. Dicho de otra manera, al hablar de un pene no quiero enunciar más que la posibilidad de que el pequeño tenga una fantasía en la que aparezca algo semejante a un pecho y al mismo tiempo diferente, ya que se trata de algo más propio de su padre que de su madre. Pensamos que, para forjarse su fantasía, el niño saca partido de sus propias sensaciones genitales y de la autoexploración corporal.

No obstante, creo que lo cierto es que lo que más adelante el niño conocerá como pene, antes lo ha sentido como una cualidad maternal, tal como puede ser la vivacidad, la puntualidad en darle de comer, la confiabilidad, etc., o, en su defecto, como algo que hay en el pecho materno y que se iguala a la erección y aumento de volumen del pene, o algo que hay en su cuerpo y que se iguala con la postura erguida, o como cien cosas más respecto a su madre que no forman parte esencial de ella. Es como si, al acudir al pecho y beber leche, el bebé, en sus fantasías, meta la mano dentro, se tire de cabeza o irrumpa de cualquier otro modo en el cuerpo de su madre, según la fuerza y la ferocidad del impulso, para arrancar del pecho todo lo que contenga de bueno. En el inconsciente, este impulso de alargar la mano hacia dentro se ve asimilado con lo que más adelante se comprobará que es el pene.

Aparte de representar pechos y pene, el bajalengua sirve también para representar gente. La observación ha demostrado que el pequeño de edad comprendida entre cuatro y cinco meses puede ser capaz de captar

personas enteras a través de los ojos, calibrar el estado de ánimo de una persona, su aprobación o desaprobación, o distinguir entre una persona u otra (4).

Me gustaría señalar que al explicar el período de hesitación mediante la referencia a una experiencia real de la desaprobación de la madre, se da por supuesto que el niño en cuestión es normal o lo bastante desarrollado como para captar personas completas. De ningún modo es esto cierto en todos los casos, ya que hay niños que muestran interés y temor con respecto al bajalengua y que, sin embargo, son incapaces de formarse una idea de persona completa.

La observación cotidiana muestra que los niños cuya edad es inferior a la que estamos tratando -de cinco a trece meses- normalmente no sólo reconocen a la gente, sino que también se comportan de forma distinta ante diferentes personas.

En la situación fija, el niño que se halla en observación me da una serie de claves importantes con respecto al estado de su desarrollo emocional. Puede que en el bajalengua vea solamente un objeto que puede coger o dejar y al que no relacione con un ser humano. Esto quiere decir que en él no se ha desarrollado la capacidad para construir la persona completa partiendo del objeto parcial, o bien que ha perdido dicha capacidad. También puede comportarse de tal modo que demuestre que detrás del bajalengua me ve a mí o a su madre, y actúe como si el objeto formase parte de mí o de la madre. En tal caso, si coge el bajalengua, es como si tomase el pecho de su madre. Finalmente, cabe también que vea a su madre y a mí y considere que el bajalengua es algo que tiene que ver con la relación que hay entre su madre y yo mismo. En la medida en que éste sea el caso, al coger o dejar el objeto, el pequeño establece una diferencia en la relación de dos personas que representan al padre y a la madre.

Hay algunas fases intermedias. Por ejemplo, hay niños que evidentemente prefieren pensar que el bajalengua se relaciona con el cubilete, de donde lo sacan y donde lo meten repetidamente, con evidentes muestras de placer e interés, hasta de excitación. Al parecer, el interés por dos objetos a la vez les es más natural que el interés por el bajalengua en tanto que objeto que pueden coger de mí, alimentar con él a la madre o dar golpes con él en el cubilete que hay sobre la mesa.

Sólo por medio de la observación se puede hacer justicia a la riqueza de variaciones que cierto número de niños introducen en el sencillo marco que tan fácil es proporcionarles.

Si tiene capacidad para ello, el niño se encuentra tratando con dos personas a la vez, la madre y yo. Para esto se requiere un grado de desarrollo emocional superior al reconocimiento de una persona entera y en verdad que es cierto que muchos neuróticos jamás llegan a ser capaces de tener relación con dos personas a la vez. Se ha señalado que el adulto neurótico a menudo es capaz de sostener una buena relación con el padre o con la madre individualmente, pero que le es difícil hacerlo con ambos a la vez. Este paso en el desarrollo del niño, en virtud del cual llega a ser capaz de una relación con dos personas que para él revisten importancia (lo que, fundamentalmente, quiere decir con ambos padres), y que es capaz de sostener dicha relación simultáneamente, constituye un paso muy importante y en tanto no lo da el niño no puede ocupar satisfactoriamente su lugar en la familia o en un grupo social. Según mis observaciones, este paso importante se da por primera vez en el primer año de vida.

Antes de cumplir un año de edad, puede que al niño le parezca que está privando a otros de cosas que son buenas e incluso esenciales debido a la voracidad suscitada por su amor. Esta sensación corresponde a su temor, fácilmente confirmable por la experiencia, de que cuando él se ve privado del pecho, del biberón o del amor de su madre, otra persona disfruta más de la compañía de ésta. De hecho, esta persona puede ser el padre, o un hermanito recién nacido. Los celos y la envidia, que en esencia son orales en estas primeras asociaciones, incrementan la gula pero también estimulan los deseos y fantasías genitales, contribuyendo así a una extensión de los deseos libidinosos y del amor, así como del odio. Todos estos sentimientos acompañan a los primeros pasos que da el niño en pos de la instauración de relaciones con ambos progenitores, pasos que son también las fases iniciales de su situación edípica, la directa y la inversa. El conflicto entre el amor y el odio y el

consiguiente sentimiento de culpabilidad, así como de temor a perder lo que es amado, conflicto que al principio se experimenta solamente en relación con la madre, se ve llevado más lejos en el marco de la relación del pequeño con ambos padres y no mucho después, con sus hermanos y hermanas también. El temor y la culpabilidad espoleados por los impulsos y fantasías destructores del niño (factores a los que contribuyen las experiencias de frustración y de infelicidad) son los responsables de que el niño conciba la idea de que, si desea demasiado el pecho de su madre, priva a su padre y a los demás pequeños del mismo, mientras que, viceversa, si desea con exceso una parte del cuerpo de su padre, parte equivalente al pecho de su madre, priva a ésta y a los demás pequeños de la misma. Aquí radica una de las dificultades para la instauración de una relación feliz entre el niño y sus padres. Me es imposible tratar la complicada cuestión de la interrelación existente entre la gula del niño y las diferentes maneras en que éste puede controlarla o contrarrestar sus resultados restituyendo y reconstruyendo; con todo, es fácil ver que estas cosas se complican allí donde la relación del niño sea con dos personas en lugar de serlo solamente con la madre.

Se recordará que en el caso de la niña asmática hice referencia a la relación existente entre los juegos del niño y su creciente habilidad para juntar el bajalengua y el cubilete, así como a la mezcla de deseos y temores relativos al control de una relación simultánea con dos personas.

Ahora esta situación, en la que el pequeño hesita entre satisfacer o no su gula sin suscitar ira y desaprobación en uno de los dos progenitores, como mínimo se ve ejemplificado en la situación fija en que llevo a cabo mis observaciones, de modo fácilmente comprobable por todos. En la medida en que el pequeño sea normal, uno de los principales problemas que se le plantean es el de controlar a dos personas a la vez. A veces parece que en esta situación fija soy testigo del primer éxito en este sentido. Otras veces veo reflejados en el comportamiento del pequeño los éxitos y fracasos que obtienen sus intentos para ser capaz de sostener una relación simultánea con dos personas en casa. A veces presencio la aparición de una fase de dificultades en este sentido, así como una recuperación espontánea (5).

Es como si los padres permitiesen al pequeño la satisfacción de deseos en torno a los cuales los sentimientos del niño entran en conflicto, como si tolerasen que el niño exprese sus sentimientos hacia ellos. En mi presencia el pequeño no siempre puede aprovechar mi respeto por lo que le interesa, o bien puede hacerlo sólo gradualmente.

La experiencia de atreverse a desear o a coger el bajalengua, cogerlo y hacerlo suyo sin que de hecho se altere la estabilidad del medio inmediato, actúa como una especie de lección objetual que tiene valor terapéutico para el niño. A la edad que estamos estudiando y durante toda la niñez tal experiencia no es sólo temporalmente tranquilizadora: el efecto acumulativo de experiencias felices y un ambiente estable y amistoso en torno al niño es la confianza en la gente que habita el mundo exterior, así como su sentimiento general de seguridad. También se ve reforzada la creencia del pequeño en las cosas y relaciones buenas que hay en su interior. Estos pequeños pasos encaminados a la solución de los problemas centrales se dan en la vida cotidiana del bebé y del niño pequeño, y cada vez que se resuelve el problema, algo viene a sumarse a la estabilidad general del sujeto, al mismo tiempo que se fortalecen los cimientos del desarrollo emocional. No sorprenderá, pues, que afirme que en el curso de mis observaciones soy también el responsable de la producción de cambios encaminados a la salud.

Experiencias completas

Lo que esta labor tiene de terapéutica radica, a mi modo de ver, en el hecho de que se permita el decurso completo de la experiencia. Partiendo de ello se pueden sacar conclusiones acerca de una de las cosas que contribuyen a formar un medio positivo para el pequeño. En la forma intuitiva de manejar al pequeño, la madre permite, como es natural, el decurso completo de las diversas experiencias, actitud que mantendrá hasta que el niño sea lo bastante mayor como para comprender el punto de vista de su madre. La madre odia entrometerse en experiencias tales como la nutrición, el sueño o la defecación. En mis observaciones, yo, de manera

artificial, otorgo al pequeño el derecho de completar una experiencia que le resulta especialmente valiosa en tanto que lección objetal.

En el psicoanálisis propiamente dicho hay algo que se parece a esto. El analista deja que sea el paciente quien lleve la iniciativa, mientras él hace todo lo posible para permitirle moverse con libertad, ya que sólo fija el horario y la longitud de las sesiones, y esto lo hace respetar. El psicoanálisis difiere de esta labor con los niños en que el analista siempre anda a ciegas, tratando de abrirse paso entre la gran masa de material que le es ofrecida y procurando averiguar cuál es, de momento, la configuración de lo que él pueda ofrecerle al paciente, es decir, lo que él llama la interpretación. A veces el analista verá que le es valioso mirar más allá de semejante cúmulo de detalles para ver en qué medida el análisis en curso puede plantearse en los mismos términos en que podría plantearse la relativamente sencilla situación fija que les he descrito. Cada interpretación es como un objeto reluciente que excita la gula del paciente.

Nota de la tercera fase

De un modo más bien artificial he dividido la observación en tres fases. La mayor parte de mis comentarios se ha referido a la primera fase y a la hesitación que en ella denota la existencia de un conflicto. También la segunda fase nos presenta muchas cosas de interés. En ella el pequeño siente que tiene el bajalengua en su poder y puede someterlo a su antojo o emplearlo como una prolongación de su personalidad. No voy a desarrollar este tema en el presente trabajo. En la tercera fase el niño practica su capacidad para librarse de este instrumento. Quisiera hacer un comentario sobre el significado que esto tiene.

En esta tercera fase el niño cobra suficiente valor para arrojar el bajalengua, al suelo y disfrutar librándose de él. Quisiera demostrarles que relación parece tener esto con el juego descrito por Freud (1920), en el que el chico llegó a dominar sus sentimientos acerca de la partida de su madre. Durante muchos años estuve observando a los pequeños en esta situación sin ver, o sin darme cuenta, de la importancia de la tercera fase. El descubrimiento de la importancia de esta tercera fase tuvo mucho valor práctico para mí, ya que, así como el niño al que se da por terminada la visita en la segunda fase, se enfada por la pérdida del bajalengua, una vez que se ha llegado a la tercera fase es posible llevarse al niño sin que llore por dejar ese objeto.

Si bien siempre he conocido la descripción freudiana del juego con el carrito de algodón y siempre me he sentido estimulado por él a realizar una observación detallada de los juegos infantiles, sólo hace pocos años advertí la íntima relación entre mi tercera fase y los comentarios de Freud.

Ahora me parece que mis observaciones podrían considerarse como una extensión retroactiva de este comentario de Freud. Creo que el carrito de algodón, que representa a la madre del niño, se lanza para indicar el hecho de librarse de la madre, puesto que el carrito que había estado en poder del pequeño representaba a la madre en su poder. Ya familiarizado con la secuencia completa de incorporación, retención y abandono, ahora veo que el hecho de arrojar el carrito forma parte de un juego cuyo resto está implícito o ha sido jugado en una fase anterior. Dicho de otro modo, cuando la madre se aleja, no se trata para el niño de una mera pérdida de la madre externamente real, sino también de la puesta a prueba de la relación del niño con la madre interior. Esta, en gran medida, refleja los propios sentimientos del pequeño y puede ser algo amoroso o aterrador, o bien algo que cambia velozmente de una a otra actitud. Cuando comprueba que es capaz de dominar su relación con la madre interior, incluyendo su agresivo abandono de la misma (Freud lo señala claramente), el niño es capaz de permitir la desaparición de su madre externa sin temer en exceso por su regreso.

En los últimos años he llegado a comprender especialmente (aplicando la obra de Melanie Klein) el papel que incluso en la mente del pequeño desempeña el temor a la pérdida de la madre o de los padres en tanto valiosas posesiones internas. Cuando la madre deja al niño éste siente que ha perdido no sólo una persona real, sino también su duplicado mental, ya que la madre del mundo externo y la que hay en el mundo interno siguen estando estrechamente ligadas entre sí en la mente del pequeño y son más o menos interdependientes. La

pérdida de la madre interna, la cual para el niño ha adquirido la importancia de una fuente interior de amor, protección e incluso vida, refuerza en gran manera la amenaza de que se produzca también la pérdida de la madre real. Es más, el niño que arroja el bajalengua -y creo que lo mismo es aplicable al niño que juega con el carrito de algodón- no sólo se libra de una madre interna y externa que ha espoleado su agresividad y que está siendo expulsada -si bien es posible hacerla volver-, sino que, en mi opinión, exterioriza además a una madre interna cuya pérdida teme, con el fin de demostrarse a sí mismo que esta madre interna, que ahora se ve representada por el juguete que yace en el suelo, no ha desaparecido de su mundo interior, no ha sido destruida por el acto de incorporación, sigue siendo amistosa y dispuesta a prestarse a su juego. Y mediante todo esto el niño lleva a cabo la revisión de sus relaciones con las cosas y las personas que hay tanto dentro como fuera de sí mismo.

Así, uno de los significados más profundos de la tercera fase de la situación fija radica en que el niño se tranquiliza sobre la suerte de su madre interna así como sobre su actitud. El estado depresivo que acompaña a la angustia en torno a la madre interna se ve aliviado, con lo que se recupera la felicidad. Por supuesto, estas conclusiones nunca podrían sacarse mediante la simple observación, pero tampoco hubiese sido posible la profunda explicación freudiana sobre el juego con el carrito de algodón sin conocimientos obtenidos a través del análisis propiamente dicho. En el análisis de los juegos de los niños pequeños podemos ver que las tendencias destructoras que ponen en peligro a las personas que el niño ama en la realidad externa y en su mundo interior conducen al temor, a la culpabilidad y a la aflicción. Algo falta en tanto el niño no se dé cuenta de que mediante sus actividades de juego ha ofrecido reparaciones y devuelto la vida a las personas cuya pérdida teme.

Resumen

En el presente escrito he procurado describir un medio para observar objetivamente a los niños, medio que se halla basado en la observación objetiva de pacientes sometidos a análisis y que, al mismo tiempo, está estrechamente relacionado con una situación hogareña normal. He descrito una situación fija y he mostrado lo que yo considero una secuencia normal (es decir, sana) de acontecimientos en esta situación fija. En tal secuencia hay muchos puntos en que la angustia es susceptible de manifestarse o de estar implícita, y sobre uno de tales puntos, al que yo denomino «el momento de la hesitación», les he llamado la atención de un modo especial narrándoles el caso de una pequeña de siete meses que sufrió ataques de asma dos veces en dicha fase. He mostrado que la hesitación es indicio de angustia, así como de la existencia de un superyo en la mente del pequeño, y he sugerido que el comportamiento de un pequeño no puede ser explicado como no sea sobre el supuesto de que existen las fantasías infantiles.

Sería fácil inventar otras situaciones fijas que pusieran de manifiesto otros intereses infantiles y ejemplificasen otras clases de angustia infantil. Tal como yo lo veo, el marco que les he expuesto posee el valor especial de que puede utilizarlo cualquier médico, de manera que es posible confirmar o modificar mis observaciones; asimismo, dicho marco aporta un método práctico mediante el cual se pueden demostrar clínicamente algunos de los principios de la psicología, sin causar, por añadidura, daño a los pacientes.

Notas:

(1) Trataré de la importancia de esta fase y la relacionaré con las observaciones hechas por Freud en el chico del carrito de algodón (1920) hacia el final del presente trabajo.

(2) Pero la madre la había re-desarrollado.

(3) De nuevo la madre hizo hincapié en que ella, sin embargo, había padecido asma, como si creyera que debía

padecerla si la niña no la tenía.

(4) Como Freud demostró, el carrito de algodón representaba a la madre de un niño de dieciocho meses.

(5) He visto desde el principio hasta el fin la enfermedad padecida durante una quincena por, una pequeña de nueve meses. Acompañando al dolor de oídos, y como secundario del mismo, presentaba un trastorno psicológico caracterizado no sólo por la falta de apetito, sino también por el cese total de todo acto de manosear objetos o metérselos en la boca, en casa. En la situación fija a la niña le bastaba con ver el bajalengua para dar muestras de aguda aflicción. Lo empujaba lejos de sí como si le diese miedo. Durante algunos días en la situación fija parecía haber un agudo dolor, como si indicase un cólico agudo en lugar de lo que normalmente es una hesitación, y hubiese sido cruel mantener a la pequeña durante más tiempo en aquella situación penosa. El dolor de oídos no tardó en desaparecer pero transcurrió una quincena antes de que el interés de la pequeña por los objetos se normalizase de nuevo. La última fase de la recuperación se produjo dramáticamente cuando la pequeña se hallaba conmigo. Ya era capaz de agarrar el bajalengua y de hacer furtivos intentos de metérselo en la boca. De repente se atrevió; lo aceptó plenamente con la boca no babeó. Su enfermedad psicológica secundaria había terminado y me contaron que al regresar a casa se la encontraron manoseando y metiéndose en la boca una serie de objetos, como solía hacer antes de que se presentase la enfermedad.

Biblioteca D. Winnicott

Obstáculos en la adopción (1954)

El tema de la adopción es muy amplio, y no puede abarcárselo en un artículo breve. La preparación para trabajar en el campo de la organización de las adopciones exige conocimientos legales, comprensión del desarrollo emocional del ser humano a partir de una edad muy temprana y formación en la asistencia social individualizada. Quienes se preparan para esta tarea realizan asistencia social individualizada bajo supervisión y se familiarizan con la técnica de la tramitación completa del caso.

En rigor, sólo un 30 %, aproximadamente, de las adopciones son dispuestas a través de sociedades de adopción o asociaciones dedicadas especialmente a ello. El resto son en la actualidad o bien adopciones realizadas por terceras partes, o casos en los que el niño es ubicado de forma directa por la madre, o bien son tramitadas de manera informal. Suele suceder que un ginecólogo o un clínico general atienda en la misma semana a una madre incapaz de mantener consigo a su bebé y a una familia que, por uno u otro motivo, desea adoptar un niño; ¿qué podría ser más natural que disponer la adopción? El bebé es llevado a ese hogar y luego se toman las medidas legales. No puede negarse que estas adopciones informales suelen funcionar bien, y seguirán haciéndolo.

No obstante, es preciso puntualizar que una cierta proporción de estas adopciones informales fallan, y las sociedades de adopción pueden decir con frecuencia y con razón, al examinar estos fracasos, que podrían haberlos previsto; una asistencia social individualizada, a cargo de las personas apropiadas, habría permitido pronosticar ciertas complicaciones. Por ejemplo, es dable detectar una motivación distorsionada, y, sobre todo, las sociedades de adopción pueden impedir que un niño le sea entregado a una mujer neurótica en la errónea creencia, por parte del médico o de algún tercero, de que si esa mujer tuviera un niño para cuidar mejoraría. Una buena asistencia social individualizada no sólo evita catástrofes sino que puede organizar adopciones que de otro modo serían imposibles; y debe recordarse que una adopción fallida es por lo común desastrosa para el niño, a punto tal de que habría sido mejor no hacer el intento.

Se preguntará: ¿hay alguna argumentación en contra del método más profesional? La objeción contra las adopciones cuidadosamente dispuestas por una sociedad de adopción es que, precisamente por el cuidado que se pone, suelen producirse demoras, algunas de las cuales son serias y estropean un buen trabajo. Para asegurarse de que el bebé es sano, es preciso hacer observaciones y exámenes, todo lo cual lleva semanas o meses; así que para la época en que los padres adoptivos tienen el bebé a su cuidado, ya han pasado demasiadas cosas en la vida de éste. De hecho, por lo común hay embrollos en el cuidado del bebé antes de que éste sea llevado, con la consecuencia de que los padres adoptivos no sólo cargan con un bebé sino con un complejo problema psicológico. Además, la adaptación emocional a la idea de adoptar activa sentimientos profundos. Cuando los padres finalmente se deciden a adoptar un bebé, están en el momento justo para hacerlo, y una demora de meses puede ser insalubre. Varias postergaciones o una demora de meses o aun de

años harán que la adopción deje de ser positiva, pues aunque los padres aún persistan en su deseo original, han perdido esa particular tendencia al cuidado de un bebé pequeño que habían adquirido en el momento adecuado, más o menos como sucede (aunque de forma mucho menos intensa) con la que adquieren los padres reales naturalmente hacia el bebé que nace después de nueve meses de espera.

Si se consideran estas pocas observaciones, será obvio que no puede seguirse una regla simple. El estudioso del tema tendrá que leer en abundancia, y a los médicos se les puede decir que la disposición de una adopción hecha con ligereza implica carecer de la debida comprensión de los factores involucrados. Sobre todo, las adopciones no deberían disponerse con el objeto de curar neurosis adultas.

El principio básico subyacente es que si un bebé no puede ser criado por sus padres biológicos, lo mejor que puede pasarle es que se lo incorpore a una familia y se lo críe como parte de ella. Por lo demás, una adopción legal le da al niño el sentimiento de ser un integrante de la familia. Hace mucho que se descartó la idea de que una criatura humana pueda ser criada en una institución, por buena que sea, y convertirse automáticamente en un ser humano maduro por su solo crecimiento. La tendencia interna al desarrollo y el muy complejo crecimiento emocional de cada bebé exige ciertas condiciones, que no deben estipularse en términos de un buen cuidado del cuerpo. Un niño necesita ser amado, por razones que es dable poner por escrito. No es que el ambiente o una buena crianza conformen un ser humano, ni siquiera el cuidado amoroso de sus padres, pero ese cuidado amoroso es indispensable para los procesos innatos de crecimiento emocional.

En lugar de tratar de reunir los goces y los obstáculos a que da lugar la adopción de niños, he preferido relatar un historial corriente. Como cualquier otro historial clínico, ilustra ciertos puntos, en especial que no basta con el cuidado común del cuerpo. Contaré el caso de un niño adoptado por buenos motivos, que tuvo dificultades y las está superando. La adopción no fue ideal, pero no es útil buscar siempre lo ideal. Lo cierto es que si este niño sale adelante, se hallará en una situación mucho mejor que si hubiera sido criado desde el comienzo en una institución. (He modificado los detalles del caso en algunos aspectos importantes para que no sea reconocible.)

William, de 4 años

Los padres me trajeron a consulta a este niño adoptado, a raíz de su síntoma: golpearse la cabeza contra la pared. Habían tenido al chico en tratamiento en una clínica de orientación infantil. Gracias a su contacto con el personal de esa clínica, la madre había ganado mucha comprensión. El niño concurría a un pequeño grupo en sesiones semanales. Los padres deseaban ahora una revisión general del tema.

La entrevista fue muy irregular. Primero los vi a los tres juntos. Mi intento de charlar con el chico a solas fracasó; recibí al padre pero el chico entraba constantemente en el consultorio. Luego el padre y la madre cambiaron de lugar y más tarde el chico se quedó solo conmigo. Finalmente, tuve una larga charla con la madre.

El cuadro era el de un niño deprivado, y al principio me fue difícil averiguar cómo se había llegado a esto, ya que el niño fue adoptado cuando tenía un mes (legalmente a los cuatro meses), a través de una sociedad de adopción registrada.

Historia de la familia

El matrimonio no tenía hijos. En un momento avanzado de la consulta me enteré de que había habido un aborto anterior al casamiento. La relación sexual era satisfactoria, pero existía una obstrucción en las trompas de Falopio, de modo tal que no era probable que hubiese nuevos embarazos. Todo esto generó mucha culpa, pero ahora los padres estaban en vías de recuperarse de los efectos de estos sucesos. A la madre no le

importaba haber tenido que dejar su vida profesional. Para tener una sensación de familia, estos padres habían albergado a muchos niños en forma temporaria, de manera tal que casi siempre había niños rondando por la casa aparte de William, lo cual lo ayudó considerablemente. En la actualidad los padres han solicitado una niña; esta adopción puede materializarse, pero, como de costumbre, la espera ha sido muy prolongada.

Historia del niño.

Los detalles de su nacimiento son desconocidos. Fue amamantado durante tres semanas, y luego rápidamente se le dio la mamadera a fin de prepararlo para el cambio que sobrevendría al mes. Cuando William tuvo un mes y fue adoptado, era un bebé pequeño pero sano. No tuvo dificultades físicas durante la infancia y pocas veces estuvo enfermo. A los dos años se le practicó una tonsilectomía. Al principio me pareció que no existía ningún trastorno del desarrollo emocional, pero poco a poco se puso en evidencia en la consulta que ninguno de los padres guardaba recuerdos precisos de detalles de su infancia. A los dos años el niño empezó a golpear la cabeza contra la pared, y esto se tornó grave. Primero se sentaba de espaldas a la pared y se golpeaba echando la cabeza hacia atrás; después adoptó una silla especial para replegarse en ella tras cada golpe. Se observaba con asiduidad esta secuencia: primero los golpes, luego un terrible estado de tensión, y después flacidez, tras lo cual el niño aparecía cansado y con ojeras. Esta conducta compulsiva se tornó menos evidente con el tiempo, y en la actualidad está representada por un vaivén de breves sacudones. A los dos o tres años, apareció un elemento sensual en su forma de besar.

Mientras proseguía la consulta, el niño le mostraba a su madre fotos de animales, y parecía tener una relación satisfactoria con ambos padres, aunque se notaba su inquietud. Les dije a los padres: "Este golpear la cabeza representa una privación de algún tipo, pero no puedo darme cuenta de cómo surgió".

Notas adicionales.

William nunca se succionó los dedos o pulgares, y no porque le fuera vedado. Desde los dos años, o antes, adoptó objetos para abrazarlos cariñosamente, como es habitual, pero al irse a dormir empleaba una técnica que era una variante del golpear la cabeza: tendido en la cama, se sacudía la parte superior de la cabeza con el brazo extendido. Por lo común predominaba su deseo de hacerlo, pero el elemento compulsivo se reveló cuando, en un ataque de diarrea y descompostura, despierto, comenzó a golpear la cabeza y debió ser detenido. Comenzó a repetir: "¡No puedo dejar de golpearme!", mostrándose muy desdichado.

Otro hecho curioso es que nunca intentaba bajarse solo de la cuna. Mostraba apatía en su relación con el mundo. Ni siquiera ahora sale de la cama por sí solo a la mañana. Además, mientras está jugando libremente, de pronto se va a la silla y empieza a balancearse hacia atrás y hacia adelante. Si está interesado en alguna actividad, como suele suceder por lapsos breves, su concentración y perseverancia son normales y agudas, pero ante la menor frustración o daño se pierde el elemento constructivo, el juego se termina y la desesperación ocupa el lugar del contento. Sus necesidades presentan una característica compulsiva. Nunca robó, salvo quizás algún terrón de azúcar o un pedazo de torta, subrepticamente. Tiene una buena imaginación, pero es difícil desligarla de la actitud de la madre, dado que en los últimos tiempos ella ha jugado con él más de lo habitual, en un empeño por compensarle su privación anterior, y alentándole los juegos imaginativos.

La clave del problema.

Sólo de a poco los padres llegaron a contarme que cuando el niño llegó a la casa no pudieron entablar con él una buena relación. La madre estaba lidiando con su culpa por el aborto y también con el resentimiento por el hecho de que no fuera hijo suyo. El padre, imprevistamente, sintió una profunda repulsión cuando vio al bebé.

Como consecuencia de todo esto, lo cuidaron bien físicamente, pero durante un período que quizá duró un año no fue realmente amado; y por cierto al principio la madre no tuvo, con relación a las necesidades del niño, esa orientación especial que es natural en una madre con un bebé propio. Estos padres no habían podido querer al niño en un comienzo, y sólo gradualmente asumieron un cabal sentido de la responsabilidad por él y una actitud cariñosa. En las primeras etapas los padres no pudieron hacer nada al respecto, y confiaban en que no tuviese repercusiones; pero los golpes del niño contra la pared les hicieron ver que algún daño le habían causado. Por fortuna, poco a poco habían empezado a encariñarse, y en la actualidad están haciendo cuanto pueden por compensar su temprana falta de amor; me dan la impresión de quererlo realmente y de estar disponibles para él. William es inteligente y afectuoso, aunque presenta cierta labilidad en sus afectos. Tiene sentido común. En estos momentos es muy dependiente de su madre. Nunca expresa ningún sentimiento hacia ella, y ambos padres piensan que ello se debe a que inicialmente, y hasta hace poco, la madre no pudo tampoco mostrarle sus sentimientos hacia él.

Cuando se quedó conmigo a solas el chico dibujó con grandes ademanes impulsivos. Pudo decirme qué estaba dibujando y ver el aspecto divertido del asunto. Cada dibujo que hacía se lo llevaba a la madre. Sus dibujos evidenciaban su capacidad para una acción impulsiva que se está poniendo al servicio de la autoexpresión. Mostraba imaginación y sentido del humor, así como una cierta capacidad para ridiculizar sus propias particularidades. Le gustó el contacto conmigo pero también quiso irse llegado el momento. En estos aspectos, reveló que en el desarrollo de su personalidad hubo muchos elementos normales para su edad.

Comentario

La adopción de este bebé fue dispuesta a una edad temprana adecuada. La asistencia social individualizada fue deficitaria, por cuanto no se predijeron las dificultades que tendrían los padres. Podría afirmarse que si se hubiera contado con mejores padres adoptivos, el niño no habría desarrollado su enfermedad; de todos modos, no es seguro en absoluto que hubiera mejores padres, y el niño puede darse por muy contento de no haber quedado librado a un cuidado más impersonal.

Hubo factores ligados a la vida personal de los padres que les impidieron sentir amor por el niño desde el comienzo. Confiaban en disipar esto brindándole cuidados físicos particularmente buenos, y a la sazón no tuvieron una comprensión suficiente de lo que estaban haciendo, ni suficiente libertad frente al sentimiento de fracaso personal como para entregarse al estudio de los problemas asociados a la adopción de un bebé. Cuando el niño empezó a desarrollar síntomas ya se habían encariñado con él, y con algo de ayuda pudieron finalmente dedicarse en serio a la tarea que habían emprendido.

Ahora tienen entre manos un "caso", y se ven obligados a exagerar tal o cual aspecto de su cuidado para satisfacer las necesidades del niño, o sea a la vez que disfrutan de su crianza le están haciendo psicoterapia. Los pone contentos tener la oportunidad de hacer algo para corregir los efectos de su deficiencia anterior. Están logrando éxito en su doble tarea, y aunque aún no puede predecirse si este chico tendrá más propensión a desarrollar un carácter antisocial que un niño normal, en caso de que sus padres perseveren, como parece probable que lo hagan, tienen muchas probabilidades de contar en el futuro con un hijo que contribuirá a su felicidad. Personalmente, me inclinaría por que ahora adoptasen una niña.

Un elemento importante de este caso es la estabilidad del matrimonio, y en retrospectiva puede decirse que el grado en que los perturbaron sus propias fallas para producir un niño mide, hasta cierto punto, su salud.

En esta tarea, no se busca lo ideal. Cualquier método que dé a un niño depravado un hogar real y permanente es bienvenido. No obstante, a la larga es el asistente social bien formado el capaz de evitar los obstáculos y disponer adopciones que tengan éxito.

Biblioteca D. Winnicott

El odio en la contratransferencia (1947)

Basado en un escrito leído ante la Sociedad Psicoanalítica Británica, el 5 de febrero de 1947.

En el presente escrito deseo examinar un aspecto del tema de la ambivalencia, a saber, el odio en la contratransferencia. Creo que la tarea del analista (llamémosle investigador) que emprende el análisis de un psicótico se ve seriamente influida por este fenómeno y que el análisis de los psicóticos se hace imposible a menos que el odio del propio analista sea consciente y bien delimitado. Esto equivale a decir que un analista debe someterse a análisis él mismo, pero al mismo tiempo afirma que el análisis de un psicótico es molesto en comparación con el de un neurótico, y que lo es por su propia naturaleza.

Aparte del tratamiento psicoanalítico, la dirección del caso de un psicótico resulta pesada por fuerza. De vez en cuando he hecho algún comentario crítico acerca de las tendencias de la moderna psiquiatría, con sus tratamientos demasiado fáciles a base de shock eléctrico y con sus leucotomías demasiado drásticas (Winnicott, 1947, 1949). Debido a estas críticas que he expresado me gustaría ser el primero en reconocer la extrema dificultad inherente a la tarea del psiquiatra, y en especial de la enfermera mental. Los pacientes locos son siempre, por fuerza, una pesada carga emocional para quienes cuidan de ellos. Hay que perdonarles, pues, si a veces hacen cosas terribles. Sin embargo, esto no significa que debamos aceptar lo que hagan los psiquiatras y neurocirujanos, considerándolo bueno con arreglo a los principios de la ciencia.

Por consiguiente, si bien lo que sigue se refiere al psicoanálisis, en realidad es valioso para el psiquiatra, incluso para aquel cuyo trabajo no lo lleve en modo alguno a establecer con los pacientes una relación de índole analítica.

Para ayudar a quien practica la psiquiatría general, el psicoanalista no debe limitarse a estudiar para él las fases primitivas del desarrollo emocional del individuo enfermo, sino que también debe estudiar la naturaleza de la carga emocional que el psiquiatra sobrelleva cuando realiza su labor. También el psiquiatra necesita comprender lo que nosotros, los analistas, llamamos contratransferencia. Por mucho que quiera a sus pacientes, el psiquiatra no puede evitar odiarlos y temerlos, cuanto mejor sepa esto, menor será la incidencia del odio y el temor en su conducta respecto de los pacientes.

Los fenómenos de la contratransferencia podrían clasificarse de la siguiente manera:

1. Anormalidad en los sentimientos de contratransferencia, y relaciones e identificaciones fijas que se hallan bajo represión en el analista.
2. Las identificaciones y tendencias correspondientes a las experiencias personales del analista y a su desarrollo personal y que aportan el marco positivo para su labor analítica y que hace que la índole de su

trabajo difiera del de cualquier otro analista.

3. De estas dos distingo la contratransferencia -verdaderamente objetiva o, si esto resulta difícil, el amor y odio que siente el analista como reacción ante la personalidad y el comportamiento del paciente, contratransferencia basada en la observación objetiva.

Sugiero que si un analista debe analizar a psicóticos o antisociales, debe ser capaz de ser tan plenamente consciente de la contratransferencia como para separar y estudiar sus reacciones objetivas ante el paciente. El odio se halla incluido entre ellas. Los fenómenos de la contratransferencia a veces revestirán importancia en el análisis.

Pienso que el paciente solamente puede apreciar en el analista aquello que él mismo es capaz de sentir. En lo que hace a las motivaciones: los obsesos tenderán a pensar que el analista hace su labor de una manera fútil y obsesiva. Un paciente hipomaniaco que sea incapaz de estar deprimido, excepto en un fuerte cambio de estado anímico, y en cuyo desarrollo emocional la posición depresiva no haya sido totalmente conquistada, de manera profunda, ni una que no pueda sentir culpabilidad, inquietud o responsabilidad, este hipomaniaco es incapaz de ver en el trabajo del analista un intento por parte de éste de hacer una reparación con respecto a sus propios sentimientos de culpabilidad (los del analista). Un paciente neurótico tenderá a ver al analista como ambivalente respecto del paciente, así como a esperar que el analista dé muestras de una escisión entre el odio y el amor; cuando tiene suerte, este paciente obtiene amor, ya que alguna otra persona es quien estará recibiendo el odio del analista. ¿No habría que deducir, pues, que si un psicótico se halla en un estado donde «coinciden el odio y el amor» en los sentimientos, entonces experimenta una profunda convicción de que el analista también es solamente capaz del mismo estado, brutal y peligroso, de coincidencia del amor y del odio? Suponiendo que el analista mostrase su amor, con seguridad mataría al paciente en el mismo momento.

Esta coincidencia del odio y del amor es algo que, característicamente, se repite en el análisis de los psicóticos, dando pie a una serie de problemas de dirección que fácilmente pueden agotar los recursos del analista. Esta coincidencia del odio y del amor a la que me estoy refiriendo es algo distinto del componente agresivo que complica el impulso amoroso primitivo, e implica que en la historia del paciente se produjo un fallo ambiental en el momento en que aparecieron los primeros impulsos instintivos en busca de objeto.

Si al analista se le van a imputar una serie de sentimientos en bruto, entonces lo mejor es prevenirle para que se disponga a ello, ya que debe tolerar que se le coloque en aquella posición. Ante todo, no debe negar un odio que realmente existe en él mismo. El odio que está justificado en el marco existente debe ser separado y mantenido en reserva, disponible para una eventual interpretación.

Para poder analizar pacientes psicóticos debemos haber llegado a lo más primitivo de nosotros mismos, y esto no es sino otro ejemplo del hecho de que la respuesta a muchos problemas oscuros del ejercicio del psicoanálisis yace en un mejor análisis del analista. (La investigación psicoanalítica tal vez sea siempre, en cierta medida, un intento por parte del analista de llevar la tarea de su propio análisis más allá de lo que podría llevarla su propio analista.)

Una de las principales tareas de cualquier analista consiste en mantener la objetividad ante todo lo que le presente el paciente, y un caso especial de esto es la necesidad del analista de poder odiar objetivamente al paciente.

¿Acaso en nuestra labor analítica no se presentan numerosas situaciones en las cuales el odio del analista se justifica? Uno de mis pacientes, preso de una fuerte obsesión, me resultó casi odioso durante algunos años. Ello me hacía sentir culpable hasta que el análisis dobló determinada esquina y el paciente se me hizo agradable; entonces me di cuenta de que el desagrado anterior había sido un síntoma activo e inconscientemente determinado. Realmente fue para mí un día maravilloso cuando mucho más adelante pude

decirle al paciente que yo y sus amigos nos habíamos visto repelidos por él, pero que él estaba demasiado enfermo para que así se lo dijéramos. Aquél fue también un día importante para él, un tremendo avance en su ajuste a la realidad.

Durante el análisis ordinario el analista no tiene ninguna dificultad en controlar su propio odio, que permanece latente. Lo principal, por supuesto, es que a través de su propio análisis se haya librado de las vastas reservas de odio inconsciente perteneciente al pasado y a conflictos internos. Hay otras razones por las cuales el odio no es expresado ni incluso sentido.

El análisis es la profesión que he elegido, la forma en que a mi modo de ver afrontaré mi propia culpabilidad, la forma en que puedo expresarme constructivamente.

Me pagan, o estoy adiestrándome para ganarme un lugar en la sociedad por medio del psicoanálisis.

Estoy descubriendo cosas.

Cosecho frutos inmediatos a través de la identificación con el paciente, que está haciendo progresos, y puedo ver que me esperan frutos aún mayores, al finalizar el tratamiento.

Mas aún, en tanto que analista tengo formas de expresar el odio.

El odio es expresado por la existencia del final de la sesión.

Creo que esto es cierto incluso en los casos en que no existe ninguna dificultad y en que el paciente está contento de irse. En muchos análisis estas cosas pueden darse por hechas, de manera que apenas se mencionan, y la labor analítica se lleva a cabo a través de la interpretación verbal de la emergente transferencia inconsciente del paciente. El analista adopta el papel de alguna de las figuras útiles pertenecientes a la niñez del paciente y saca partido del éxito de aquellos que hicieron el trabajo sucio cuando el paciente era pequeño.

Estas cosas forman parte de la descripción del trabajo psicoanalítico corriente, que principalmente se ocupa de pacientes cuyos síntomas son de carácter neurótico.

En el análisis de psicóticos, sin embargo, son muy distintos los grados y tipos de tensión que debe soportar el analista y es precisamente esta diferencia lo que estoy intentando describir.

Recientemente, durante varios días me encontré con que no estaba haciendo bien mi trabajo. Cometía equivocaciones con cada uno de mis pacientes. La dificultad estaba en mí y en parte era personal, pero principalmente asociada con el clímax que había alcanzado en mi relación con determinado paciente psicótico. La dificultad se aclaró cuando tuve lo que a veces se llama “un sueño curativo” (Por cierto, añadiré que durante mi análisis y los años que siguieron al mismo he tenido una larga serie de estos sueños curativos, que a veces, sin embargo, eran desagradables, aunque todos ellos han señalado mi llegada a alguna nueva fase del desarrollo emocional.)

En aquella ocasión concreta era consciente del significado del sueño al despertar, incluso antes de despertar. En el sueño había dos fases. En la primera me hallaba en el paraíso de un teatro y miraba la gente que había en la platea, muy por debajo de donde yo me hallaba. Sentía una fuerte angustia, como si estuviera a punto de perder un miembro. Esto iba asociado con la sensación que he experimentado en la cima de la torre Eiffel: que si pasaba la mano por encima de la barandilla se me iba a caer hasta estrellarse contra el suelo. Esto podría ser una angustia de castración normal y corriente.

En la siguiente fase del sueño era consciente de que la gente de la platea estaba contemplando una obra y que yo, a través de esa gente, estaba relacionado con lo que acontecía en el escenario. Entonces apareció una nueva clase de angustia. Lo que supe era que me faltaba el lado derecho del cuerpo. Aquello no era un sueño de

castración, sino la sensación de carecer de aquella parte del cuerpo.

Al despertar era consciente de haber comprendido a un nivel muy profundo cuál era mi dificultad en aquellos días. La primera parte del sueño representaba las angustias corrientes susceptibles de desarrollarse con respecto a las fantasías inconscientes de mis pacientes neuróticos. Yo iba a correr el peligro de perder la mano o los dedos si estos pacientes se interesaban por ellos. Con aquella clase de angustia ya estaba familiarizado y me resultaba relativamente tolerable.

La segunda parte del sueño, no obstante, se refería a mi relación con el paciente psicótico, una mujer. Aquella paciente me estaba exigiendo que yo no tuviera ninguna relación con su cuerpo, ni siquiera de tipo imaginativo; ella no reconocía a ningún cuerpo como suyo y si de algún modo existía se consideraba a sí misma exclusivamente como una mente. Cualquier referencia a su cuerpo producía angustias paranoides, ya que decir que poseía un cuerpo era igual que perseguirla. Lo que ella necesitaba de mí era que yo poseyera solamente una mente con la que hablar con la suya. Al culminar mis dificultades, la tarde anterior al sueño, yo me había sentido irritado y le había dicho que lo que pedía de mí era poco menos que imposible. Mis palabras habían tenido un efecto desastroso y pasaron muchas semanas antes de que el análisis se librara de ello. Lo esencial, sin embargo, fue el que yo comprendiese mi propia angustia y que ésta apareciese en el sueño representada por la ausencia del lado derecho de mi cuerpo cuando trataba de relacionarme con la obra que estaban contemplando los espectadores de platea. Esta parte derecha de mi cuerpo era el lado relacionado con la paciente en cuestión y por consiguiente se veía afectada por su necesidad de negar absolutamente siquiera una relación imaginativa entre nuestros cuerpos. Esta negación estaba produciendo en mí este tipo psicótico de angustia, mucho menos tolerable que la angustia de castración corriente. Cualquiera que fuera la interpretación que pudiera hacerse de este sueño, lo cierto es que el haberlo soñado y recordado tuvo como consecuencia la reanudación del análisis, e incluso curar la reparación del daño que éste había sufrido a causa de mi irritabilidad, cuyo origen estaba en una angustia reactiva cuyo tipo era apropiado a mi contacto con una paciente desprovista de cuerpo.

El analista debe estar preparado para soportar la tensión sin esperar que el paciente sepa lo que está haciendo, tal vez durante un tiempo bastante largo. Para esto, al analista debe serle fácil asumir sus propios temores y odios. Se halla en la situación de la madre de un nonato o de un recién nacido. A la larga, debe ser capaz de decirle al paciente lo que él, el analista, ha experimentado en sí mismo, aunque puede que el análisis no llegue tan lejos. Puede que en el pasado del paciente haya una escasez de buenas experiencias que permitan trabajar. ¿Qué sucede si no hay ninguna relación satisfactoria perteneciente a la primera infancia que el analista pueda utilizar en la transferencia?

Existe una inmensa diferencia entre los pacientes que han vivido experiencias satisfactorias en la primera infancia, experiencias que puedan descubrirse en la transferencia, y aquellos otros pacientes cuyas experiencias han sido tan deficientes o deformadas que el analista tiene que ser la primera persona en la vida del paciente que aporte ciertos puntos esenciales de tipo ambiental.

En el tratamiento de un paciente de este segundo tipo, todo se vuelve importante y vital en la técnica analítica, incluso aquello que puede darse por sentado cuando el tratamiento va destinado a un paciente del tipo citado en primer lugar.

A uno de mis colegas le pregunté si hacía el análisis a oscuras. Me respondió: “¡Caramba, pues no! Sin duda nuestro trabajo consiste en aportar un medio ambiente normal, y la oscuridad sería algo extraordinario». Mi pregunta le sorprendió. Mi colega estaba orientado hacia el análisis de neuróticos. Pero la aportación y mantenimiento de un medio ambiente normal puede ser por sí misma algo de importancia vital en el análisis de un psicótico; a decir verdad, a veces puede ser aún más importante que las interpretaciones verbales, que también deben hacerse. Para el neurótico, el sofá, la habitación caldeada, la comodidad pueden simbolizar el amor materno; para el psicótico, sería mejor decir que estas cosas constituye la expresión física del amor del analista. El sofá es el regazo o el vientre del analista, la temperatura de la habitación es el calor vivo del cuerpo del analista, y así sucesivamente.

Existe, o así lo espero, una progresión en mi planteamiento del tema. por lo general, el odio del analista es latente y sigue siéndolo fácilmente. En el análisis de psicóticos el analista pasa mayores apuros para hacer que su odio siga siendo latente, cosa que únicamente logrará siendo plenamente consciente de ello. Quiero añadir que en ciertas etapas de ciertos análisis el paciente llega efectivamente a buscar el odio del analista, y lo que entonces se necesita es un odio objetivo. Si el paciente busca odio objetivo o justificado, debe ser capaz de encontrarlo, de lo contrario es imposible que se crea capaz de encontrar amor objetivo.

Tal vez venga ahora al caso citar el ejemplo del niño procedente de un hogar deshecho o del niño sin padres. Este niño se pasa el tiempo buscando inconscientemente a sus padres. Resulta notoriamente inadecuado llevarse este niño a casa y amarle. Lo que sucede es que, al cabo de un tiempo, el niño es adoptado de esta forma consigue esperanza y entonces comienza a poner a prueba el medio ambiente que ha encontrado, así como a buscar pruebas de que sus padres adoptivos son capaces de odiar objetivamente. Parece ser que es capaz de creer que es amado sólo después de haber sentido que es odiado.

Durante la segunda guerra mundial, un niño de nueve años fue internado en un albergue para niños evacuados. Fue enviado desde Londres, pero no a causa de las bombas, sino porque faltaba a clase sin permiso. Yo esperaba darle algún tratamiento mientras permaneciese en el albergue, pero su síntoma resultó triunfante y se escapó como había escapado de todas partes desde que tenía seis años, cuando por primera vez había huido de su hogar. Sin embargo, durante una entrevista había logrado establecer contacto con él; durante aquella entrevista había podido ver e interpretar, por medio de un dibujo suyo, que al huir, lo que inconscientemente hacía era salvar el interior de su hogar y proteger a su madre contra ataques, así como tratar de alejarse de su propio mundo interior, que estaba lleno de perseguidores.

No me sorprendí mucho cuando fue a parar a la comisaría cercana a mi casa. Era una de las pocas comisarías donde no lo conocían bien. Mi esposa, generosa en extremo, se hizo cargo de él y le cuidó durante tres meses, tres meses que resultaron un infierno. Era el más agradable y exasperante de los niños, loco de remate a menudo. Pero afortunadamente sabíamos lo que había esperar. La primera fase la afrontamos dándole libertad completa y un chelín siempre que quería salir. Bastaba con que nos telefonease para que fuésemos a recogerle a la comisaría adonde hubiese ido a parar.

Pronto tuvo lugar el cambio que esperábamos, el síntoma de las ausencias escolares dio un giro y el chico empezó a dramatizar el asalto al interior. Para nosotros dos resultó un trabajo verdaderamente absorbente; los peores episodios tenían lugar cuando yo no estaba.

La interpretación debía realizarse en cualquier momento del día o de la noche, y con frecuencia la única solución en una crisis consistía en hacer la interpretación correcta, como si el chico estuviera siendo analizado. Era esto, la interpretación correcta, lo que se valoraba por sobre todas las cosas.

¿Llegué a pegarle? La respuesta es que no, que nunca pego. Pero hubiese tenido que pegarle de no haberlo sabido todo acerca de mi odio y de no haber dejado que él también lo supiera. En las crisis solía dominarle físicamente, sin ira ni recriminación, y ponerle de patitas en la calle, hiciese el tiempo que hiciese, ya fuese de día o de noche. Había una campanilla especial que él podía hacer sonar y él sabía que si así lo hacía, le sería permitido volver a entrar y no se diría ni una palabra acerca de lo sucedido. El chico utilizaba esa campanilla tan pronto como se recuperaba de su crisis maníaca.

Lo importante es que cada vez, justo en el momento de ponerle en la calle, le decía algo: que lo que acababa de suceder me había hecho odiarle. Esto resultaba fácil porque era muy cierto.

Creo que estas palabras eran importantes desde el punto de vista de sus progresos, pero lo eran principalmente por cuanto me permitían tolerar la situación sin desahogarme, sin perder los estribos y sin asesinarle de vez en cuando.

No puedo relatar aquí la historia completa de este muchacho. Ingresó en una escuela-reformatorio. Su relación

profundamente arraigada con nosotros ha seguido siendo una de las escasas cosas estables de su vida. Este episodio de la vida corriente puede ser empleado para ilustrar el tema general del odio justificado en el presente; es conveniente establecer la distinción entre este odio y el odio que es solamente justificado en otro marco pero que es incitado por algún acto del paciente.

De entre la enorme complejidad del problema del odio y sus raíces, quisiera sacar una cosa, ya que la creo importante para el analista de pacientes psicóticos. Sugiero que la madre odia al bebé antes de que éste la odie a ella, y antes de que el bebé pueda saber que su madre le odia.

Antes de desarrollar este tema quiero hacer una referencia a Freud. En "Los instintos y sus destinos" (1915), donde tantas cosas originales y esclarecedoras dice acerca del odio, Freud afirma: «Si es menester podríamos decir, acerca de un instinto, que "ama" a los objetos en pos de los cuales se esfuerza para fines de satisfacción, pero decir que "odia" un objeto nos parecería raro, así que somos conscientes de que las actitudes de amor y odio no caracterizan la relación entre los instintos y sus objetos, sino que están reservadas para la relación entre el yo como un todo y los objetos ... ». Creo que esto es cierto e importante. ¿Acaso no significa que la personalidad debe estar integrada antes de que pueda decirse que un pequeño odia? Por muy pronto que pueda conseguirse la integración -tal vez la integración aparece por vez primera en el momento culminante de la excitación o de la rabia-, existe una fase teóricamente anterior en la cual lo que el pequeño haga de daño no lo hace por odio. Al describir esta fase he empleado el término «amor cruel». ¿Les parece aceptable? A medida que el pequeño va siendo capaz de percibirse en tanto que persona completa, se va desarrollando el significado de la palabra "odio" a modo de descripción de cierto grupo de sus sentimientos.

La madre, sin embargo, odia a su pequeño desde el comienzo. Creo que a Freud le parecía posible que, en ciertas circunstancias, una madre sienta amor tan sólo por su bebé masculino; pero podemos poner esto en duda. Sabemos del amor de una madre y apreciamos su realidad y su poder. Permítanme que les dé algunas de las razones por las cuales una madre odia a su bebé, aunque sea del sexo masculino:

El bebé no es la propia concepción (mental) de la madre.

El bebé no es sólo el de los juegos infantiles, el nene de papá del hermano, etc.

El bebé no es producido mágicamente.

El bebé constituye un peligro para el cuerpo de la madre durante el embarazo y el parto.

El bebé interfiere en la vida privada de la madre, es un reto que provoca preocupación.

En mayor o menor grado, una madre siente que su propia madre exige un bebé de ella, de manera que su bebé es producido a fin de aplacar a su madre.

El bebé le hace daño en los pezones incluso al chupar, actividad que al principio es de tipo masticatorio.

El bebé es cruel, la trata como a una escoria, como a una sirvienta gratuita, una esclava.

Ella tiene que amarle, incluyendo sus excreciones, al menos al principio, hasta que el bebé tenga dudas con respecto a sí mismo.

El bebé trata de hacerle daño, la muerde periódicamente, como señal de amor.

Da muestras de desilusión con respecto a ella.

Su amor excitado es un amor interesado, de tal manera que una vez conseguido lo que se proponía, la arroja de sí como si se tratase de una mondadura de naranja.

Al principio el bebé debe dominar, hay que protegerle de las coincidencias, la vida debe desarrollarse con

arreglo a la marcha del bebé y todo esto hace necesario un continuo y detallado estudio por parte de la madre. Por ejemplo, la madre no debe estar angustiada cuando lo sostiene, etc.

Al principio el bebé no tiene ni idea de lo que ella hace o sacrifica por él. En especial no puede tener en cuenta el odio de la madre.

El bebé es suspicaz, rehúsa comida que es buena, y hace que la madre dude de sí misma, pero come bien cuando le alimenta su tía. Después de una mañana horrible con el pequeño, la madre se marcha y el bebé sonríe a un extraño, el cual dice: «Qué niño más cariñoso».

Si la madre le defrauda al principio, ella sabe que se lo hará pagar siempre.

El bebé la excita pero la frustra: la madre no debe comer ni comerciar sexualmente con él.

Creo que en el análisis de los psicóticos, así como en las últimas fases del análisis, incluso de una persona normal, el analista debe hallarse en condiciones comparables a las de la madre de un niño recién nacido. Cuando su regresión es profunda, el paciente no puede identificarse con el analista ni apreciar su punto de vista más de lo que el feto o el recién nacido pueden simpatizar con la madre.

Una madre debe ser capaz de tolerar el odio que su bebé le inspira sin hacer nada al respecto. No puede expresárselo. Si, por temor a lo que pueda hacer, la madre no puede odiar apropiadamente cuando el bebé le hace daño, debe apoyarse en su masoquismo; y creo que es esto lo que da pábulo a la falsa teoría de que existe un masoquismo natural en las mujeres. Lo más notable acerca de una madre estriba en su capacidad para recibir tanto daño del pequeño y para odiar tanto sin pagarle a él con la misma moneda, así como en su capacidad para esperar una recompensa que puede o no llegar más adelante. ¿Le ayudan tal vez en esto las cancioncillas infantiles que canta y que el bebé disfruta aunque, por suerte, no entiende?

Duérmete niño en la copa del árbol,
Cuando el viento sople la cuna se mecerá,
Cuando la rama se rompa la cuna caerá,
Caerá el niño, con cuna y todo.

Pienso en una madre (o padre) que se halle jugando con un niño pequeño; el pequeño disfruta jugando y no se da cuenta de que con sus palabras el padre o la madre están expresando su odio, tal vez en términos de simbolismo natal. Ésta no es una cancioncilla sentimental. El sentimentalismo no sirve de nada a los padres, ya que contiene una negación del odio; y el sentimentalismo en una madre no tiene ninguna utilidad desde el punto de vista del pequeño.

A mí me parece dudoso que una criatura humana, a medida que se va desarrollando, sea capaz de tolerar el alcance pleno de su propio odio en un ambiente sentimental. Necesita del odio para odiar.

Si esto es cierto, de un paciente psicótico sometido a análisis no cabe esperar que tolere su odio hacia el analista a menos que éste sea capaz de odiarle a él.

Si aceptamos todo esto, seguimos con la necesidad de discutir la cuestión de la interpretación del odio del analista para con el paciente. Se trata, evidentemente, de una cuestión preñada de peligros y a la que debe dedicarse una sincronización de lo más cuidadosa. Pero creo que un análisis es incompleto si, incluso cerca de su final, al analista no le ha sido posible decirle al paciente lo que él, el analista, hacía a escondidas del paciente mientras éste estaba enfermo, durante las primeras etapas. En tanto no se haga esta interpretación el paciente es mantenido en cierta forma en la posición de un pequeño, de un pequeño incapaz de comprender lo que debe a su madre.

El analista debe desplegar toda la paciencia, tolerancia y confianza de una madre dedicada a su pequeño; debe reconocer como necesidades los deseos del paciente; debe apartar de sí otros intereses a fin de estar disponible puntualmente y de ser objetivo; y debe dar muestras de querer dar lo que en realidad solamente se da debido a las necesidades del paciente.

Cabe que exista un largo período inicial en el cual sea imposible que el paciente (incluso inconscientemente) aprecie el punto de vista del analista. No se puede esperar reconocimiento debido a que, en la raíz primitiva del paciente, no hay capacidad para la identificación con el analista; y ciertamente el paciente no puede ver que el odio del analista frecuentemente es engendrado precisamente por las cosas que el paciente hace en su cruda manera de amar.

En el análisis (de investigación) o en la dirección normal del tipo más psicótico de paciente, se ejerce una gran tensión sobre el analista (psiquiatra, enfermera mental) y resulta importante estudiar las formas en que la angustia de índole psicótica y el odio se producen en aquellos cuya labor se realiza con pacientes psiquiátricos gravemente enfermos. Sólo de esta manera puede, haber alguna esperanza de evitar el tipo de terapia que está más adaptado a las necesidades del terapeuta que a las del paciente.

[_____]

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

Para padrastros, 1955

El 3 de enero de 1955, en el programa de la BBC titulado "La hora de la mujer", una madrastra narró de manera muy vívida y conmovedora cómo la había atormentado la imposibilidad de amar a su hijastro, que se sumó al hogar cuando tenía siete años. La BBC recibió una enorme cantidad de cartas luego de este programa, en las que se comentaban experiencias similares o diferentes de padrastros de ambos sexos y, en general, se sugería que el tema era lo bastante importante como para seguir analizándolo. Como consecuencia de ello, la emisora destinó a este fin los espacios de "La hora de la mujer" de los días 6, 7 y 9 de junio de ese año. El primero de estos espacios consistió en una serie de preguntas y respuestas entre un especialista y un padrastro; los dos siguientes fueron las charlas de Winnicott que aquí se reproducen. Se las transcribió de cintas magnetofónicas, agregando la puntuación.

I. La madrastra malvada

Se dice a veces que si no fuese por los cuentos y leyendas populares, jamás habría surgido la idea de la madrastra malvada. Personalmente estoy seguro de que no es así, y de que es más correcto decir que ningún cuento popular o, lo que es lo mismo para este caso, ninguna historieta horripilante puede ejercer un atractivo universal si no se ocupa de algo que es inherente a todo individuo, niño o adulto. Lo que hace el cuento es apoyarse en algo que es verdadero, temible e inaceptable. Sí, las tres cosas: verdadero, temible e inaceptable. De todo lo inaceptable que hay en la naturaleza humana, es muy poco lo que cristaliza en mitos aceptados. La cuestión es: ¿qué es lo que ha cristalizado en el mito de la madrastra? Sea lo que fuere, tiene que ver con el odio y el temor, así como con el amor.

Cada individuo tiene gran dificultad para reunir la agresividad que existe en la naturaleza humana y mezclarla con el amor. Hasta cierto punto, esta dificultad se supera en la primera infancia por el hecho de que se percibe el mundo en forma extrema, como amistoso u hostil, bueno o malo, negro o blanco; lo malo es temido y odiado, lo bueno es totalmente aceptado. Poco a poco los bebés y los niños dejan atrás esto y alcanzan la etapa en la que son capaces de tolerar sus ideas destructivas junto a sus impulsos amorosos. Entonces, si bien sienten culpa, saben que pueden hacer cosas a modo de compensación. Si la madre es capaz de esperar, llegará el momento para un gesto de amor genuino y espontáneo. El alivio que normalmente brinda en las primerísimas etapas la idea de estos extremos de lo bueno y lo malo es algo a lo que ni siquiera el adulto maduro puede renunciar por entero. En los niños, en particular en los más pequeños, fácilmente damos por descontada cierta persistencia de esta reliquia de la primera infancia y sabemos

que tendremos pronta acogida cuando les leamos o les contemos un relato en el que se presentan esos extremos de lo bueno y lo malo.

Habitualmente la madre real y la madrastra son asociadas en la imaginación con estos dos extremos, especialmente a raíz de otra circunstancia que quiero comentarles, y que es la siguiente: hay todo tipo de razones para que los niños odien a sus madres. Esta idea del odio a la madre es muy difícil de aceptar para todos, y a algunos de los que me escuchan tal vez no les guste oír en una misma oración la palabra odio junto a la palabra madre. Pero no hay remedio: las madres, si hacen bien su tarea, son las representantes del mundo duro y exigente, son ellas las que gradualmente introducen la realidad, que tan a menudo es enemiga del impulso.

Se tiene rabia a la madre y, en algún lugar, se le tiene odio, aunque no exista absolutamente ninguna duda sobre el amor que se le tiene, mezclado con adoración. Si hubo dos madres, una madre real que murió y una madrastra, se darán cuenta ustedes fácilmente qué alivio puede obtener un niño frente a sus tensiones convirtiéndola en perfecta a una y en horrorosa a la otra. Y esto es casi tan válido para las expectativas del mundo como para las creencias del niño.

Por sobre todas las cosas, a la larga un niño llega a ver o a sentir que la devoción de la madre en una primerísima etapa estableció las condiciones esenciales que le permitieron empezar, empezar a existir como persona, dotada de derechos personales, de impulsos personales y de una técnica personal para vivir. En otros términos, al comienzo la dependencia fue absoluta, y a medida que el niño se da cuenta de esto, se desarrolla en él un temor hacia la madre primigenia dotada de estos poderes mágicos para el bien o el mal. ¡Qué difícil nos resulta a todos ver que este agente primigenio todopoderoso fue nuestra propia madre, alguien a quien si bien

hemos llegado a amar, sabemos que no es en modo alguno un ser humano perfecto o perfectamente confiable! ¡Qué precario fue todo! Y además, en el caso de la niña, esta misma madre tan todopoderosa al principio, que representaba enloquecedoramente los duros hechos de la realidad, que se mostraba adorable con nosotros todo el tiempo..., termina interponiéndose entre la hija y el padre. Aquí, en particular, el punto de partida de la madre real y la madrastra no es el mismo, pues la primera confía en que la niña conquiste el amor de su padre, en tanto que la segunda teme que esto suceda. ¿No basta con esto para mostrar que no tenemos que suponer que los niños dejarán súbitamente atrás la tendencia a dividir el mundo en general -y a sus madres en particular- en lo bueno y lo malo, y en cambio debemos prever cierta persistencia de esas ideas infantiles en los adultos?

Podemos apelar a argumentos lógicos, podemos decirnos una y otra vez que lo que importa no es que la gente sea blanco o negro, sino que sean seres humanos capaces de amar y dignos de ser amados; pero nos quedan nuestros sueños... ¿y quién desea que le quiten las fantasías? En la fantasía no necesitamos ser todo el tiempo personas maduras, como lo necesitamos para hacer las compras o para tomar el tren que nos lleva a la oficina. En la fantasía, dentro de la madurez adulta está todo lo infantil y lo adolescente. Pero apreciamos los inconvenientes de la fantasía cuando por algún motivo separamos uno u otro de los aspectos desagradables de los mitos del mundo. Tal vez yo mismo haya incurrido en esto al hablar del odio y el temor a la madre, que, según creo, tiene que estar mezclado con el amor en las relaciones madre-hijo plenamente experimentadas. Ustedes pueden pensar que estoy chiflado.

II. El valor de la historia desafortunada

En el estudio de cualquier problema vinculado a asuntos humanos podemos mantenernos en lo superficial o ir a lo profundo. Si nos mantenemos en lo superficial, evitaremos un montón de cosas desagradables pero también nos privaremos de los valores más profundos. Algunas de las cartas que han llegado luego de la emisión en la que se narró una historia desafortunada han ido, por cierto, más allá de lo obvio. Por ejemplo, se señaló que a un niño que ha perdido a su padre o a su madre no puede tratársele como si esto no hubiera sucedido, y a menudo es preferible darle al padrastro o a la madrastra otro nombre, de modo tal que el niño siga llamando "mamá" o "papá" al progenitor perdido. Es posible mantener viva la idea del progenitor perdido, y la actitud que posibilita esto tal vez sea de gran ayuda para el niño. También se señaló que el niño adoptado puede sufrir una perturbación; y en este caso especial de un niño que no fue amado, pasó un período con su abuela antes de comenzar a vivir con su madrastra, así que fue privado por partida doble y, consecuentemente, es posible que se sienta desesperanzado respecto de las relaciones humanas y la confianza que puede tener en ellas. Un niño casi desesperanzado no puede correr el riesgo de iniciar nuevos vínculos, y se defenderá contra sus sentimientos profundos y contra sus nuevas dependencias.

¿Saben que muchísimas madres no aman a sus bebés cuando los dan a luz? Se sienten horriblemente mal, igual que la madrastra. Procuran fingir amor, pero no lo consiguen. ¡Cuánto más sencillo sería para ellas si se les hubiera dicho de antemano que el amor es algo que puede suceder pero no puede ser despertado! Normalmente una madre pronto comienza a amar a su bebé durante el embarazo, pero esta cuestión está ligada a la experiencia

y no a las expectativas convencionales. Los padres tienen el mismo problema en ocasiones. Quizás en su caso resulte más aceptable y tengan menos necesidad de fingir, con lo cual su amor puede sobrevenir naturalmente en el momento oportuno. Pero aparte de las madres que no aman a sus bebés, no es raro que algunas los odien. Estoy refiriéndome a mujeres comunes y corrientes, que se las arreglan bien y se ocupan de que alguien actúe en su lugar como corresponde. Sé de muchas madres que vivieron aterrorizadas de descubrir que habían dañado a sus bebés, y que nunca pudieron hablar de su dificultad porque les parecía muy improbable que se las comprendiera. Hay muchas cosas profundas y ocultas en la naturaleza humana, y personalmente preferiría ser hijo de una madre con todos los conflictos internos propios del ser humano, y no de una madre para la cual todo es sencillo y sin tropiezos, que conoce todas las respuestas y es ajena a la duda.

La mayoría de los que cuentan sus éxitos pudieron registrar, aquí y allí, un infortunio en algún aspecto, y la historia desafortunada tiene enorme valor en el momento y el lugar apropiados. Por supuesto, otra cosa es que la gente se la pase quejándose y refunfuñando, pero por cierto no es éste el caso de nuestra madrastra, que sufría mucho por no poder amar a su hijastro. Toda vez que una esposa o esposo adopta un hijastro, hay por detrás una larga historia, y esta larga historia establece grandes diferencias. No sólo se trata de sentimientos de culpa por un chico que, por así decir, fue robado; está toda la historia de la elección de un viudo o viuda, o de la salvación de una persona infeliz en su matrimonio. Hay toda una serie de cuestiones importantes que no pueden soslayarse y que afectan los sueños o la imaginación de los padrastros respecto de la nueva relación. En cada caso es posible examinar las cosas y aun hacerlo con buen resultado, pero hablando en general el tema se vuelve de inmediato demasiado amplio como para tratarlo en su totalidad. La madre que se encuentra atendiendo a un niño nacido de otra que, en su imaginación, es su rival, por más que esté muerta, puede verse

llevada muy fácilmente por su propia imaginación a asumir el papel de bruja, más bien que el de hada madrina. Tal vez no tenga dificultades, o tal vez, como describen algunas de las personas que nos han escrito, les guste ocupar un segundo puesto respecto de la esposa anterior. Pero muchos hombres y mujeres aún están debatiéndose por volverse adultos en el momento de casarse y después, y deberán luchar por sus derechos o perder su identidad y todo su sentimiento de ser reales. Para una mujer, la presencia del hijo de otra puede ser un recordatorio intolerable de la existencia de ésta. Si esto es así y permanece inconsciente, puede deformar el cuadro y tornar imposible el desarrollo natural de los sentimientos que llevan a la tolerancia y luego al amor.

El tiempo sólo me permite mencionar el hecho de que si una proporción de los hijastros son realmente detestables, es por las experiencias que han atravesado. Uno puede explicar esto y disculparlos, pero es la madrastra la que tiene que soportarlos. Para ella no hay salida. Por fortuna, a la mayoría de los hijastros se los puede criar de modo de que su actitud hacia la madrastra sea amistosa, y en muchísimas ocasiones, como lo revelan las cartas, terminan siendo iguales que los hijos reales. Muy a menudo no existen dificultades, o éstas no son muy grandes y no presentan ninguna amenaza. Muchas personas pierden de vista que la situación en que se hallan los padrastros e hijastros crea estados de perplejidad, y llegan a creer que todo es muy simple. A la gente que no ha tenido dificultades, mis exploraciones en el mundo imaginativo pueden parecerles molestas, y hasta peligrosas. Es peligroso para su sentido de la seguridad, pero, como he dicho, al perder de vista los sueños negativos y aun las pesadillas, así como las depresiones y sospechas a través de las cuales se manifestaron, pierden de vista también todo lo que otorga sentido a sus logros.

Unos toques de historia desafortunada pueden enriquecer enormemente nuestra vida. Por otra parte, estos relatos tal vez nos indiquen que tiene sentido contribuir a que la gente desafortunada

se junte y converse; si lo hacen, pueden compartir sus respectivas cargas y a veces aliviarlas. Uno de nuestros corresponsales solicitó que se convocara a una reunión de padrastros y madrastras desafortunados. Pienso que esa reunión sería fructífera. En ella participarían hombres y mujeres comunes y corrientes.

Biblioteca D. Winnicott

Las necesidades del niño y el papel de la madre en las primeras etapas (1951)

EN LAS SECCIONES previas (de este informe) se señaló en repetidas ocasiones que la función del jardín de infantes no consiste en substituir a una madre ausente, sino en complementar y ampliar el papel que sólo la madre puede desempeñar en los primeros años de la vida del niño. En otras palabras, quizás lo más correcto sea considerar el jardín de infantes como una extensión "ascendente" de la familia, en lugar de una extensión "descendente" de la escuela primaria. Parece conveniente, por lo tanto, y antes de considerar en detalle el papel del jardín de infantes, y de la maestra en particular, que esta comunicación intente presentar un resumen de lo que el bebé necesita de la madre, y la naturaleza del papel que la madre desempeña como promotora de un desarrollo psicológico sano en los primeros años de la vida del niño. Sólo a la luz del papel de la madre y las necesidades del niño se llegará a una comprensión real de la forma en que el jardín de infantes puede continuar la tarea de la madre.

Toda descripción que aspire a ser breve, de una necesidad en los primeros años de la vida de un niño, resultará inevitablemente inadecuada. No obstante, y aunque en la etapa actual de nuestro conocimiento no cabe esperar una definición detallada y generalmente aceptada, los miembros del grupo de expertos particularmente interesados en el estudio clínico del desarrollo psicológico en la infancia concuerdan con que el esquema general que sigue sería aceptado por los otros investigadores de este campo.

Considero necesarias unas pocas observaciones preliminares sobre los papeles respectivos de la madre, la maestra jardinera y la maestra de niños de mayor edad.

Una madre no necesita tener una comprensión intelectual de su tarea, porque su orientación biológica hacia su propio bebé la torna adecuada para ella en sus aspectos esenciales. Lo que le otorga suficiente eficacia como para manejar las cosas en las primeras etapas del cuidado infantil es su devoción por el bebé y no su conocimiento consciente.

Una joven maestra jardinera no está biológicamente orientada hacia ningún niño, excepto en forma indirecta, a través de la identificación con una figura materna. Por lo tanto, es necesario que ella vaya comprendiendo gradualmente que existe una compleja psicología del crecimiento y la adaptación infantiles que requiere condiciones ambientales particulares. El estudio de los niños a su cuidado le permitirá reconocer la naturaleza dinámica del crecimiento emocional normal.

Una maestra de niños mayores debe estar mas capacitada de apreciar intelectualmente la naturaleza de este problema relativo al crecimiento y la adaptación. Por fortuna, no necesita saberlo todo, debe contar con un

temperamento que le permita aceptar la naturaleza dinámica de los procesos del crecimiento y la complejidad del tema, y con el deseo de aumentar su conocimiento de los detalles mediante observaciones y estudios planeados. La oportunidad de analizar la teoría con psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas y, desde luego, la lectura, constituirán una gran ayuda.

El papel del padre es de vital importancia, al principio a través de su apoyo material y emocional a la madre y luego, gradualmente, a través de su relación directa con el hijo. A la edad del jardín de infantes, puede haberse tornado más importante para el niño que la madre. Con todo, es imposible hacer justicia al papel paterno en la descripción que sigue.

Los años del jardín de infantes son significativos debido a que, en ese tiempo, el niño atraviesa por un período de transición entre una etapa y otra. Si bien en algunas formas importantes y en algunos momentos el niño alcanza entre los dos y los cinco años una madurez que se asemeja a la del adolescente, en otros sentidos y en otros momentos esa misma criatura es también (normalmente) inmadura e infantil. Sólo cuando los tempranos cuidados maternos han sido eficaces y cuando, además, los padres siguen proporcionando los elementos ambientales esenciales, las maestras jardineras pueden poner su función maternal en segundo lugar con respecto a la educación preescolar propiamente dicha.

En la práctica, todo niño en el jardín de infantes es, en determinados momentos y formas, una criatura que necesita de actitudes maternas (y paternas). Asimismo, en mayor o menor grado, puede darse el caso de una ineficacia materna, y entonces el jardín de infantes tiene la oportunidad de complementar y corregir la ineficacia de la madre, siempre y cuando no se trate de una falla demasiado grave. Por todas estas razones, la maestra joven debe aprender todo lo relativo a la función materna, para lo cual encuentra una buena oportunidad en sus conversaciones con las madres de los niños a su cuidado y en su observación de las actitudes de aquéllas.

Psicología normal de la niñez y la primera infancia.

En el período entre los dos y los cinco o siete años, todo niño normal experimenta los intensísimos conflictos que se originan en las poderosas tendencias instintivas que enriquecen los sentimientos y las relaciones personales. La cualidad del instinto ya no es tan idéntica a la de la primera infancia (principalmente alimentaria) y se asemeja más a la que surge más tarde, en la pubertad, como fundamento de la vida sexual de los adultos. La fantasía consciente e inconsciente del niño adquiere una nueva cualidad que permite identificaciones con madres y padres, esposas y esposos, y los concomitantes corporales de esas fantasías involucran ahora excitaciones parecidas a las de los adultos normales.

Al mismo tiempo, apenas comienzan a establecerse relaciones entre seres humanos totales. Además, a esa edad, el niño o la niña todavía está aprendiendo a percibir la realidad externa y a comprender que la madre tiene una vida propia y que es imposible poseerla realmente, pues pertenece a otra persona.

La consecuencia de estos procesos es la de que las ideas sobre el amor se ven seguidas por ideas de odio, por los celos y el conflicto emocional doloroso, y por el sufrimiento personal, y cuando el conflicto es demasiado severo, hay una pérdida de la capacidad plena, inhibiciones, "represión" (1), etc., que traen aparejada la formación de síntomas. La expresión de los sentimientos es en parte directa pero, a medida que avanza el desarrollo de un niño, se torna cada vez más posible obtener alivio mediante la autoexpresión a través del juego y del lenguaje.

En todas estas cuestiones, el jardín de infantes ejerce funciones de obvia importancia. Una de ellas consiste en proporcionar durante unas cuantas horas del día una atmósfera emocional que no está tan cargada como la del hogar. Ello permite al niño un intervalo de cierta libertad para el desarrollo personal. Asimismo, pueden establecerse y expresarse entre los niños mismos nuevas relaciones triangulares menos cargadas que los

familiares.

La escuela, que representa al hogar pero que no constituye una alternativa del hogar, puede proporcionar oportunidades para una profunda relación personal con otras personas aparte de los progenitores, a través de los miembros del personal y de otros niños, y de un marco tolerante pero estable, en el que es posible vivir a fondo las experiencias.

Con todo, es fundamental recordar que, si bien existen estas pruebas de progreso en el proceso de la maduración, en otros aspectos persiste la inmadurez. Por ejemplo, la capacidad para la percepción exacta aún no se ha desarrollado plenamente, de modo que cabe esperar de un niño pequeño una concepción subjetiva antes que objetiva del mundo, especialmente en momentos como el de irse a dormir y el de despertar. Ante la amenaza de la ansiedad, el niño retorna fácilmente a la posición infantil de dependencia, a menudo con el resultado de que reaparece la incontinencia así como la intolerancia infantil ante la frustración. Debido a esa inmadurez, la escuela debe estar en condiciones de asumir la función de la madre que dio al niño confianza en los primeros momentos.

No cabe suponer que el niño en la etapa del jardín de infantes tenga una capacidad plenamente establecida para mantener amor y odio hacia la misma persona. La forma más primitiva de resolver el conflicto consiste en separar lo bueno de lo malo. La madre del niño, que inevitablemente estimuló en él amor y rabia, ha seguido existiendo y siendo ella misma, y así ha permitido que el niño comience a unir lo que parece bueno y lo que parece malo en ella, de modo que ha empezado a tener sentimientos de culpa y a preocuparse por la agresión dirigida ahora contra la madre por amor a ella y por sus insuficiencias.

Existe un factor sutil en el desarrollo de la culpa y la preocupación. La secuencia es: amor (con elementos agresivos), odio, un período de digestión, culpa, reparación a través de la expresión directa o del juego constructivo. Si el niño carece de una oportunidad para la reparación, reacciona con una pérdida de la capacidad para el sentimiento de culpa y, finalmente, de la capacidad de amar. El jardín de infantes continúa esa tarea de la madre gracias a la estabilidad de su personal y también al proporcionar un juego constructivo, que permite a cada niño encontrar la manera de manejar la culpa correspondiente a los impulsos agresivos y destructivos.

Con el término "destete" puede describirse una tarea muy importante ya cumplida por la madre. El destete implica que la madre ha dado algo bueno, que ha esperado hasta percibir los signos indicadores de que el niño estaba en condiciones de ser destetado, y que ha llevado a cabo la tarea, a pesar de que ésta provocó respuestas de rabia. Cuando el niño pasa del cuidado hogareño al cuidado escolar; esa experiencia se reproduce en cierta medida, de modo que el estudio de las circunstancias del destete de un niño constituye para la maestra, una importante ayuda para comprender las dificultades iniciales que pueden surgir en la escuela. Cuando un niño se adapta fácilmente a la escuela la maestra toma esa actitud como una consecuencia del éxito de la madre en su tarea del destete.

Existen otras formas en que la madre, sin saberlo, realiza tareas esenciales para el establecimiento de una sólida base para la futura salud mental del niño. Por ejemplo, sin su cuidadosa presentación de la realidad externa, el niño carece de medios para establecer una relación satisfactoria con el mundo.

En el jardín de infantes se tiene muy en cuenta la zona intermedia entre el sueño y lo real; en particular, el juego se respeta de modo positivo y se utilizan cuentos, dibujos y música. Es sobre todo en este campo donde el jardín de infantes puede enriquecer y ayudar al niño a encontrar una relación operativa entre las ideas, que son libres, y la conducta, que necesariamente debe depender del grupo.

Gracias a que la madre ha buscado y visto constantemente al ser humano en su bebé, lo ha ido capacitando para constituirse en una personalidad, para integrarse desde adentro en una unidad. Este proceso no está completo a la edad del jardín de infantes, y durante ese período subsiste la necesidad de un tipo personal de

relación, en la que se llame a cada niño por su nombre, se lo vista y se lo trate de acuerdo con lo que cada uno de ellos es y con la forma en que se siente. En los casos favorables, la individualidad del niño deviene tan firme con el correr del tiempo que es en actividades de grupo.

El cuidado físico del niño desde el nacimiento (o antes) en adelante constituye un proceso psicológico desde el punto de vista del niño. La técnica materna en cuanto a sostenerlo, bañarlo, alimentarlo, todo lo que hizo con el bebé, se fue sumando a la primera idea que el niño tuvo de la madre, y a todo esto se fue agregando gradualmente su aspecto, sus otros atributos físicos y sus sentimientos.

La capacidad del niño para sentir que el cuerpo es el lugar donde vive la psiquis no podría haberse desarrollado sin una técnica congruente de manejo, y cuando el jardín de infantes continúa proporcionando un ambiente físico y el cuidado corporal de los niños, cumple una tarea esencial de higiene mental. La alimentación nunca constituye una simple cuestión de conseguir que los chicos traguen la comida; es sencillamente otra de las formas en que la maestra continúa con la tarea de la madre. La escuela, como la madre, demuestra amor al alimentar al niño y, al igual que la madre, da por sentado el rechazo (odio, desconfianza) así como la aceptación (confianza). En el jardín de infantes no hay lugar para lo impersonal y lo mecánico porque, para el niño, ello implica hostilidad o, lo que es peor aún, indiferencia.

La descripción del papel de la madre y las necesidades del niño ofrecida en esta sección pone en evidencia que la maestra jardinera, él mismo quien desea participar debe mantenerse en contacto con las funciones maternas, lo cual es congruente con el hecho de que su principal tarea tiene que ver con las funciones educativas de la escuela primaria. Hay escasez de profesores de psicología, pero existe una fuente de información que la maestra jardinera puede utilizar en todas partes: la observación del cuidado infantil tal como lo realizan madres y padres en el marco familiar.

El papel de la maestra jardinera

Partiendo de la base de que el jardín de infantes complementa y amplía en ciertas direcciones la función de un buen hogar, la maestra jardinera asume, naturalmente, algunos atributos y deberes de la madre para el período escolar, sin que ello implique apelar a sus propias necesidades de desarrollar un vínculo emocional maternal. Antes bien, su obligación consiste en mantener, fortalecer y enriquecer la relación personal del niño con la familia e introducir, al mismo tiempo, un mundo más amplio de personas y oportunidades. Así, desde que el niño ingresa por vez primera a una escuela, una relación sincera y cordial entre la madre y la maestra servirá para despertar un sentimiento de confianza en la madre y de seguridad en el niño. El logro de tal relación ayudará a la maestra a detectar y comprender aquellas perturbaciones infantiles que surgen de circunstancias hogareñas y, en muchos casos, permitirá que ayude a las madres a tenerse más confianza como tales.

El ingreso en un jardín de infantes constituye una experiencia social fuera del marco familiar. Plantea al niño un problema psicológico y proporciona a la maestra jardinera una oportunidad para realizar su primera contribución a la higiene mental.

El ingreso a la escuela también puede crear ansiedades en la madre, quien a veces interpreta erróneamente la necesidad que tiene el niño de contar con oportunidades para el desarrollo fuera del hogar, y que puede sentir que esa necesidad surge de su propia inadecuación y no, cómo ocurre en realidad, del desarrollo natural del niño.

Estos problemas planteados por el ingreso del niño al jardín de infantes ilustran el hecho de que, durante todo este período, la maestra tiene una doble responsabilidad y también una doble oportunidad. Tiene la oportunidad de ayudar a la madre a descubrir sus propias potencialidades maternas, y de ayudar al niño a elaborar los inevitables problemas psicológicos que enfrentan al ser humano en desarrollo.

La lealtad para con el hogar y el respeto por la familia son fundamentales para el mantenimiento de relaciones firmes entre el niño, la maestra, y la familia.

La maestra asume el papel de una amiga comprensiva y afectuosa, que no sólo será el principal sostén de la vida de los niños fuera del hogar, sino también una persona resuelta y estable en su conducta hacia ellos, que comprende sus alegrías y penas personales, tolera sus incongruencias y puede ayudarlos en los casos de especial necesidad. Sus oportunidades radican en su relación personal con el niño, con la madre, y con todos los chicos como grupo. En contraste con la madre, posee un conocimiento técnico derivado de su formación y una actitud objetiva hacia los niños bajo su cuidado.

Aparte de la maestra y su relación con niños individualmente, sus madres, y los niños como grupo, el marco del jardín de infantes en conjunto hace importantes contribuciones al desarrollo psicológico del niño. Proporciona un marco físico más adecuado al nivel de las capacidades del niño que el hogar, en el cual los muebles están contruidos teniendo en cuenta el tamaño gigantesco de los adultos, donde el espacio queda reducido, debido a los modernos tipos de construcción, y donde quienes rodean al niño están inevitablemente más preocupados por la tarea de hacer que el hogar marche bien que por el intento de crear una situación en la que el niño pueda desarrollar nuevas capacidades a través del juego, que es una actividad creadora esencial para el desarrollo de todo niño.

El jardín de infantes proporciona también al niño la compañía de otros de su misma edad. Es la primera experiencia del niño como miembro de un grupo de pares, lo cual lo enfrenta con la necesidad de desarrollar la capacidad para las relaciones armoniosas en ese grupo.

En los primeros años de su vida, los niños realizan simultáneamente tres tareas psicológicas. En primer lugar, establecen una concepción de sí mismos como un yo con una relación con la realidad, a medida que comienzan a concebirla. Segundo, desarrollan una capacidad para la relación con una persona, la madre. Ésta ha capacitado al niño para desarrollarse en estos dos aspectos en un grado considerable antes de asistir al jardín de infantes y, al principio, el ingreso a la escuela constituye un golpe para la relación personal con la madre. El niño lo enfrenta desarrollando otra capacidad, la de establecer una relación personal con otra persona aparte de la madre. Y precisamente porque la maestra jardinera es el objeto de esta relación personal ajena a la madre, aquélla debe comprender que no es una persona "común" para el niño y no puede comportarse en una forma "común". Por ejemplo, debe aceptar la idea de que el niño sólo gradualmente puede llegar a compartirla sin sentirse trastornado.

La capacidad para compartirla aumentará a medida que el niño realice exitosamente un tercer tipo de desarrollo, el relativo a la capacidad para relaciones en las que varias personas están involucradas. El grado de desarrollo que cualquier niño haya alcanzado en estos tres aspectos en el momento de ingresar al jardín de infantes depende, en gran medida, de la naturaleza de su experiencia previa con la madre. Los tres procesos del desarrollo se realizan simultáneamente.

A medida que continúa el proceso del desarrollo, trae aparejados problemas "normales" que se manifiestan con frecuencia en la conducta del niño en el jardín de infantes. Aunque la aparición de tales problemas es normal y frecuente, el niño necesita ayuda para resolverlos, pues un fracaso en este momento puede dejar una marca indeleble en su personalidad.

Teniendo en cuenta que los niños de edad preescolar tienden a ser víctimas de sus propias emociones intensas y su agresividad, la maestra debe protegerlos a veces de sí mismos y ejercer el control y la guía necesarios en la situación inmediata y, además, asegurar la provisión adecuada de actividades satisfactorias en el juego, para ayudar a los niños a encauzar su propia agresividad por canales constructivos y a adquirir actitudes eficaces.

Durante todo este período, hay un proceso bilateral entre el hogar y la escuela, tensiones que se originan en uno de esos ámbitos y se manifiestan como trastornos de la conducta en el otro. Cuando la conducta del niño en el hogar es perturbada, la maestra a menudo puede ayudar a la madre a comprender lo que ocurre, gracias a

su propia experiencia relativa a los problemas de ese niño en la escuela.

Su conocimiento de las fases normales del crecimiento, la prepara también para cambios dramáticos y súbitos de la conducta, y le permite aprender a tolerar los sentimientos de celos originados en perturbaciones en el marco familiar. Las fallas en la higiene, las dificultades en la alimentación y el dormir, el retardo en el hablar, la actividad motora defectuosa, y muchos otros síntomas similares pueden presentarse como problemas normales del crecimiento o bien, en una forma exagerada, como desviaciones de lo normal.

También deberá enfrentar, al principio, una desconcertante fluctuación entre actitudes de gran dependencia e independencia, así como, incluso hacia fines de este período, una confusión entre el bien y el mal, entre la fantasía y los hechos, entre lo que es propiedad personal y lo que pertenece a otros.

La maestra necesita contar con un considerable conocimiento que la guíe hacia el tratamiento adecuado, sea dentro del jardín de infantes o recurriendo a la ayuda de un especialista.

El pleno florecimiento de las potencialidades emocionales, sociales, intelectuales y físicas del niño depende de la organización y provisión de ocupaciones y actividades en el jardín de infantes. La maestra desempeña un papel esencial en esas actividades, al combinar su sensibilidad y conocimiento relativos al lenguaje y la expresión simbólica de los niños, con la capacidad de percibir las necesidades especiales de aquellos dentro de un grupo. Además, el ingenio y la multiplicidad de recursos para proporcionar el equipo necesario deben combinarse con una comprensión del valor de las diferentes formas del juego, por ejemplo, dramático, creador, libre, organizado, constructivo, etcétera.

En los años preescolares, el juego constituye el principal medio infantil de resolver los problemas emocionales inherentes al desarrollo. El juego es, asimismo, uno de los métodos de expresión del niño, una manera de decir y preguntar. Es necesario que la maestra comprenda esto intuitivamente, si aspira a ayudar al niño en los penosos problemas que inevitablemente surgen, y que los adultos pasan tan a menudo por alto; también debe contar con una formación que le permita desarrollar y usar esa comprensión del papel del juego para el niño en edad preescolar.

La educación en el jardín de infantes exige que la maestra esté dispuesta a fijar límites y controles sobre aquellos impulsos y deseos instintivos, comunes a todos los niños, que resultan inaceptables en sus propias comunidades, y proporcionar al mismo tiempo las herramientas y oportunidades para el desarrollo intelectual y creador pleno de los niños pequeños, y los medios de expresión para su fantasía y su dramatización.

Finalmente, cabe mencionar la capacidad de la maestra, e inseparable de su labor con los niños, para trabajar en armonía con otros miembros del personal y de conservar sus cualidades femeninas.

Notas:

(1) Término utilizado en su significado psicológico.

P S I K O L I B R O

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

Nuevas observaciones sobre la teoría de la relación parento-filial, 1961

Parte de un debate sobre artículos de Phyllis Greenacre y Winnicott que tuvo lugar en el 22º Congreso Psicoanalítico Internacional, Edimburgo, 1961.

Los dos trabajos que fueron objeto de debate durante el Congreso se hallarán en International Journal of Psycho-Analysis, vol: 41 (1960). El de Winnicott también, figura, con el título "'The Theory -of che Parent-Infant Relationship', en The Maturation Processes and the Facilitating Environment, Londres, Hogarth Press; Nueva York, International Universities Press 19f 5. (Trad, cast.: El proceso de maduración en el niño, Barcelona, Laia, 1975.) El debate del cual han sido extraídas estas observaciones contiene comentarios de Greenacre y de muchos otros analistas, y culmina con una réplica de Winnicott no publicada aquí, que se puede hallar en International Journal of Psycho-Analysis, vol. 43 (1962).

He aguardado con entusiasmo el debate de estos dos artículos y el amplio tema que ellos introducen.

Por supuesto, es importante para mí que haya un cierto grado de acuerdo entre la Dra. Greenacre y yo: Por ejemplo, ambos damos por sentados los procesos madurativos innatos del bebé, y los vemos dentro del marco de su dependencia. Aquí no seguiré ocupándome de la contribución de la Dra. Greenacre. Ella ha desarrollado en forma muy interesante la amplísima temática de los procesos de maduración dentro de la cual yo he elegido ocuparme del tema de la dependencia.

Con respecto a mi propia contribución, lo que me interesa es que el tema no sea el psicoanálisis, sino "psicoanalistas que debaten algo muy importante para ellos". Cuando vemos madres con sus bebés en una clínica de atención infantil, algunos de los bebés que vemos ya están enfermos, en el sentido de que cuando crezcan no podrán ser aceptados para un tratamiento psicoanalítico clásico. Desde luego, puede ser que físicamente sean sanos. Tal vez el problema, tal como yo lo planteo con mis limitaciones, sea éste: ¿es el bebé un fenómeno que pueda aislarse, al menos hipotéticamente, para su observación y conceptualización? Sugiero que la respuesta es negativa. Cuando repasamos nuestros análisis de niños y de adultos, tendemos a ver mecanismos más que bebés; si contemplamos un bebé, vemos un bebé mientras es cuidado y atendido. Los procesos de integración y de separación, de llegar a vivir en el cuerpo y de relacionarse con objetos, son todas cuestiones- de maduración y logro. A la inversa, el estado de no estar separado, de no estar integrado, de no relacionarse con las funciones corporales o con los objetos, es un estado muy real; debemos creer en estos estados que corresponden a la inmadurez.

El problema es: ¿cómo hace el bebé para sobrevivir a ellos?

Mientras preparaba este comentario; alcancé una comprensión más profunda que antes sobre la función parental en lo tocante a este problema de cómo sobreviven los niños a la inmadurez. Vi con mayor claridad que antes que al presentarle al niño el mundo en pequeñas dosis; vale decir, al adaptarse a las necesidades yoicas-de su bebé, la madre le da tiempo para que amplíe sus capacidades, con el desarrollo que trae la maduración. En un debate como éste, donde hay que conferir un importante lugar al' estado de dependencia del niño, debemos por cierto habérmolas con lo paradójico. Por ejemplo, el bebé sólo sabe cómo permitir, o no permitir, la unión parental que produjo su propia concepción. No sabe al. principio cómo suponer que el coito parental pudo haber precedido a su existencia. Pero a 'la larga el esquema corporal del bebé llega a incluirlo todo. En un ambiente suficientemente bueno, el bebé paulatinamente comienza a encontrar la manera de incluir dentro de su esquema corporal a los objetos y fenómenos, que no son "parte de mí", y así evitar las heridas narcisistas. Si el crecimiento se ve facilitado en forma estable, se conservan la omnipotencia y la omnisciencia junto con la aceptación intelectual del principio de realidad. En una formulación teórica psicoanalítica, decimos que el bebé experimenta una angustia insoportable de la que se recupera mediante la organización de defensas. De ello se desprende que el buen desenlace de un análisis no depende de que el paciente comprenda el significado de las defensas, sino de que mediante el análisis, y en la transferencia, pueda reexperimentar esa angustia insoportable a raíz de la cual se organizaran las defensas.

En los llamados casos fronterizos tiene que descubrirse no sólo la angustia insoportable sino además el efectivo derrumbe clínico de la infancia, la extensión indebida de la omnipotencia, la aniquilación que instauró la herida narcisista. Todo esto confiere, a mi juicio, un vivo colorido al cuadro de la relación parento-filial y

a nuestra manera de ver el cuidado efectivo de un bebé. La palabra "amor" no es lo bastante específica, y la palabra "separación" es muy burda para el uso que pretendemos darle. El progenitor se ocupa todo el tiempo, según la edad y el estado de maduración del bebé, de impedir el derrumbe clínico; a partir del cual sólo puede haber recuperación mediante la organización y reorganización de las defensas. Con su cuidado de cada minuto, sienta las bases de la futura salud mental del bebé. He ahí la tremenda tarea parental. Su magnitud queda reflejada en la duración de un tratamiento psicoanalítico y en el tiempo durante el cual se extiende la enfermedad mental por más que el paciente reciba el mejor cuidado psíquico posible. Y, en líneas generales, los padres siempre han tenido éxito en esta tarea esencial y enorme que les incumbe; y el motivo de ello reside en que a tal fin lo único que necesitan es ser ellos mismos, ser y hacer exactamente lo que quieren ser y hacer; haciendo esto, salvan a sus hijos de las reorganizaciones espasmódicas de las defensas y de la congoja clínica que yace por detrás de dichas reorganizaciones.

En el psicoanálisis del 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 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, como yo digo, 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 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.

Me gusta recordarme a mi mismo que si alguien tiene un hijo enfermo y las cosas no van bien, podemos sugerirle a ese padre cómo conducirse en forma terapéutica, mientras que no podemos decirle cómo debe actuar en su condición de padre si todo anda bien. Si todo anda bien, simplemente las cosas suceden como deben suceder. Lo que podemos hacer entonces es estudiar lo que sucede y evaluar como corresponde esta función parental, reconocerla y apoyarla, y tomar los recaudos para que nada interfiera con ella si es que existe.

Pensé en hacer este comentario en lugar de un resumen de mi artículo, y dejar el tema en ese punto.

Biblioteca D. Winnicott

Pediatría y neurosis infantil ⁽¹⁾

- 1956 -

La palabra «neurosis» posee dos connotaciones. En el habla popular abarca todo el campo de las enfermedades psicológicas. Me resulta difícil saber si se espera de mí que trate la neurosis de forma general o si quienes planearon este programa deseaban un breve planteamiento de la neurosis en el sentido psiquiátrico del término, más estricto y restringido.

Para el psiquiatra, la neurosis se refiere bastante específicamente a las dificultades inherentes a la vida personal y no de un modo global a los problemas provocados por una deficiente dirección. Es más, la neurosis no incluye la psicosis, ni una psicosis latente, ni un trastorno anímico, ni una tendencia paranoide o antisocial.

La neurosis propiamente dicha denota un conflicto inconsciente. Está relacionada con la vida instintiva del niño. Su principal punto de origen se encuentra en la edad en que se dan los primeros pasos, antes de la edad que generalmente se considera apropiada para la educación escolar. En esta fase el marco familiar tiene su máximo valor.

Es evidente que la existencia de una verdadera neurosis implica un sano crecimiento emocional en las importantísimas fases de la primera infancia, en las cuales existe una dependencia casi absoluta de la madre, y en las cuales un fracaso en los cuidados produce enfermedades más serias que la neurosis.

La enfermedad neurótica tiene su origen en la gravísima angustia que nace de los impulsos instintivos del niño. Al decir «angustia» me refiero a la clase de afecto que irrumpe a través de la pesadilla. Estos impulsos instintivos tienen un trasfondo biológico.

La fantasía es la elaboración imaginativa de la función física. En los juegos y en la fantasía consciente e inconsciente del niño pequeño advertimos todo lo que puede encontrarse en la vida de los adultos, a excepción de la plena capacidad para la experiencia instintiva de índole genital. La llegada de esta última capacidad plantea al niño una serie de problemas nuevos en la pubertad.

En la raíz de la neurosis se halla la angustia, especialmente la que nace de conflictos violentos enmarcados en la fantasía inconsciente y en la personal realidad interior del niño.

Cuando en el análisis de adultos llegamos a esta raíz de la neurosis por lo regular nos encontramos con que dicha raíz se halla en el período de la infancia del individuo sometido al análisis. En calidad de pediatras, por consiguiente, no es dado ver (si miramos) no sólo la neurosis de la infancia, sino también (y aún más) la tendencia latente que puede ponerse de manifiesto en forma de neurosis en algún momento de la vida del adulto. (Esto es aún más cierto si consideramos la psicosis. La prevención de la enfermedad propia del hospital psiquiátrico se halla en manos del pediatra, lo sepa o no. Puede decirse

sin temor a error, no obstante, que el pediatra no lo sabe, por lo que su vida resulta más agradable.)

Los conflictos inconscientes del amor y el odio, de las tendencias heterosexuales y homosexuales, y así sucesivamente, llevan a la organización de patrones de defensa, y son estos patrones de defensa los que constituyen la neurosis organizada.

El pediatra, de desearlo, y en el supuesto de que poseyera la habilidad técnica para establecer contacto con los procesos inconscientes, podría presenciar la batalla en el mismo momento de librarse, a la edad en que se empieza a andar, después de la infancia y antes del período de latencia; puede contemplar la lucha en pos de la libertad instintiva en relación con los temores internos que paralizan. Estos temores son tan grandes que la severidad externa es susceptible de actuar como un alivio.

Durante el período de latencia el niño se ve temporalmente aliviado de la carga de cambiar y desarrollar procesos instintivos, pero en la pubertad, debido a los nuevos impulsos biológicos, la batalla vuelve a comenzar, con el patrón de las defensas ya establecido.

Apenas hace falta mencionar que un medio personal y seguro es una ayuda, mientras que un medio neurótico o poco digno de confianza es un obstáculo cuando el niño se halla empeñado en esta lucha, es decir, empeñado en afrontar los conflictos y tensiones internos, los cuales son de gran intensidad e inherentes a la vida misma.

La salud, en esta fase, no consiste en la ausencia de una sintomatología. La normalidad debe definirse sobre una base mucho más amplia, una base que tenga en cuenta los conflictos esenciales, principalmente inconscientes, propios de la salud y que sencillamente quieren decir que el niño vive.

Es importante para mí transmitir el grado de complejidad de la neurosis más que tratar de concentrar el tema en una tableta que pueda ser ingerida sin problema para el sistema digestivo. Es mucho el trabajo que ya se ha hecho acerca del desarrollo emocional del pequeño y una gran parte del mismo goza de aceptación general.

Siendo la neurosis un patrón organizado de defensa, es necesario que enumere las principales defensas.

Las principales defensas contra la angustia intolerable propia del conflicto que se desarrolla en el inconsciente en relación con la vida instintiva son de diversas clases.

En primer lugar, el mismo instinto se inhibe, se hace inaceptable para el ser total, o bien es solamente aceptable en ciertas condiciones que convierten en precaria la satisfacción instintiva.

En segundo lugar, la culpabilidad nacida a causa del conflicto entre el amor y el odio es suavizada por medio de una serie de rituales obsesivos, una especie de religión con un dios muerto.

En tercer lugar, cierta parte del conflicto emocional se convierte en conflicto en términos de funcionamiento físico, tal como cólicos, o parestia histérica.

En cuarto lugar, por medio de fobias organizadas el niño es capaz de evitar ciertas situaciones que estimulan la angustia, u objetos que simbolizan las cosas que producen miedo.

A veces la angustia se abre paso y entonces el padre, la madre o la niñera deben estar alerta para acudir al rescate.

Es más, el niño obtiene cierto grado de alivio gracias a su capacidad para la regresión, es decir, porque puede regresar a los patrones instintivos de la infancia, donde la ingestión y la expulsión eran las principales funciones, y donde la madre satisfizo con éxito la dependencia del pequeño. O bien la regresión tiene lugar en forma de derrumbamiento, completamente aparte de la esperanza de ver satisfecha la dependencia.

Dicho de otra manera, las principales angustias de la neurosis (en contraste con la psicosis y la psicosis latente) pertenecen a un movimiento hacia adelante, en pos de los instintos genitales y en dirección opuesta a los instintos de alimentación.

Este movimiento de avance conduce a la angustia en torno a los genitales mismos y a unas diferencias esenciales en las fantasías, temores y defensas según el sexo del niño.

Cuando pensamos en la enfermedad y en la salud en términos de neurosis y la ausencia de la misma, damos por sentado que el niño ha alcanzado una fase de desarrollo en la cual tiene sentido hacer referencia a las relaciones interpersonales. Los niños completos se relacionan con personas completas. No puede decirse lo mismo en una descripción de las fases precoces, donde los niños se relacionan con objetos parciales o se hallan muy lejos de su instauración como unidades.

En la raíz de la neurosis propiamente dicha se encuentra la relación triangular, es decir, la relación entre tres personas tal como aparece por primera vez en la vida del niño. En esta fase los chicos y las chicas se desarrollan de modo distinto, pero siempre existen los dos triángulos, el que se basa en la posición heterosexual y el que se basa en la posición homosexual. Puede verse fácilmente que aquí hay lugar para una gran complejidad.

De entre todas estas posibilidades Freud destacó el complejo de Edipo, término que utilizamos para describir nuestro reconocimiento de todo el problema que surge de la consecución por parte del niño de la capacidad para relacionarse en calidad de ser humano con otros dos seres humanos, la madre y el padre a un mismo tiempo.

Es justamente aquí donde nacen las principales angustias debido a que es precisamente aquí que los instintos despiertan al máximo, y en el sueño del niño, el cual va acompañado de excitación corporal, todo está en juego. La verdadera neurosis no es necesariamente una enfermedad; al principio deberíamos considerarla un tributo al hecho de que la vida es difícil. Solamente diagnosticamos enfermedad y anormalidad si el grado de trastorno perjudica al niño, o aburre al padre o madre o bien resulta un inconveniente para la familia.

En la prevención de la neurosis tratamos de dar lo necesario en las primeras fases de la infancia, donde existe una gran dependencia y donde la madre echa los cimientos de la salud del niño a través de todo cuanto hace a causa de su dedicación al pequeño.

En el tratamiento disponemos de varios métodos.

1. A veces podemos modificar el medio ambiente dando a los padres la comprensión que les permita corregirse allí donde están fallando; pero esto no conduce a un cese repentino de los síntomas. A decir verdad, la mejora del medio emocional puede conducir a un aumento de los síntomas, ya que el niño pequeño necesita espacio para representar (acting out) muestras de la fantasía y para el descubrimiento del self a través del juego.

2. Es mucho el alivio que puede darse mediante las modificaciones habituales: mandar al niño de vacaciones, encontrar una escuela adecuada, obtener ayuda para la madre sobreocupada, movilizar a un tío o a una tía, comprar un perro, etc. Pero no es necesario que entre en detalles, sino que es preferible que señale la tremenda complejidad de toda situación humana y la necesidad de ser humilde al planear la vida de otra persona.

3. Luego está toda la cuestión de prestar ayuda personal al niño. Únicamente puedo hacer hincapié en que la intuición no basta en el ejercicio de la psicología.

Si un pediatra me pregunta cómo debe proceder, debo aconsejarle que siga un curso de psicoanálisis y luego modifique lo que haya aprendido a fin de aprehender el caso de que se trate.

Puede que haya un lugar para que aquellos que no hayan podido hacerse analistas trabajen personalmente con niños, pero esto solamente puede ser si el médico, por temperamento, es capaz de mantener una actitud no moralista y es fácilmente digno de confianza en los aspectos importantes, especialmente en lo que hace a no tener una perentoria necesidad emocional propia que gradualmente anule la del niño. Entre mis colegas pediatras los hay que practican la psicoterapia y tienen intención de hacer más, y de hacerlo bien. Pese a esto, debo decir aquí, en mi intento por ser sencillo y categórico, que la psicoterapia personal de niños y adultos debería estar a cargo de quienes se han adiestrado como analistas. Esto es lo que debemos aconsejar a nuestros colegas más jóvenes, y en la próxima década la responsabilidad recaerá sobre aquellos que posean la doble calificación.

Al pediatra le resulta mejor trabajar en términos de igualdad con un analista cualificado (quizá no médico) que tratar de practicar la psicoterapia que no está calificado para practicar.

Preferiría ver un retraso de cincuenta años en el psicoanálisis, antes que presenciar la rápida extensión de la psicoterapia a cargo de quienes no hayan estudiado las inmensas complejidades de este tema y de la naturaleza humana a la que la psicoterapia debe aplicarse.

Pero todo esto es de común conocimiento. Está en los libros. Hace tiempo que forma parte del adiestramiento de los psiquiatras que se dedican a la asistencia social y también, a decir verdad, del adiestramiento de todos los asistentes sociales.

Por una u otra razón, en los últimos treinta años la pediatría ha avanzado en una dirección, pero se ha retrasado en otra.

En estos treinta años se ha registrado un sorprendente avance en la teoría y la práctica de la pediatría física, siendo este avance lo que ha puesto al desnudo y en evidencia la existencia y extensión del trastorno emocional. Resulta comprensible que no haya habido tiempo para la psicología; los que se sintieron atraídos por la pediatría a menudo lo fueron debido a que los problemas con que deberían enfrentarse eran de naturaleza física.

¿Es precisamente porque la psiquiatría sigue ocupándose plenamente de la vertiente física que en el Instituto de Psicoanálisis de Londres, donde estamos preparando a treinta analistas para el estudio y tratamiento de niños, es precisamente por esto, repito, que (con unas pocas excepciones) no son los pediatras quienes solicitan plaza? A propósito, la psicología ya está siendo ejercida, y bien, fuera de la profesión médica; la ejercen los psiquiatras y otras personas que se dedican a la asistencia social y al cuidado de niños desposeídos, los funcionarios que se encargan de atender a los que están en libertad vigilada, y el personal de las residencias para niños llamados inadaptados y otros muchos grupos profesionales que cuentan con organizaciones propias. Muchas de estas personas han visto la necesidad del análisis personal. El nivel del trabajo que llevan a cabo es alto con frecuencia. Es la pediatría lo que se ha retrasado.

En cuanto al tema de la neurosis, ya han oído mi resumen de teorías bien conocidas y aceptadas. Pero no puedo dejarlo así. Mi aportación debe consistir en hacer un examen de la dificultad en que se halla metida la pediatría.

En alguna parte hay algo que está mal y cabe suponer que si algo va mal, todos deseamos que ese algo

sea arreglado.

A menudo se afirma que los pediatras son necesariamente buenos con los niños. Esto, por lo que yo creo, es cierto.

Aquí, no obstante, mi trabajo consiste en añadir la observación en el sentido de que ser bueno con los niños, saber tratarlos, no es psicología. Se trata de una cosa enteramente distinta.

En este Congreso la pediatría física se muestra bien dispuesta para con la otra mitad de la pediatría, la que se ocupa del desarrollo emocional; y sin embargo, el camino parece estar bloqueado. Seguramente la explicación estriba en que aquellos que se hallan orientados hacia la vertiente física basan su labor en las ciencias físicas, anatomía, fisiología, bioquímica... y no saben a qué ciencia recurrir ni saben en qué basar cualquier posible incursión que realicen en el territorio psicológico. ¿Qué hay en la psicología que corresponda a las ciencias físicas?

En este punto seré rotundo y personal. He pasado mi vida profesional con un pie en la pediatría y el otro en el psicoanálisis. Al tratar muchos miles de casos también he tenido el privilegio de llevar a cabo cerca de un centenar de largos análisis personales de adultos y niños. Asimismo, he participado en la formación de psicoanalistas.

Estoy convirtiendo en lo principal de esta aportación el hecho de que antes o después deberá reconocerse que la ciencia que subyace a la pediatría psicológica ya existe en la psicología dinámica, o en la psicología de los procesos conscientes e inconscientes que nace con Freud. El psicoanálisis, tanto en su carácter de ciencia como gracias al adiestramiento que es capaz de ofrecer, merece la coexistencia con la fisiología. Aquí y ahora pido respeto, pido que las ciencias físicas respeten al psicoanálisis y lo pido especialmente a aquellos a quienes les disgusta. El hecho de que no les guste no constituye un argumento en contra.

Tiene que haber quienes detesten el psicoanálisis debido a que estudia la naturaleza humana objetivamente; a que invade los reinos donde antes dominaban la creencia, la intuición y la empatía. Es más, la psicología introduce un nuevo elemento en la labor clínica; en calidad de psiquiatras debemos esperar encontrar en nosotros mismos las mismas dificultades y las mismas organizaciones neuróticas de defensa que encontramos en nuestros pacientes.

Existe una gran riqueza de libros y escritos para quienes deseen examinar más profundamente la neurosis y existe también una gran cantidad de neurosis para su estudio clínico. Mi principal contribución ha sido la sugerencia referente a la formación de posgraduados para aquellos pediatras que sean capaces de mirar al futuro y verse ejerciendo dentro de la mitad psicológica de nuestro tema común: la pediatría. Necesitan formarse en el psicoanálisis.

(1) Escrito leído por invitación ante el Octavo Congreso internacional de Pediatría, Copenhague, Dinamarca, el 25 de julio de 1956.

P S I K O L I B R O

Biblioteca D. Winnicott

Pediatría y psiquiatría (1948)

Alocución dirigida desde la presidencia a la Sección Médica de la Sociedad psicológica Británica, el 28 de enero de 1948, Brit. J. Med. Psychol., vol. XXI, 1948.

Como tema de mi alocución he escogido «Pediatría y psiquiatría» debido a la naturaleza de mi trabajo. Soy tanto un pediatra que se inclinó hacia la psiquiatría, como un psiquiatra que se ha aferrado a la pediatría. En una alocución pronunciada desde la presidencia es excusable, e incluso normal, que el orador eche mano de experiencias que le son muy propias. Mi posición, dado que trabajo en dos campos, debería calificarme para decir algo que tenga interés tanto para el médico de niños como para el médico que realiza su labor entre los dementes. Desde luego, resulta inevitable que la persona que trabaja en dos campos sacrifique cierto grado de pericia en ambos.

Las investigaciones que más o menos comenzaron con la labor de nuestro pionero, Sigmund Freud, han establecido que en el análisis de la psiconeurosis se comprueba de qué modo la infancia del paciente es el lugar donde buscaron cobijo los intolerables conflictos que llevaron a la represión y a la instauración de defensas, así como a la interrupción del desarrollo emocional del individuo, con formación de síntomas. Naturalmente, pues, se dirigió la investigación hacia la vida emocional de los niños. Pronto se averiguó que la reconstrucción que de sus conflictos infantiles -conflictos asociados con sus ideas y experiencias instintivas- daban los pacientes adultos, podía ser observada en los niños, y ser observada claramente en el tratamiento analítico de niños. No pasó mucho tiempo antes de que empezasen a formularse preguntas sobre si la enfermedad más psicótica de los adultos no estaría relacionada con la experiencia de los niños. Paulatinamente se ha ido forjando una complejísima teoría sobre el desarrollo emocional del ser humano, de tal manera que, pese a nuestra terrible y al mismo tiempo excitante ignorancia, actualmente disponemos de útiles hipótesis para nuestra labor, es decir, hipótesis que funcionan realmente. Hoy en día tenemos a nuestro alcance suficiente material para tratar de formular cosas acerca de los niños que interesan por igual al psiquiatra y al médico de niños. Quisiera ser uno de los que tratan de decir estas cosas.

Así, pues, mi tesis consiste en que al investigador que trabaja en una u otra de estas especialidades le será de sumo provecho trabar conocimiento con su colega de la otra especialidad. Hay algo que debe darse por sentado, aunque quizá no todos lo acepten, a saber: que hay una base psicológica para el trastorno mental. Doy por sentado que se puede estudiar la psiquiatría en los casos en que los tejidos cerebrales gozan de buena salud. Naturalmente, si un cerebro está enfermo o físicamente trastornado, o lesionado, hay que esperar que se produzcan cambios mentales. Por mi parte, poco es lo que aprendería del estudio de la personalidad de un individuo con el cerebro afectado, mientras que es mucho lo que puede aprenderse del individuo que tiene el cerebro intacto, tanto como lo que aún no se comprende sobre el desarrollo emocional normal y sus extravíos.

Es de esperar que nadie me acuse de echar en el olvido la herencia biológica o la parálisis general de los locos,

o la demencia senil, las lesiones cerebrales, la encefalitis, el delirio tóxico, el tumor cerebral o incluso la mejora sintomática que viene después de las convulsiones provocadas.

Permítanme un replanteamiento de mi idea: es posible establecer una trabazón clínica entre el desarrollo infantil y los estados psiquiátricos y, de modo semejante, entre el cuidado de los niños y el de los enfermos mentales.

Para dedicarse a la investigación es preciso tener ideas; toda línea de investigación tiene un punto de partida subjetivo. La objetividad viene después, a través de una labor planificada y de la comparación de observaciones llevadas a cabo desde ángulos distintos. Para hacer justicia a quienes se dedican a investigar el desarrollo emocional del niño, les daré una especie de catálogo de los diversos métodos de enfocar cualquiera de los detalles que se están investigando. Los siguientes métodos facilitan las observaciones que pueden compararse y ponerse en correlación:

1. La observación directa de la relación niño-madre. Ejemplo de este método lo tenemos en la obra de la doctora Middlemore (desgraciadamente interrumpida por la muerte) tal como se describe en el libro *The Nursing Couple*.
2. La observación directa y periódica de un niño desde poco después de nacer y a lo largo de un período de años. En el ejercicio general de la pediatría y en el departamento de enfermos externos del hospital, los padres asisten a la consulta cuando surgen problemas o cuando necesitan consejo.
3. Preparación del historial pediátrico. Yo mismo les he dado a las madres la oportunidad de contarme todo cuanto saben del desarrollo de sus pequeños. Esto lo he hecho en unos veinte mil casos. Siempre queda algo por aprender acerca de la preparación del historial, pero confío que con esta clase de experiencia vamos ganando penetración en la valoración de la descripción de la madre.
4. El ejercicio de la pediatría: típicamente, el control o dirección de la nutrición y excreción del pequeño. A lo largo del presente trabajo iré dando ejemplos del aspecto psicológico de los problemas nutritivos del niño. Cabría decir que en el caso corriente donde no hay ningún proceso de enfermedad el trabajo físico ya ha sido realizado por los fisiólogos y bioquímicos, y que los problemas prácticos son principalmente de índole psicológica.
5. La entrevista con el niño con el fin de hacer el diagnóstico. A menudo, en la primera entrevista se puede hacer una especie de tratamiento analítico en miniatura sin que ello cause ningún daño. Cuando, más tarde, el análisis se emprende, por lo regular se comprueba que hacen falta muchos meses para volver a cubrir el mismo terreno. En estas entrevistas el médico no está seguro del terreno que pisa, ya que está metido en un largo análisis, pero, por otra parte, logra insight en un gran número de casos y esto, en cierta medida, da equilibrio a la restricción del número de casos en su experiencia analítica. A propósito, en psiquiatría la entrevista con fines de diagnóstico solamente es fructífera cuando se trata de una entrevista terapéutica.
6. La experiencia psicoanalítica propiamente dicha. Esta experiencia nos proporciona una visión distinta de la infancia del pequeño según éste tenga de dos a cuatro años de edad o sea mayor, o esté cerca de la pubertad o en la adolescencia. Para el analista que se halle investigando los primeros procesos del desarrollo emocional, el análisis de adultos bastante normales puede ser incluso más provechoso que el análisis de niños.
7. La observación, en el ejercicio de la pediatría, de las regresiones psicóticas que aparezcan, como suele suceder, en la niñez e incluso en la infancia.
8. La observación de los niños en un hogar adaptado para afrontar las dificultades, ya sean éstas un comportamiento antisocial, estados de confusión, episodios de índole maníaca relaciones deformadas por la suspicacia, persecución, defecto, mentales o convulsiones.
9. El psicoanálisis de los esquizofrénicos. Este método lo sitúo en un grupo aparte porque creo que tales análisis

están reservados a los analistas con experiencia. A mi modo de ver, el análisis de la enfermedad asociada con la depresión y las defensas contra ella entran actualmente en la clasificación de tratamientos rutinarios, y en modo alguno pueden denominarse «casos para la investigación». Lo mismo puede decirse de los casos de manía depresiva y de paranoia. Los esquizofrénicos, sin embargo, pertenecen a una clase distinta y su tratamiento tiene más de aventura de pioneros.

A estas alturas ya he aprendido a esperar que se produzca un malentendido a menos que se tomen las medidas necesarias para evitarlo. A menudo se me ha dicho que la idea de que los locos son como bebés, o como niños pequeños, sencillamente es falsa. ¿Me permiten que deje muy claro que no insinúo que los locos se comporten como niños en mayor medida que los neuróticos se parecen a niños mayores? Los niños sanos no son neuróticos (aunque pueden serlo) y los bebés normales no están locos. La relación entre la pediatría y la psiquiatría es mucho más sutil que todo esto.

La teoría que les propongo consiste en que en el desarrollo emocional de todo niño intervienen una serie de procesos complicados, y que la falta de completación o de progreso de tales procesos predispone al trastorno mental o al colapso. La completación de estos procesos forma la base de la salud mental.

Es la madre quien echa en la infancia los cimientos de la salud mental del ser humano. La madre aporta un medio dentro del cual se pueden producir unos procesos complejos pero esenciales para que el yo del niño pueda completarse. Tal vez sea muy útil comenzar por un estudio de una madre buena y corriente, en la medida en que nos sea posible ver lo que sucede en esta relación entre dos personas. Trataré de hacerlo, pero antes hay algo que debo decir sobre el significado de la madre real para el pequeño.

Se está plenamente de acuerdo en que a la larga el pequeño llega a sentirse persona completa, y a considerar que su madre también lo es; poco después de haber alcanzado esta fase, otras personas entran en su vida en calidad de tales, es decir, de personas, aunque no hace falta detenernos ahora en las complicaciones que trae consigo este estado de cosas. No existe un acuerdo general sobre a qué edad el niño percibe por vez primera a su madre como persona completa, inquietándose entonces por los resultados de los ataques reales e imaginarios que contra ella realiza cuando se encuentra bajo la influencia de la tensión instintiva. Por suerte, no hace falta resolver semejante rompecabezas, ya que de momento estamos examinando el cuidado de la madre en la fase anterior a aquella en que el niño es capaz de inquietarse.

Me parece comprender a qué se refiere la señorita Anna Freud (1947, pág. 200) cuando afirma:

«Este primer amor del niño es egoísta y material. Su vida está gobernada por sensaciones de necesidad y satisfacción, placer y malestar. La madre, como objeto, desempeña un papel en esta vida por cuanto proporciona satisfacción y elimina malestar. Cuando las necesidades del pequeño están satisfechas -por ejemplo, cuando se siente abrigado, cómodo, con agradables sensaciones gástricas-, retira su interés por el mundo objetal y se duerme. Cuando tiene hambre, está mojado y siente frío, o cuando se siente turbado por sensaciones intestinales, el niño se vuelve al mundo exterior en busca de ayuda. En este período la necesidad de un objeto se halla inseparablemente ligada con las grandes necesidades del cuerpo.

A partir del quinto o sexto mes el niño empieza a prestar atención a la madre también en momentos en los que él no se halla bajo la influencia de las necesidades corporales»

La doctora Friedlander (1947, pág. 23) escribió:

«... durante las primeras semanas e incluso meses de la vida la relación del niño con la madre es más bien simple. La madre es el instrumento que satisface las necesidades corporales del pequeño. Cualquier persona que cumpla esta función provocará la misma reacción en el niño...».

No obstante, mi opinión es que al llegar al séptimo mes aproximadamente hay una gran proporción de niños que dan claras muestras de que de tanto en tanto establecen contacto con la mujer que es su madre.

Tratemos de estudiar la tarea de la madre. Si se pretende que el niño sea capaz de empezar a convertirse en un ser humano, a tener noticia del mundo que nosotros conocemos, a reunir sus fragmentos en un todo coherente, entonces sobresaldrán como de vital importancia los siguientes aspectos de la madre:

La madre existe, sigue existiendo, vive, huele, respira, su corazón late. Está ahí para que se la sienta en todas las formas posibles.

La madre ama de manera física, aporta un contacto, una temperatura corporal, movimiento, y tranquilidad de acuerdo con las necesidades del bebé.

La madre proporciona al bebé la oportunidad de realizar la transición entre el estado de tranquilidad y el de excitación, oportunidad que consiste en no presentarse súbitamente ante el pequeño con su alimento y la exigencia de una reacción.

Aporta alimentos idóneos en el momento propicio.

Al principio deja que el pequeño domine, deseosa (toda vez que el bebé es casi parte de ella misma) de permanecer a la expectativa para reaccionar.

De forma gradual, la madre introduce el mundo exterior y compartido, de forma adecuadamente graduada a las necesidades del pequeño, las cuales varían de día en día y de hora en hora.

Protege al niño contra coincidencias y conmociones (un portazo en el momento en que el bebé coge el pecho), tratando de que la situación física y emocional sea lo bastante sencilla como para que la comprenda el pequeño y, al mismo tiempo, rica en grado adecuado a la creciente capacidad del bebé.

La madre aporta continuidad.

Porque cree en el bebé en tanto que ser humano por derecho propio, la madre no precipita su desarrollo y de esta manera le permite entrar en posesión del tiempo y de un sentimiento de ir desarrollándose de forma interna y personal.

Para la madre el pequeño es un ser humano completo desde el principio, lo cual le permite a ella tolerar su falta de integración y su débil sensación de vivir en el cuerpo.

Si añado que la madre continúa existiendo a pesar de los ataques que recibe (por parte del niño, tanto como muestras de amor como de ira), me adelantaría demasiado llegando a las funciones de la madre en relación con el pequeño que posee instintos y capacidad para inquietarse.

Si examinamos esta descripción, sin duda incompleta, podremos ver que, mientras que algunas funciones (tales como la provisión de alimentos adecuados) podría llevarlas a cabo cualquier persona, hay otras muchas cosas que solamente puede realizarlas quien posea el interés de una madre; más aún, la continuidad no puede aportarle una serie de cuidadores distintos; y en todo caso existe la continuidad real del detalle tal como lo observa el pequeño y que tal vez tiene su comienzo en un primer plano del pezón o del rostro y que incluye el olor y los detalles de la textura, etcétera. Asimismo, ¿cómo puede alguien que no esté en la posición de la madre, con su amor materno, conocer al pequeño lo bastante bien como para proporcionarle un enriquecimiento bien graduado, como para alentar su creciente capacidad sin, al mismo tiempo, engendrar confusión?

Creo que con esto hago un primer planteamiento del beneficio clínico que el pediatra saca del contacto con la

psiquiatría. Si es verdad o incluso posible que la salud mental de cada individuo es fundada por la madre, los médicos y las enfermeras deberán imponerse como obligación primordial el no entrometerse. En lugar de enseñar a las madres cómo se hace lo que de hecho no se puede enseñar, los pediatras deben, antes o después, saber reconocer a una buena madre cuando la ven, asegurándose entonces que ella reciba todas las oportunidades para realizar bien su función. Es posible, de hecho seguro, que la madre cometa equivocaciones, pero si éstas le permiten actuar mejor en la siguiente ocasión, a la larga hay un beneficio.

Las madres no pueden desarrollarse si se las asusta para que hagan lo que se les manda. Ante todo deben encontrar sus propios sentimientos y mientras los buscan deben contar con apoyo -apoyo contra sus propios temores, supersticiones, sus vecinos, y, desde luego, contra los accidentes y enfermedades físicas que actualmente tienen curación e incluso tantas veces prevención-. Más adelante volveré a hablar de este apoyo sin ingerencia, pero si me estuviera dirigiendo a un auditorio de pediatras no exageraría al poner de relieve el gran peligro para la salud mental que existe cuando el niño recibe la afrenta de una cruda interrupción de los delicados y naturales procesos de la relación niño-madre.

El medio circundante tiene una importancia tal en esta fase precoz que uno se ve compelido a extraer la inesperada conclusión de que la esquizofrenia es una especie de enfermedad debida a la deficiencia ambiental, ya que un medio perfecto al principio puede capacitar al pequeño, al menos en teoría, para iniciar el desarrollo emocional o mental que le predisponga a un ulterior desarrollo emocional y por ende a la salud mental durante toda su vida. Que más adelante el medio ambiente no sea favorable es otra cuestión, limitándose a ser un factor adverso adicional dentro de la etiología general del trastorno mental.

La primera infancia

Permítanme que ahora les indique brevemente cuál es la tarea del pequeño bajo el feliz cuidado de una madre «buena». Queda entendido que la tarea que ocupa al pequeño (al menos a partir del nacimiento) jamás llega a ser una tarea completada; el logro o logros de las primeras semanas y meses deben perderse muchas veces y volver a ser ganados según las vueltas de la fortuna.

No es difícil ver que en el caso de todos los pequeños tienen que darse cuando menos estas tres condiciones:

1. El pequeño debe establecer contacto con la realidad,
2. La personalidad del pequeño debe quedar integrada, y la integración debe adquirir estabilidad.
3. El pequeño debe llegar a sentir que vive en lo que nosotros vemos tan fácilmente que es el cuerpo de dicho pequeño, pero que, al principio, el niño no percibe su especial significación del mismo modo que nosotros.

Tres cosas: contacto con la realidad, integración, sentido corpóreo.

En la naturaleza de estas tareas el psiquiatra advertirá fácilmente el reflejo de los síntomas que constituyen su constante preocupación: la pérdida del contacto con la realidad y del sentido de la realidad, la desintegración y la despersonalización.

Con el objeto de seguir alguno de estos temas con cierto detalle, me veré obligado a examinar solamente uno de ellos, y dejar de lado los otros dos.

La relación con la realidad externa

He decidido examinar la cuestión de la instauración del contacto con la realidad. Aun limitándome a este tema me veo obligado a poner atención en un solo ejemplo: el contacto que nace de la forma más primitiva del amor, la que llamamos «codicia» o «gula», y que persiste en forma de amor interesado. De igual significación es el

contacto con la realidad en períodos tranquilos entre otros períodos de excitación, pero no debo alejarme demasiado de mi tema.

Tan pronto como es posible una relación objetal, se hace inmediatamente significativa la constatación de si se trata de un objeto exterior o interior al pequeño. Sin embargo, doy por sentado que existe una fase previa a ésta y en la cual no hay ninguna clase de relación. Me atrevería a decir que, al principio, hay un estado que podría describirse simultáneamente como de independencia absoluta y dependencia absoluta. No hay ningún sentimiento de dependencia y, por consiguiente, esa dependencia debe ser absoluta. Digamos que de este estado el niño sale turbado por la tensión instintiva que llamamos «hambre». Diría que el niño está dispuesto a creer en algo que podría existir, es decir, que se ha desarrollado en el niño la disposición a alucinar un objeto; pero esto es más bien una dirección de la expectativa que un objeto en sí. En este momento viene la madre con su pecho (digo «pecho» para simplificar la descripción), y lo coloca de tal modo que el niño lo encuentra. He aquí otra dirección, esta vez hacia el niño en lugar que desde él. Resulta difícil decir si el niño y la madre se adaptan o no. Al principio la madre deja que el niño domine, y si no logra hacerlo, el objeto subjetivo del niño no conseguirá que sobre él se superponga el pecho percibido objetivamente. ¿Acaso no deberíamos decir que al ajustarse al impulso del pequeño la madre permite a éste la ilusión de que lo que está ahí es algo creado por el pequeño? Como resultado no existe solamente la experiencia física de la satisfacción instintiva, sino que existe también una unión emocional y el principio de una creencia en la realidad en calidad de algo en torno a lo cual es posible tener ilusiones. Gradualmente, a través de la experiencia viva de una relación entre la madre y el bebé, éste se vale de los detalles percibidos para la creación del objeto esperado. En el curso del amamantamiento la madre podrá repetir este cometido un millar de veces. Puede que tenga tanto éxito en dar al pequeño la capacidad para la ilusión que la siguiente tarea no le ofrezca ninguna dificultad. Esta siguiente tarea estriba en desilusionarle de manera gradual, lo cual equivale al destete dentro de este marco primitivo que me interesa en el presente trabajo.

Algunas personas se sienten preocupadas al ver que en psicología no existe nada a lo que pueda llamarse “unión directa”, y que solamente existe una ilusión de relación. Pero supongo que los psiquiatras estarán tan acostumbrados a la descripción que de la pérdida del contacto con la realidad hacen los pacientes que no pondrán objeciones a ello. Muchos de nosotros sabemos muy bien cómo aprovechar lo observado y esperado objetivamente, por lo que no nos hacen falta las alucinaciones, a menos que estemos cansados o débiles a causa del agotamiento físico. Para el pequeño, esta aplicación inteligente de la realidad compartida, que es otro de los aspectos de la objetividad, no está ni mucho menos establecida: al principio todo depende de la madre.

La madre cumple su misión en este sentido mediante el simple hecho de dedicarse al pequeño, es decir, siempre y cuando los médicos, enfermeras y demás personas que la rodean le permitan, de modo general, actuar como a ella le gusta.

Aquí es donde el pediatra hace su entrada en escena, despejando el camino para el sentimiento innato que el pequeño despierta en la madre. Al aceptar la ayuda del psicoanalista, el pediatra, dicho sea de paso, extiende la utilidad del psicoanalista a un círculo más amplio que el de su labor analítica. Los médicos han hecho que para las madres sea muy difícil empezar bien esa función, una de las más importantes de las que deben cumplir. A menudo a una mujer le resulta sumamente difícil, cuando se dispone a dar a luz, estar segura de que se le permitirá adaptarse a su bebé a su manera, que es también la del bebé. Rápidamente pasaré a relatarles una excepción. El profesor Spence (1) de Newcastle, insiste en que se ponga a todos los bebés sanos que hay en las clínicas de maternidad colocados bajo su supervisión en una cuna al lado de la madre. Ésta recibe la atención adiestrada que tanto necesita y disfruta de la confianza que inspiran unos médicos y enfermeras de primera. Asimismo, se espera de la madre que sea ella quien mejor juzgue la técnica de alimentación adecuada a las necesidades del pequeño. No hay una reglamentación sobre la alimentación regular, y la «pareja lactante» - recurriendo a la expresión acuñada por la desaparecida doctora Middlemore-, por lo general antes o después hallan una pauta conveniente de alimentación. Comparemos esto con los peores casos, nada difíciles de encontrar, de una casa de maternidad en la cual las cunas de los bebés se encuentran en un pabellón separado, incluso cuándo están sanos. A la hora de comer se les traslada en un carrito, aprisionados en una especie de pañolón, y cuando llega el momento indicado la enfermera coloca al pequeño en el pecho de la madre,

sorprendida, frustrada y a menudo asustada.

Esto se refiere únicamente a las fases iniciales de la experiencia nutritiva, pero es fácil comprobar que estas ideas son comunes a todas las fases posteriores. No obstante, si los principios son malos, la continuación será necesariamente más difícil. Más aún, clínicamente, los trastornos nutritivos de importancia pueden empezar en la fase inicial.

El pediatra, que toma el historial de los niños pequeños minuciosamente, no puede evitar la sorpresa al ver cuán comunes son las inhibiciones nutritivas regulares o muy agudas. Se da cuenta de que es posible enumerar ciertos momentos críticos. (Yo mismo viví un caso grave con una pequeña de tres años a la que estaba analizando, una pequeña cuyas inhibiciones nutritivas habían empezado a los doce meses, en un día concreto, cuando la sentaron a la mesa para que comiese con su padre y con su madre, es decir, los tres juntos.) Un momento que parece indicado para la pérdida del deseo de comer es la próxima llegada de un nuevo bebé. En muchos casos esta pérdida comienza en la infancia. Existe la inhibición con respecto a la autonutrición, o se produce un cambio del deseo de comida a un rechazo en el momento del destete, de la retirada del biberón o de una persona especial, o en la introducción de alimentos sólidos, e incluso cuando se administran alimentos más espesos. La aparición de los dientes puede ir acompañada por el rechazo de los alimentos. Incluso en los niños muy pequeños se observa el rechazo de cualquier cosa ; a veces por el contrario, sólo interesa lo que es nuevo.

Sin embargo, algunas de las inhibiciones empiezan de buen principio. El niño y la madre nunca llegan a acoplarse. En este punto es posible considerar a la madre teóricamente responsable, aunque, por supuesto, no culpable.

Generalmente, si el amamantamiento resulta difícil, al niño se le alimenta con biberón. Existen muchísimas soluciones para los casos en que la leche del pecho es escasa o inadecuada. En un caso de dificultad, es una equivocación empeñarse en dar el pecho cuando la madre podría alimentar bien a su pequeño utilizando el biberón.

En estas cuestiones el pediatra estará perdido si no entiende lo que sucede entre bastidores en el desarrollo emocional del niño; además, necesita saber algo acerca de la psicología de las madres lactantes.

Viene a caso describir aquí un problema frecuente en la alimentación infantil, tal como yo la veo. Quiero decir tal como la yo ahora, ya que he pasado por todas las fases que experimentan los médicos en el intento doloroso de tratar los problemas de nutrición con arreglo a principios físicos, alterando las cantidades, los intervalos, las proporciones de grasas, proteínas e hidratos de carbono, e incluso cambiando una marca de leche por otra. Tardé años en darme cuenta de que a menudo podía curarse una dificultad nutritiva aconsejando a la madre que durante unos cuantos días se adaptase completamente al pequeño. Tuve que descubrir que esta adaptación a las necesidades del pequeño causa tal placer a la madre que no puede efectuarla sin apoyo moral. Si esto es lo que aconsejo, debo pedirle a mi asistente social que visite a la madre diariamente, de lo contrario se acobardará ante las críticas y se sentirá demasiado responsable. S lo que hace es obedecer una regla, puede echar la culpa a los demás de que las cosas salgan mal, pero tiene miedo de hacer lo que profundamente desea hacer. Por el contrario, si todo va bien, nunca olvida el hecho de que saliera de ella misma, sin ayuda, el hacer lo que el pequeño necesitaba.

Para esto no es imprescindible un talento especial. Lo único que hace falta es una apreciación justa de qué es lo que la madre y el niño están haciendo conjuntamente. Cuando se trata de un bebé humano nunca es adecuado pensar en términos de reflejos condicionados.

Quiero dejar bien claro que estoy describiendo la tarea del pediatra en el control de la nutrición del niño, sugiriendo que el pediatra trabajará a ciegas a menos que sepa lo que sucede entre bastidores. En dicho lugar dominan los procesos del desarrollo emocional, procesos cuya naturaleza puede hallarse “en estado de ruina” en el marco de la enfermedad esquizofrénica.

Es aquí donde se puede hablar de los juegos. El primer juego que se juega en el pecho es de gran valor por

cuanto permite al bebé encontrar a la madre y comunicarse con ella de manera que esté preparada para actuar del modo correcto. Sin la oportunidad de jugar, el bebé y la madre se desconocen mutuamente. Cuán importantes son las manos para esto... A las doce semanas el pequeño a veces alimentará a su madre mientras esté tomando el pecho, poniéndole un dedo en la boca.

En su poema «Infancia» W H. Davies dijo:

Nacido al mundo con las manos apretadas,
lloré y cerré los ojos;
en mi boca un pecho forzó la entrada,
para detener mis amargos lloros.
No distinguía -ni quería distinguir
una mujer de un hombre;
hasta que vi una luz repentina,
y todos mis gozos comenzaron.

Desde aquélla gloriosa hora mis manos se adelantaron,
y yo empecé a demostrar
que muchas cosas que mis dos ojos vieron
mis manos tenían poder para mover:
entonces mis dedos empezaron a moverse,
e igual hicieron los dedos de mis pies;
y alargando las manos con los dedos extendidos,
me reí, con los ojos abiertos.

Psiquiatría y puericultura

Ya va siendo hora de que establezca el nexo entre esto y algo que interese al psiquiatra.

En el psicoanálisis de una señora (a quien las cosas le habían ido bien en la vida pero que acudió al tratamiento debido a su creciente descontento y su sentimiento de que nada significaba nada para ella) sucedió lo siguiente: Hubo una sesión en la que lo importante fue que me mantuve absolutamente quieto, sin decir una sola palabra. Durante la siguiente sesión sucedía lo mismo, sólo que al cabo de un rato busqué un cigarrillo. El resultado del insignificante movimiento que efectué fue casi desastroso, salvándose la situación solamente porque la paciente fue capaz de ver lo que sucedía. Partiendo de lo que había sucedido antes, ambos sabíamos que ella había vuelto a la relación niño-madre. Durante el período de silencio la paciente había estado tendida en el regazo de su madre. Justo en el momento de moverme la paciente estaba (mentalmente) alzando la mano, con lo cual hubiese llegado al pecho, la madre hubiese reaccionado y el amamantamiento hubiese empezado. Las dos se hubiesen adaptado. Fue esta misma experiencia la que inconscientemente estaba buscando la paciente. Al moverme, no obstante, rompí el hechizo y de pronto me convertí en la niñera. (Según el historial, la señora había sido amamantada durante un mes y luego la habían pasado a una niñera que le daba el biberón.) El hecho significó una interrupción de la marcha natural de las cosas. La niñera, aunque en muchos aspectos fuese mejor madre que la madre verdadera, porque no era depresiva, sin embargo tenía que levantarse, cuando llegaba la hora de alimentar a la pequeña, para coger o incluso preparar el biberón. Y entonces sucedía que cuando todo estaba dispuesto, la pequeña había perdido gran parte de su habilidad para «crear» el biberón, que pasaba a ser una cosa que se acercaba a ella y a la cual ella tenía que tratar de ajustarse.

Este tipo de caso me lleva a la descripción de otros estudios analíticos. Resulta muy difícil transmitir a quienes - tanto pediatras como psiquiatras- no practiquen el psicoanálisis, el sentimiento de convicción que hay que socavar hasta dar con la roca dura, con lo cual me refiero a que en nuestra labor uno ve cómo se reviven cosas

verdaderas. Con todo, cada uno de nosotros solamente puede alcanzar unos cuantos tipos de experiencia y, por consiguiente, es inevitable tener que recurrir a la labor de nuestros colegas.

Llevo mucho tiempo luchando con un caso que ilustra lo que quiero decir por cuanto, para ayudar a esta paciente, debo estar preparado esperando que llegue. Se trata de una de dos hermanas mellizas. El distinto trato que, comparada con su hermana, recibió de su madre siempre ha constituido una fuente de agravio para ella. Como su hermana gemela era la más débil de las dos, la madre se volcó en ella, alimentándola, cuidándola, incluso llevándosela a su cama, mientras que a mi paciente, por ser grande y fuerte, la entregaba a una niñera. Ésta era la reconstrucción consciente. Sólo gradualmente ha aparecido en la transferencia la verdadera situación de la primera infancia. Esta paciente viene a mí desde un hospital psiquiátrico. Padece una marcada escisión de la personalidad, y durante las primeras dos décadas (aparte de la infancia) hizo un ajuste excepcionalmente bueno sobre la base del sometimiento. Después se derrumbó y empezó una larga búsqueda de su propio ser, así como una relación con el mundo que le pareciese real. Huelga decir que no sabía lo que estaba buscando y, en una fase de desesperación, se le desarrolló una artritis reumatoide con el objetivo inconsciente de quedar confinada en cama, desamparada, haciendo que de esta manera su familia se le sometiese. O quizá deba decir que se valió así de su artritis.

La esperanza de conseguir del análisis lo que necesitaba trajo consigo la necesidad absoluta de que, como ya he dicho, la esperara preparado. En cierta ocasión tuve que abrir la puerta yo mismo cuando ella llamó al timbre. Podrán imaginarse la infinidad de juegos que giraron en torno a este detalle. A veces me telefoneaba por el camino, pues de no hacerlo no podía creer en mi existencia. El motivo por el que tuve que tomarme la molestia de hacer todo esto, que resultaba muy pesado, era que, de no hacerlo, de nada en absoluto servía el verla; ella hubiese venido, hablado y se hubiera ido, pero sin la impresión de habernos encontrado. Por otra parte, cuando llevaba una larga temporada facilitándole un acceso directo, la cosa rendía sus frutos. Mucho es lo que ha sucedido en seis años, pero la base de todo ello residió siempre en permitirle el acceso directo. Por primera vez está pasando por una experiencia esencial, aunque ésta pertenezca a la infancia. El hecho aparece claramente en el detallado material, que no dispongo de tiempo para reproducir aquí. En este caso hay un fuerte elemento regresivo, ya que el trauma principal estaba relacionado más con la primera infancia que con la niñez, a saber, un largo período de rígido control a cargo de una niñera casi loca.

Por si se piensa que es el analista quien mete estas ideas en la cabeza del paciente, les daré un detalle perteneciente al tratamiento de un chico que en apariencia era deficiente mental, pero que en realidad era un caso de esquizofrenia infantil con regresión a una introversión fuertemente controlada. Cuando el chico acudió a mí, a los cinco años de edad, durante un período de dos o tres meses su visita consistió simplemente en acercármese para volver a alejarse, poniendo a prueba mi habilidad para facilitar acceso y salida directa.

Paulatinamente, este chico se permitió sentarse en mi regazo, haciendo luego un contacto afectuoso. En la siguiente fase se me metía literalmente en la bata, actividad que pasó a la de deslizarse boca abajo hasta el suelo, pasando entre mis piernas. Durante la totalidad de este período fueron muy pocas las interpretaciones verbales que realicé. En la siguiente fase el chico sentía una necesidad tan fuerte de miel -estábamos en guerra y la miel escaseaba- que agotó todos los recursos hasta que por fin en vez de miel pudo aceptar malta y aceite, que comía vorazmente. Por aquel entonces todo lo cubría de saliva y utilizaba la cucharilla para fines destructivos. Si se le hacía esperar, la saliva formaba un pequeño charco ante la puerta. De todo esto nació un lento pero seguro desarrollo que anteriormente había cesado para convertirse en elemento negativo.

En esta experiencia me parecía estar viendo revivir a un chico alguna experiencia de la primera infancia y, partiendo de alguna necesidad que en él había, corregir su defectuosa presentación en el mundo, naciendo otra vez. Vi la sustitución de un medio por otro. Después de esto, el análisis mediante la interpretación verbal no sólo fue posible sino que se hizo agudamente necesario. Pero en la fase que he descrito mi misión consistió en aportar cierto tipo de medio, permitiendo así al muchacho hacer el trabajo.

Hay una aplicación directa de todo esto al cuidado de adolescentes. He aquí un caso típico. Un muchacho de

dieciséis años, alumno de una escuela privada, le dice al médico de la escuela que insiste en ver a un psiquiatra. Finalmente se sale con la suya y sus padres me lo traen. Preparo un detallado historial con lo que los padres me dicen y en la entrevista con el muchacho le encuentro deprimido, blanduzco. En cerca de una hora no saco nada de él y no hago ningún esfuerzo para obligarle. Como compruebo más tarde, lo importante en esa entrevista es que yo no le urjo a reaccionar. Al despedirnos, digo que espero volver a verle alguna vez.

La siguiente vez que tengo noticias tuyas es por teléfono. Me llama desde la escuela preguntando si puede verme al día siguiente, que es sábado. Sé que debo hacerlo, pues el gesto ha procedido de él, de manera que dejo todo de lado para atenderlo. Por teléfono mi respuesta inmediata es que sí, antes de decidir cómo voy a arreglármelas.

Estas condiciones hacen que el chico que entra en mi consultorio sea distinto. Me utiliza de manera muy considerable, y en una o dos horas hace un análisis en miniatura. A esto siguen resultados considerables, creo que más de lo que se hubiese obtenido en aquella fase por medio de varias semanas de análisis fijo. Durante las siguientes vacaciones me entero de que el muchacho ha dejado la escuela por propia iniciativa; se ha decidido a cursar una carrera y ha gestionado su ingreso en la universidad, ha buscado vivienda en Londres, donde podrá someterse a análisis durante un período adecuado, ya sea a mi cargo o al de algún colega mío. Creo que ésta es la forma en que debe comenzar un análisis semejante y que muchos tratamientos de adolescentes esquizoides fracasan porque se plantean sobre una base que olvida la habilidad del adolescente para «imaginar» -crear en cierto modo- un analista, un papel al que el verdadero analista pueda tratar de ajustarse.

Si esto es cierto, se desprende que las técnicas fijas para las entrevistas son contraproducentes, traicionan su propia finalidad, que, probablemente, es la de hacer un diagnóstico e iniciar un procedimiento terapéutico. La técnica fija desperdicia la capacidad del paciente para establecer alguna clase de contacto, y en un caso de tipo esquizoide esta oportunidad desperdiciada puede actuar a modo de terapia negativa, siendo susceptible de causar daño.

En el análisis de una adolescente esquizofrénica tuve que adoptar un procedimiento durante cierto período largo, procedimiento en virtud del cual la veía o trataba su material analítico por teléfono, exactamente cuando ella llamaba. Si hacíamos algún compromiso definido, la claustrofobia se veía activada. En esta condición hice una buena labor analítica. A la larga conseguimos fijar una fecha y hora regular. Sin embargo, de haberlas fijado a la fuerza demasiado pronto, a esta paciente le hubiese sido imposible establecer contacto conmigo de una manera que significase algo para ella. Durante un largo período hablamos principalmente del cuidado de los niños y de la forma de alimentarlos. A decir verdad, antes de acudir a mí, esta chica tenía niños a su cuidado, a los que daba la clase de control que necesitaba de mí y que su madre no había sabido darle. Su madre había actuado de un modo excelente salvo en una cosa: necesitaba que la tranquilizasen sobre sus actividades nutritivas. «Ninguno de mis hijos ha rechazado jamás algo que yo le ofreciese», solía decir, y, tratándose de una dietista experimentada, todos ellos crecían la mar de robustos, especialmente mi paciente. Pero hasta que acudió a mí esta chica apenas supo lo que era establecer contacto con la realidad por propia iniciativa.

Seguidamente deseo describir lo que me es dado ver de la base teórica de todo esto. En el caso favorable, la esperanza del pequeño choca con la realidad, y en este punto colocaría la palabra «ilusión». En caso de que alguien no acabe de entenderlo, vean la siguiente historia.

Recientemente, durante unos días de intenso calor, un analista se vio obligado a llevar a cabo una sesión analítica extra a la hora de comer. Se sentía cansado y quizás algo soñoliento, y tuvo la siguiente experiencia al mismo tiempo que seguía siendo un analista normal y competente.

A través de la ventana, en un tejado algo alejado, vio un hombre. Este hombre tendría unos cuarenta y cinco años y era más bien calvo. Acababa de comerse sus bocadillos y había dejado caer su periódico con los consejos para apostar en las carreras. Resultaba evidente que el individuo se había permitido echar un sueñecito.

Apenas consciente de todo aquello, el analista no se hubiese dado cuenta de nada de no haber habido una

segunda parte.

Todos sabemos de qué manera el ruido continuo a veces pasa desapercibido hasta que cesa. Pues bien, lo inquietante de aquel caso era que aquel hombre no hacía ningún movimiento en absoluto. Al cabo de media hora el analista se percató de que el hombre hubiese debido despertarse, y entonces, de sopetón, ¡paf!, la cabeza del hombre se hinchó hasta adquirir el tamaño del adorno esférico de piedra que no había dejado de ser en todo el rato. El espectáculo del hombre cayendo dormido no había sido más que un indicio de que mi amigo deseaba dormir. No había logrado confinar sus alucinaciones a situaciones capaces de absorberlas.

Volviendo a lo que íbamos, en el caso favorable el impulso o la esperanza del pequeño choca con la realidad. ¿Cuáles son las consecuencias del fallo de la introducción del mundo compartido al pequeño? En el extremo del fallo o fracaso estas dos líneas, puestas en un gráfico, serían paralelas. De su pobreza innata el niño crea, y el mundo opone una vana resistencia. Las líneas nunca se tocan. En semejante caso hipotético tiene que existir el defecto mental aunque el cerebro posea una capacidad normal. Generalmente, existe cierto grado de tipo de escisión al nivel más precoz, por lo que se establece la base sobre la cual el niño tendrá una relación, no compartida por nosotros, con un mundo creado por él mismo, un mundo en el que domina la magia; y junto a esto hay un sometimiento a la dirección o control mundano proveniente de fuera, conveniente por cuanto da vida, pero en extremo insatisfactorio para el pequeño. Más adelante, durante la infancia o la edad adulta, el sometimiento se quiebra si se ve demasiado aislado de la otra tendencia, la que contiene toda la espontaneidad del pequeño. Estos caminos paralelos aparecen regularmente en nuestra labor analítica, ilustrados, en sus ejemplos más sencillos, por el paciente que dijo que sus sesiones analíticas se hacían por duplicado: una bastante aburrida, en la que el analista participaba realmente, y otra, la operativa, llevada a cabo más tarde y en relación con un analista imaginado.

Pediatría y psiquiatría

Lo principal a este respecto es que al investigar los fenómenos del contacto y la comunicación humana, el pediatra y el psiquiatra necesitan mucha ayuda mutua. Por ejemplo, son muy pocos los psiquiatras capaces de obtener un historial fidedigno basándose en los detalles que una madre les dé acerca de la nutrición de su hijo pequeño. Y, con todo, ninguna historia de un caso psicótico estará completa a menos que se haya obtenido ese detalle insignificante acerca de la pareja lactante siempre que está al alcance de un interrogatorio hecho con pericia. Asimismo, el pediatra necesita al psiquiatra. A solas, el pediatra no sabrá reconocer al niño psiquiátricamente enfermo, ya que el niño en cuestión puede estar rebosante de salud física y no mostrarse jamás desafiante o difícil, sino obediente de una manera deliciosa. El bebé enfermo puede, de hecho, ser especialmente bueno durante todo el tiempo -“nunca nos dábamos cuenta de que lo teníamos, doctor”-, ser capaz de quedarse solo en el brazo de la butaca sin miedo a caerse y así sucesivamente. Los bebés sanos lloran, en modo alguno comen siempre de buen grado, tienen voluntad propia, son, para decirlo claramente, unos pesados. Por supuesto, para sus propias madres, los niños sanos son siempre más gratos de lo que pueda llegar a ser un bebé enfermo, toda vez que, al lado de su pesadez, muestran también sentimientos espontáneos de amor, mucho más alentadores que las virtudes negativas.

En la cuestión de la dirección o control práctico, pienso que quienes cuidan niños (me refiero a las madres y a las encargadas de las guarderías) pueden enseñarles algo a aquellos que han de enfrentarse a las regresiones esquizoides y los estados de confusión que tiene la gente de toda edad. La aportación de un medio estable aunque personal, de calor, de protección, contra lo inesperado e imprevisible, la administración de alimentos en forma digna de confianza y puntualmente (o incluso siguiendo los caprichos del paciente), estas cosas pudieran ser de utilidad en el cuidado de los casos esquizoides.

Para el psiquiatra, lo importante, de momento, no es, sin embargo, la práctica sino la teoría. Sostengo que el lugar apropiado para el estudio de la esquizofrenia y la manía depresiva, así como la melancolía, es la guardería infantil; y, si esto es cierto, entonces algunas tendencias de la moderna psiquiatría son erróneas.

Tal vez se nos pregunte: ¿qué hace la gente corriente con respecto a esta cuestión del contacto con la realidad? Por supuesto que a medida que el desarrollo va teniendo lugar, suceden muchas cosas que al parecer superan la dificultad, ya que el enriquecimiento por medio de la incorporación tiene tanto de fenómeno psíquico como de fenómeno físico; y lo mismo puede decirse del hecho de ser incorporado, incluyendo la eventual aportación a la fertilidad del mundo, lo cual es privilegio hasta de los menos dotados de nosotros. Y, en especial la vida sexual ofrece una salida, con la concepción de niños, verdadera mezcla física de dos individuos. Sin embargo, mientras tenemos vida, cada uno de nosotros presiente que el contacto con la realidad es una cuestión de vital importancia y la afrontamos de acuerdo con la forma en que la realidad nos haya sido presentada al principio. En alguno de nosotros la capacidad para usar lo que es objetivamente verificable, para objetivar lo subjetivo, es tan natural que el problema fundamental de la ilusión tiende a perderse. A menos que se esté enfermo o cansado, la gente no sabe que existe un problema de relación con la realidad, ni una propensión universal a la alucinación, y opinan que los locos están hechos de una materia distinta a la nuestra.

Por el contrario, algunos somos conscientes de que en nosotros hay una tendencia hacia lo subjetivo, que nos parece más significativo que los asuntos del mundo, y los cuerdos nos parecen más bien aburridos y la vida común nos parece mundana.

Una de las formas de escape la constituyen los sueños y su recuerdo. Al dormir soñamos continuamente y al despertarnos necesitamos trasladar a la vida real algo de lo que hemos soñado, del mismo modo que nos es necesario reconocer los asuntos cotidianos que se nos presentan y se entremezclan con los sueños.

Aparte de esto, ¿acaso no es principalmente a través de la creación artística, así como de la experiencia artística, que mantenemos los puentes necesarios entre lo subjetivo y lo objetivo? Por esto, sugiero, valoramos en gran medida la lucha solitaria del creador en cualquiera de las artes. Para todos nosotros, al igual que para él mismo, el artista gana repetidamente gloriosas batallas en una guerra que, sin embargo, no es un resultado definitivo. El resultado definitivo lo constituiría el hallazgo de lo que no es verdad, a saber, que lo que el mundo ofrece es idéntico a lo que el individuo crea.

Terminaré con un ejemplo que amplía un poco el tema. Un hombre soñó que conducía el coche por una curva de la montaña cuando observó que se le acercaba otro coche de frente, a gran velocidad. Fue un sueño fugaz. El hombre giró hacia la izquierda, pero sabía que de no haberse despertado, se hubiera producido un tremendo choque. Fue un sueño satisfactorio y se despertó con el recuerdo de haberse dado un golpe en la cabeza contra una columna cuando iba con su madre, de pequeño. Este recuerdo fue fácil, un incidente, jamás olvidado. De repente se le ocurrió que el recuerdo era falso. Él estaba paseando con su madre y había sido otro chico, que también paseaba con su madre, que distraídamente había chocado contra la columna, hiriéndose seriamente la cabeza, con gran flujo de sangre.

El hecho fue que, debido al análisis referente al contacto con la realidad, había logrado comprender que envidiaba al muchacho que se había herido. Lo que quiero decir es que en el momento de producirse el choque le había parecido de lo más real, contrastando con su propia y creciente inhibición y falta del sentido de la realidad en su contacto con la madre, inhibición secundaria a la represión de sus deseos edípicos.

A partir de aquel paso de su análisis, alcanzó una nueva comprensión del amor que sienten los niños por los horrores que aparecen en las películas de gánsters, de Spitfires y bombarderos que se estrellan y cosas parecidas (2). También yo me di cuenta con la mayor claridad de que antes de tratar de desenmarañar la compleja psicología del comportamiento infantil, sería imprudente hacer caso omiso de la amenaza de los sentimientos de irrealidad y de pérdida de contacto. No creo que deba añadir, estando ante un auditorio de psiquiatras, que lo mismo es aplicable al estudio de los adultos.

Son quienes piensan que la realidad externa carece de significado cuando la rutina es lo dominante los que tienen necesidad absoluta del solaz de la música o la pintura. Una persona que yo conozco y que se está recuperando de una larga fase de pérdida de contacto, encontraba que los colores de los cuadros de Van Gogh

eran dolorosamente reales. Los colores iban hacia ella del mismo modo en que lo hacía el otro coche en el sueño del paciente al que me he referido antes. Los colores resultaban demasiado para ella en sentido físico y tuvo que marcharse para volver otro día con el fin de completar su visita a la sala de exposición.

En la dirección de niños cabe observar cosas comparables a éstas. Los sentimientos de irrealidad se manifiestan en forma de ansia por lo nuevo. Esto aparece en las primeras fases de la nutrición, en el problema del bebé al que se le cambia la dieta constantemente y que durante unos días la acepta bien, y luego pierde interés. Pero lo nuevo también puede hacer daño. Sería prudente recordar que para el pequeño, lo nuevo, se trate de un sabor, una textura, una visión o un ruido, puede presentársela de la misma forma que los colores de Van Gogh a mi paciente, causándole un daño físico. La madre «buena» suele tener cuidado y ser parca en estas cosas, aunque no deja de aportar cosas nuevas de acuerdo con la capacidad de adaptación del bebé. En el ejercicio de la psiquiatría, como ya he sugerido, quizás habría sitio para el intento de sacar a una persona de su repliegamiento mediante la provisión de un fragmento del mundo que estuviese extremadamente simplificado, de un mundo al que el paciente pudiese regresar gradualmente sin sufrir impresiones penosas. Dentro del análisis de los casos límite ya se hace esta provisión en el marco limitado de la sesión analítica; dicha provisión es el prerrequisito para la labor basada en la interpretación verbal.

Resumen

He tratado de concentrar la atención en un proceso: el del contacto individual con la realidad compartida, y el desarrollo de esto desde el comienzo de la vida del pequeño. Mi esperanza reside en alentar la cooperación entre el pediatra y el psiquiatra con el fin de adoptar términos descriptivos que tengan sentido para ambos. He procurado alcanzar mi objetivo recurriendo al examen de la instauración normal del contacto con la realidad. Resultó difícil echar a un lado los trastornos psicósomáticos, hacer oídos sordos a los estados de angustia, tan comunes, y hacerse el ciego ante la depresión, la hipocondría y las manías persecutorias. Todos estos trastornos afectan a la labor cotidiana del pediatra. No me ha sido fácil apartarme de las regresiones psicóticas patológicas y de las deformaciones psicóticas que en la niñez son más frecuentes de lo que la gente supone. También resultó difícil elegir un único proceso, haciendo caso omiso de los procesos de integración y sentido corporal. Sin embargo, tal como están las cosas, les he dicho mucho más de lo que puede escucharse fácilmente de un tirón y me consuelo con el pensamiento de que es mejor transmitir la idea de que una cosa es compleja, si lo es, que dar una falsa impresión de simplicidad. Éstas son cosas sobre las que han discutido filósofos y psicólogos; asimismo, patólogos de todas las escuelas han hecho sus propios intentos para plantear lo que les parece ver. He aquí, pues, mi planteamiento, forjado en la labor clínica y en el adiestramiento psicoanalítico.

Notas:

(1) Posteriormente, profesor sir James Spence.

(2) Hoy en día añadiría las tiras de terror (1957).

Biblioteca D. Winnicott

Peligros de la adopción 1954

El tema de la adopción es muy amplio y resulta imposible agotarlo en un breve artículo. La preparación para actuar en el campo de las adopciones requiere un conocimiento de la ley, comprensión del desarrollo emocional del ser humano a partir de una edad muy temprana y también experiencia en el estudio social de un caso. Quienes se preparan para capacitarse en esta tarea realizan estudios sociopsicológicos bajo supervisión, y se familiarizan con la técnica necesaria para seguir el caso paso a paso.

En realidad, solo alrededor del treinta por ciento de las adopciones se efectúa a través de entidades especializadas. El resto se realiza, en el presente, a través de una tercera persona o mediante la ubicación directa que hace la madre, aparte de algunos casos más o menos azarosos. A menudo ocurre que un ginecólogo o un clínico encuentra en el curso de la misma semana a una madre que no puede conservar a su bebé y a una familia que, por un motivo u otro, desea adoptar un niño; ¿qué sería más natural que arreglar una adopción? El niño se traslada al nuevo hogar y luego se sigue con el procedimiento legal. No puede negarse que este tipo de adopción a menudo tiene éxito y que sin duda, continuará existiendo.

Es necesario señalar que una proporción de estos casos fortuitos fracasa, y las sociedades de adopción, frente a esos fracasos, a menudo pueden afirmar, y con variados motivos, que podían haber predicho el fracaso; un estudio sociopsicológico adecuado, realizado por las personas apropiadas, hubiera permitido prever ciertas complicaciones inevitables. Por ejemplo, es posible detectar un motivo distorsionado y, sobre todo, las sociedades de adopción pueden impedir que el niño sea entregado a una mujer neurótica en la errónea creencia por parte del médico o de alguna otra persona de que, si esa mujer tuviera un hijo que cuidar, se curaría. Un estudio social bien hecho, no sólo previene desastres, sino que también permite efectuar adopciones que de otro modo no hubieran sido posibles; debe recordarse que una adopción fracasada suele ser desastrosa para el niño, a tal punto que habría sido mejor para él que el intento ni siquiera se hiciera.

Cabe preguntar; ¿existe algún argumento contra el método más profesional? La objeción que puede hacerse contra una adopción cuidadosamente planeada y efectuada a través de una sociedad de adopción, es la de que, por el hecho mismo del cuidado que se pone, a menudo se producen demoras, que a veces son muy serias y pueden arruinar una buena tarea. A fin de asegurarse de que un bebé es sano, se efectúan observaciones e investigaciones, todo lo cual lleva semanas o meses, de modo que cuando los padres adoptivos tienen por fin al niño con ellos ya es mucho lo que ha ocurrido en la vida de éste. De hecho, por lo general se cometen errores en el cuidado infantil antes de que el niño se instale en su nuevo hogar, con el resultado de que los padres

adoptivos se encuentran con un problema psicológicamente complejo además de con el niño. Además, la adaptación emocional a la idea de adoptar un bebé toca fuentes muy profundas del sentimiento. Padres que por fin se han decidido a adoptar un bebé están justamente en ese momento maduros para la adopción, y una demora incluso de unos pocos meses puede ser malsana. Varias postergaciones y una demora, quizás de meses e incluso años, pueden hacer que la adopción ya no sea buena, puesto que los padres, si bien siguen dispuestos a hacer lo que planeaban, han perdido esa orientación especial hacia , el cuidado de un bebé pequeño, una orientación especial que habían adquirido en el momento adecuado, en forma algo similar, aunque mucho menos intensa, a la que los padres auténticos adquieren naturalmente hacia su propio bebé nacido luego de nueve meses de espera.

Una consideración de estas pocas observaciones pone en evidencia que no es posible seguir ninguna regla simple. Los estudiosos de este tema necesitan leer mucho material, y los médicos deben saber que el arreglo irresponsable de una adopción implica la falta de una verdadera comprensión de los factores involucrados. Sobre todo,, no debe permitirse que las adopciones se efectúan para curar una neurosis adulta.

El principio subyacente básico es el de que si el bebé no puede ser criado por sus verdaderos padres, entonces lo mejor es que ese bebé ingrese a una familia y sea criado como miembro de ella. Además, una adopción legal proporciona al niño la sensación de ser miembro de la familia. La idea de que es posible criar a una criatura en una institución, aunque sea buena, y de que el mero crecimiento permitirá convertirla automáticamente en un ser humano maduro, está desacreditada desde hace mucho tiempo. La tendencia interna al desarrollo y el muy complejo crecimiento emocional de cada bebé requieren determinadas condiciones, y éstas no deben expresarse en términos de un eficaz cuidado corporal. Un niño necesita amor, y ello por motivos bien concretos. No se trata de que el medio o una buena alimentación, o incluso el cuidado amoroso de los padres, pueda formar a un ser humano, sino de que el cuidado amoroso es necesario para los procesos innatos del crecimiento emocional.

En vez de tratar de describir las alegrías y los peligros inherentes a la adopción de niños, he preferido presentar una historia corriente. Como cualquier otra, esta historia ilustra ciertos puntos, en particular el de que el cuidado corporal no basta. Ofrezco el caso de un niño adoptado por buenos motivos que llegó a presentar dificultades de las que ahora está saliendo. La adopción no fue ideal, pero no es útil aspirar siempre al ideal. El hecho es que, si este niño, resuelve sus problemas, estará en una situación mucho mejor que si hubiera sido criado en una institución desde el comienzo. Los detalles han sido alterados en aspectos de poca importancia para que resulte imposible reconocer el caso.)

William, 4 años de edad

Los progenitores trajeron a este niño adoptado a mi consultorio debido a la presencia de un síntoma: se golpeaba la cabeza. El niño había estado sometido a tratamiento en una clínica de orientación infantil. La madre ha logrado una considerable comprensión a través del contacto con un miembro del personal de la clínica. El niño asiste a sesiones semanales como miembro de un pequeño grupo. Pronto se puso en evidencia que los padres deseaban una revisión general de todo el asunto.

La entrevista tuvo muchos tropiezos. Al principio, charlé con los tres juntos. El primer intento de hablar a solas con el niño fracasó, y me quedé con el padre aunque aquél entraba y salía constantemente de la habitación. Luego la madre reemplazó al padre y, por último, el niño se quedó solo conmigo. Eventualmente tuve una larga charla con la madre.

El cuadro que se presentaba era el de un niño deprivado (1), y al principio resultaba difícil comprender cómo había llegado a producirse esa situación, ya que había sido adoptado cuando tenía un mes de edad (y legalmente a los cuatro meses), a través de una organización oficial de adopción.

Historia familiar

Es un matrimonio sin hijos propios. Ya bien avanzada la entrevista descubrí que antes de la boda había habido un aborto. Las relaciones sexuales son satisfactorias, pero debido a una obstrucción en las trompas de Falopio es difícil que se produzca un nuevo embarazo. Ello ha dado lugar a considerables sentimientos de culpa, pero los padres están ahora en camino de recuperarse del efecto producido por esos hechos. La madre no lamenta haber renunciado a su vida profesional. A fin de crear una atmósfera familiar, estos progenitores han aceptado varios niños sobre una base temporaria, de modo que casi siempre hay otros chicos en la casa aparte de William, lo cual ha constituido para él una ayuda considerable. Ahora los padres han presentado una solicitud para adoptar a una niña, y ello puede concretarse, pero quizás sólo luego de una larga espera, como de costumbre.

Historia pasada

No se conocen detalles del parto. La lactancia natural duró tres semanas. La mamadera substituyó rápidamente al pecho como una preparación para el cambio que habría de producirse al mes de edad. En el momento de la adopción William era pequeño pero sano. No hubo dificultades físicas durante la infancia y no ha sufrido muchas enfermedades. A los dos años se le extirparon las amígdalas. Al principio pareció que no había trastornos en el desarrollo emocional, pero poco a poco se tomó evidente durante la entrevista que ninguno de los progenitores recordaba bien los detalles de la infancia. A los dos años el niño comenzó a golpearse la cabeza, síntoma que llegó a tornarse muy serio. Solía sentarse contra la pared y golpear la cabeza contra ella. Luego adoptó una silla especial para hacerlo. Hay una secuencia que se observa a menudo: primero, los golpes, luego una terrible tensión, y luego flojedad, después de lo cual el niño se siente cansado y tiene marcadas ojeras. Esta conducta compulsiva se ha ido tornando menos evidente, y en la actualidad está representada por sacudidas de abajo hacia arriba. A los dos o tres años apareció un elemento sensual en su manera de besar.

Durante la entrevista, el niño mostraba figuras de animales a la madre, y parecía tener una relación satisfactoria con ambos progenitores. Sin embargo, una cierta inquietud en él resultaba evidente. Dije a los padres: "Eso de golpearse la cabeza representa una privación de alguna clase, y no veo cómo sobrevino."

Notas adicionales

William nunca se chupó los dedos, sin que ello se debiera a una imposición de los padres. Desde los dos años o aún más temprano, ha adoptado objetos que acaricia con afecto en la manera habitual, pero una variación sobre el tema de los golpes en la cabeza se ha convertido en una técnica para dormirse. Se acuesta y se golpea la cabeza con el brazo. Por lo común, la nota predominante es el deseo de hacerlo, pero el elemento compulsivo se puso de manifiesto cuando, padeciendo una seria diarrea, se quedó despierto y comenzó a golpearse fuertemente y hubo que

sujetarlos. El niño repetía una y otra vez: "No puedo dejar de golpear", y se sentía muy mal. Otro rasgo consistía en que nunca intentó salir de la cuna. En general hay una apatía en su relación con el mundo. Incluso ahora nunca se levanta a la mañana por su propia cuenta. Asimismo, en el curso del juego libre se dirige a veces por propia decisión a su silla predilecta y se hamaca hacia adelante y hacía atrás. Con todo, si le interesa alguna actividad, cosa que puede ocurrirle durante breves períodos, su concentración y persistencia son normales y agudas, pero ante la menor frustración o herida pierde el elemento constructivo, el juego se interrumpe y la desolación reemplaza a la felicidad. En todas sus necesidades hay un elemento compulsivo. No ha habido robos, excepto, quizás, el hecho de tomar subrepticamente un terrón de azúcar o un trozo de torta. Su imaginación es buena, pero resulta difícil separar esta observación de la actitud de la madre, puesto que en los últimos tiempos ha jugado con él más de lo que una madre suele hacerlo con un niño, en un intento de compensarlo por la privación anterior, y ha alentado el juego imaginativo.

Un indicio para el problema

Ya bien avanzada la entrevista, los padres se decidieron a hablarme de su incapacidad para establecer una buena relación con el bebé cuando lo recibieron. La madre había sentido culpa por el aborto, y también resentimiento por el hecho de que el niño no fuera su verdadero hijo. El padre experimentó inesperadamente un profundo rechazo al conocer al bebé. Como consecuencia de todo ello el bebé recibió cuidados físicos apropiados pero, durante un cierto tiempo, quizás un año, no fue realmente amado; y, sin duda al comienzo no hubo ninguna orientación especializada por parte de la madre con respecto a las necesidades del bebé, correspondiente a la que surge naturalmente cuando una madre tiene un hijo propio. Estos padres no pudieron amar al niño al principio, y sólo gradualmente llegaron a asumir un sentimiento de responsabilidad y una actitud de amor. Los padres nada podían hacer frente a esto en las primeras etapas, y tenían esperanzas de que las consecuencias no serían definitivas, pero los golpes en la cabeza les hicieron ver que habían causado un daño. Por fortuna, poco a poco fueron encariñándose con el niño y ahora hacen todo lo posible por compensar su temprana falta de amor; creo que son verdaderamente afectuosos y fácilmente accesibles para el niño. William es inteligente y cariñoso, aunque muestra una cierta labilidad del afecto. Tiene sentido común. Su dependencia con respecto a la madre es muy profunda en la actualidad. Nunca expresa ningún sentimiento con respecto a la madre y ambos progenitores sienten que ello se debe al hecho de que la madre se ha mostrado incapaz de manifestar sus propios sentimientos hacia el bebé hasta hace muy poco.

Estando solo conmigo, el niño dibujó con gestos amplios e impulsivos. Pudo decirme qué estaba dibujando y captar el lado cómico del resultado. Cada vez que terminaba un dibujo se lo mostraba a la madre. Sus dibujos mostraban su capacidad para la acción impulsiva que ahora comienza a colaborar en el proceso de autoexpresión. Demostró imaginación y sentido del humor; cierta capacidad para burlarse de sus propias idiosincrasias. Disfrutó del contacto conmigo y también se mostró dispuesto a parir. En estos aspectos reveló que para su edad, tiene mucho de normal en el desarrollo de su personalidad.

Comentario

La adopción de este bebé se realizó en una época adecuadamente temprana. El estudio sociopsicológico resultó deficiente en el sentido de que no se predijeron las dificultades que podrían experimentar los padres. Uno puede decir que si se hubiera contado con mejores padres adoptivos, el niño no hubiera enfermado; no obstante, no es de ninguna manera seguro que se encontraran mejores padres, y el niño todavía puede considerarse afortunado de no haber quedado en manos

de un cuidado impersonal. Existieron factores inherentes a la vida personal de los padres que les impidieron sentir amor por el niño al principio. Confiaron en que ello no tuviera un efecto negativo y trataron de compensar esa situación proporcionando un cuidado físico particularmente bueno; además en aquella época no tenían la comprensión suficiente para comprender lo que hacían, ni bastante libertad con respecto al sentimiento de fracaso personal como para estudiar los problemas vinculados con la adopción de un niño. Cuando el niño comenzó a desarrollar síntomas, ya se habían encariñado con él y, pudieron finalmente, con cierta ayuda, dedicarse a la tarea que habían emprendido. Ahora tienen un "caso" entre manos y se ven obligados a exagerar éste y aquel aspecto del cuidado del niño, a fin de satisfacer sus necesidades, es decir, hacen psicoterapia al tiempo que disfrutan con la crianza de un niño. Ocurre que están contentos de contar con una oportunidad para corregir los efectos de su propia deficiencia anterior. Tienen éxito en su doble tarea, y aunque en la actualidad todavía cabe decir que este niño tiene más probabilidades que una criatura normal de desarrollar un carácter antisocial, no obstante, si los padres perseveran, como parece probable, tienen buenas posibilidades de criar un hijo que contribuirá eventualmente a su felicidad. En mi opinión, sería conveniente que se les permitiera ahora adoptar una niña.

Un hecho importante en este caso es la estabilidad del matrimonio, y retrospectivamente se puede afirmar que la medida de su perturbación ante su propia incapacidad para tener un hijo es hasta cierto punto, una medida de su propia salud.

En este trabajo lo que se busca no es el ideal. Cualquier método que proporcione a un niño deprivado un hogar real y permanente debe ser bien recibido. No obstante, a la larga es el experto en estudios sociopsicológicos el que puede evitar los peligros, y el que hace los arreglos para las adopciones que resultan exitosas.

(1) Se utiliza aquí y en todo el texto: el adjetivo deprivado o privado como en medicina, con el significado de carencia de afecto y contacto materno.

Biblioteca D. Winnicott

Peligros de la adopción (1954)

EL TEMA DE LA ADOPCIÓN es muy amplio y resulta imposible agotarlo en un breve artículo. La preparación para actuar en el campo de las adopciones requiere un conocimiento de la ley, comprensión del desarrollo emocional del ser humano a partir de una edad muy temprana y también experiencia en el estudio social de un caso. Quienes se preparan para capacitarse en esta tarea realizan estudios sociopsicológicos bajo supervisión, y se familiarizan con la técnica necesaria para seguir el caso paso a paso.

En realidad, solo alrededor del treinta por ciento de las adopciones se efectúa a través de entidades especializadas. El resto se realiza, en el presente, a través de una tercera persona o mediante la ubicación directa que hace la madre, aparte de algunos casos más o menos azarosos. A menudo ocurre que un ginecólogo o un clínico encuentra en el curso de la misma semana a una madre que no puede conservar a su bebé y a una familia que, por un motivo u otro, desea adoptar un niño; ¿qué sería más natural que arreglar una adopción? El niño se traslada al nuevo hogar y luego se sigue con el procedimiento legal. No puede negarse que este tipo de adopción a menudo tiene éxito y que sin duda, continuará existiendo.

Es necesario señalar que una proporción de estos casos fortuitos fracasa, y las sociedades de adopción, frente a esos fracasos, a menudo pueden afirmar, y con variados motivos, que podían haber predicho el fracaso; un estudio sociopsicológico adecuado, realizado por las personas apropiadas, hubiera permitido prever ciertas complicaciones inevitables. Por ejemplo, es posible detectar un motivo distorsionado y, sobre todo, las sociedades de adopción pueden impedir que el niño sea entregado a una mujer neurótica en la errónea creencia por parte del médico o de alguna otra persona de que, si esa mujer tuviera un hijo que cuidar, se curaría. Un estudio social bien hecho, no sólo previene desastres, sino que también permite efectuar adopciones que de otro modo no hubieran sido posibles; debe recordarse que una adopción fracasada suele ser desastrosa para el niño, a tal punto que habría sido mejor para él que el intento ni siquiera se hiciera.

Cabe preguntar; ¿existe algún argumento contra el método más profesional? La objeción que puede hacerse contra una adopción cuidadosamente planeada y efectuada a través de una sociedad de adopción, es la de que, por el hecho mismo del cuidado que se pone, a menudo se producen demoras, que a veces son muy serias y pueden arruinar una buena tarea. A fin de asegurarse de que un bebé es sano, se efectúan observaciones e investigaciones, todo lo cual lleva semanas o meses, de modo que cuando los padres adoptivos tienen por fin al niño con ellos ya es mucho lo que ha ocurrido en la vida de éste. De hecho, por lo general se cometen errores en el cuidado infantil antes de que el niño se instale en su nuevo hogar, con el resultado de que los padres adoptivos se encuentran con un problema psicológicamente complejo además de con el niño. Además, la adaptación emocional a la idea de adoptar un bebé toca fuentes muy profundas del sentimiento. Padres que por fin se han decidido a adoptar un bebé están justamente en ese momento maduros para la adopción, y una demora incluso de unos pocos meses puede ser malsana. Varias postergaciones y una demora, quizás de meses

e incluso años, pueden hacer que la adopción ya no sea buena, puesto que los padres, si bien siguen dispuestos a hacer lo que planeaban, han perdido esa orientación especial hacia , el cuidado de un bebé pequeño, una orientación especial que habían adquirido en el momento adecuado, en forma algo similar, aunque mucho menos intensa, a la que los padres auténticos adquieren naturalmente hacia su propio bebé nacido luego de nueve meses de espera.

Una consideración de estas pocas observaciones pone en evidencia que no es posible seguir ninguna regla simple. Los estudiosos de este tema necesitan leer mucho material, y los médicos deben saber que el arreglo irresponsable de una adopción implica la falta de una verdadera comprensión de los factores involucrados. Sobre todo,, no debe permitirse que las adopciones se efectúan para curar una neurosis adulta.

El principio subyacente básico es el de que si el bebé no puede ser criado por sus verdaderos padres, entonces lo mejor es que ese bebé ingrese a una familia y sea criado como miembro de ella. Además, una adopción legal proporciona al niño la sensación de ser miembro de la familia. La idea de que es posible criar a una criatura en una institución, aunque sea buena, y de que el mero crecimiento permitirá convertirla automáticamente en un ser humano maduro, está desacreditada desde hace mucho tiempo. La tendencia interna al desarrollo y el muy complejo crecimiento emocional de cada bebé requieren determinadas condiciones, y éstas no deben expresarse en términos de un eficaz cuidado corporal. Un niño necesita amor, y ello por motivos bien concretos. No se trata de que el medio o una buena alimentación, o incluso el cuidado amoroso de los padres, pueda formar a un ser humano, sino de que el cuidado amoroso es necesario para los procesos innatos del crecimiento emocional.

En vez de tratar de describir las alegrías y los peligros inherentes a la adopción de niños, he preferido presentar una historia corriente. Como cualquier otra, esta historia ilustra ciertos puntos, en particular el de que el cuidado corporal no basta. Ofrezco el caso de un niño adoptado por buenos motivos que llegó a presentar dificultades de las que ahora está saliendo. La adopción no fue ideal, pero no es útil aspirar siempre al ideal. El hecho es que, si este niño, resuelve sus problemas, estará en una situación mucho mejor que si hubiera sido criado en una institución desde el comienzo. Los detalles han sido alterados en aspectos de poca importancia para que resulte imposible reconocer el caso.)

William, 4 años de edad

Los progenitores trajeron a este niño adoptado a mi consultorio debido a la presencia de un síntoma: se golpeaba la cabeza. El niño había estado sometido a tratamiento en una clínica de orientación infantil. La madre ha logrado una considerable comprensión a través del contacto con un miembro del personal de la clínica. El niño asiste a sesiones semanales como miembro de un pequeño grupo. Pronto se puso en evidencia que los padres deseaban una revisión general de todo el asunto.

La entrevista tuvo muchos tropiezos. Al principio, charlé con los tres juntos. El primer intento de hablar a solas con el niño fracasó, y me quedé con el padre aunque aquél entraba y salía constantemente de la habitación. Luego la madre reemplazó al padre y, por último, el niño se quedó solo conmigo. Eventualmente tuve una larga charla con la madre.

El cuadro que se presentaba era el de un niño deprivado (1), y al principio resultaba difícil comprender cómo había llegado a producirse esa situación, ya que había sido adoptado cuando tenía un mes de edad (y legalmente a los cuatro meses), a través de una organización oficial de adopción.

Historia familiar

Es un matrimonio sin hijos propios. Ya bien avanzada la entrevista descubrí que antes de la boda había habido

un aborto. Las relaciones sexuales son satisfactorias, pero debido a una obstrucción en las trompas de Falopio es difícil que se produzca un nuevo embarazo. Ello ha dado lugar a considerables sentimientos de culpa, pero los padres están ahora en camino de recuperarse del efecto producido por esos hechos. La madre no lamenta haber renunciado a su vida profesional. A fin de crear una atmósfera familiar, estos progenitores han aceptado varios niños sobre una base temporaria, de modo que casi siempre hay otros chicos en la casa aparte de William, lo cual ha constituido para él una ayuda considerable. Ahora los padres han presentado una solicitud para adoptar a una niña, y ello puede concretarse, pero quizás sólo luego de una larga espera, como de costumbre.

Historia pasada

No se conocen detalles del parto. La lactancia natural duró tres semanas. La mamadera substituyó rápidamente al pecho como una preparación para el cambio que habría de producirse al mes de edad. En el momento de la adopción William era pequeño pero sano. No hubo dificultades físicas durante la infancia y no ha sufrido muchas enfermedades. A los dos años se le extirparon las amígdalas. Al principio pareció que no había trastornos en el desarrollo emocional, pero poco a poco se tomó evidente durante la entrevista que ninguno de los progenitores recordaba bien los detalles de la infancia. A los dos años el niño comenzó a golpearse la cabeza, síntoma que llegó a tornarse muy serio. Solía sentarse contra la pared y golpear la cabeza contra ella. Luego adoptó una silla especial para hacerlo. Hay una secuencia que se observa a menudo: primero, los golpes, luego una terrible tensión, y luego flojedad, después de lo cual el niño se siente cansado y tiene marcadas ojeras. Esta conducta compulsiva se ha ido tornando menos evidente, y en la actualidad está representada por sacudidas de abajo hacia arriba. A los dos o tres años apareció un elemento sensual en su manera de besar.

Durante la entrevista, el niño mostraba figuras de animales a la madre, y parecía tener una relación satisfactoria con ambos progenitores. Sin embargo, una cierta inquietud en él resultaba evidente. Dije a los padres: "Eso de golpearse la cabeza representa una privación de alguna clase, y no veo cómo sobrevino."

Notas adicionales

William nunca se chupó los dedos, sin que ello se debiera a una imposición de los padres. Desde los dos años o aún más temprano, ha adoptado objetos que acaricia con afecto en la manera habitual, pero una variación sobre el tema de los golpes en la cabeza se ha convertido en una técnica para dormirse. Se acuesta y se golpea la cabeza con el brazo. Por lo común, la nota predominante es el deseo de hacerlo, pero el elemento compulsivo se puso de manifiesto cuando, padeciendo una seria diarrea, se quedó despierto y comenzó a golpearse fuertemente y hubo que sujetarlo. El niño repetía una y otra vez: "No puedo dejar de golpear", y se sentía muy mal. Otro rasgo consistía en que nunca intentó salir de la cuna. En general hay una apatía en su relación con el mundo. Incluso ahora nunca se levanta a la mañana por su propia cuenta. Asimismo, en el curso del juego libre se dirige a veces por propia decisión a su silla predilecta y se hamaca hacia adelante y hacía atrás. Con todo, si le interesa alguna actividad, cosa que puede ocurrirle durante breves períodos, su concentración y persistencia son normales y agudas, pero ante la menor frustración o herida pierde el elemento constructivo, el juego se interrumpe y la desolación reemplaza a la felicidad. En todas sus necesidades hay un elemento compulsivo. No ha habido robos, excepto, quizás, el hecho de tomar subrepticamente un terrón de azúcar o un trozo de torta. Su imaginación es buena, pero resulta difícil separar esta observación de la actitud de la madre, puesto que en los últimos tiempos ha jugado con él más de lo que una madre suele hacerlo con un niño, en un intento de compensarlo por la privación anterior, y ha alentado el juego imaginativo.

Un indicio para el problema

Ya bien avanzada la entrevista, los padres se decidieron a hablarme de su incapacidad para establecer una buena relación con el bebé cuando lo recibieron. La madre había sentido culpa por el aborto, y también resentimiento por el hecho de que el niño no fuera su verdadero hijo. El padre experimentó inesperadamente un profundo rechazo al conocer al bebé. Como consecuencia de todo ello el bebé recibió cuidados físicos apropiados pero, durante un cierto tiempo, quizás un año, no fue realmente amado; y, sin duda al comienzo no hubo ninguna orientación especializada por parte de la madre con respecto a las necesidades del bebé, correspondiente a la que surge naturalmente cuando una madre tiene un hijo propio. Estos padres no pudieron amar al niño al principio, y sólo gradualmente llegaron a asumir un sentimiento de responsabilidad y una actitud de amor. Los padres nada podían hacer frente a esto en las primeras etapas, y tenían esperanzas de que las consecuencias no serían definitivas, pero los golpes en la cabeza les hicieron ver que habían causado un daño. Por fortuna, poco a poco fueron encariñándose con el niño y ahora hacen todo lo posible por compensar su temprana falta de amor; creo que son verdaderamente afectuosos y fácilmente accesibles para el niño. William es inteligente y cariñoso, aunque muestra una cierta labilidad del afecto. Tiene sentido común. Su dependencia con respecto a la madre es muy profunda en la actualidad. Nunca expresa ningún sentimiento con respecto a la madre y ambos progenitores sienten que ello se debe al hecho de que la madre se ha mostrado incapaz de manifestar sus propios sentimientos hacia el bebé hasta hace muy poco.

Estando solo conmigo, el niño dibujó con gestos amplios e impulsivos. Pudo decirme qué estaba dibujando y captar el lado cómico del resultado. Cada vez que terminaba un dibujo se lo mostraba a la madre. Sus dibujos mostraban su capacidad para la acción impulsiva que ahora comienza a colaborar en el proceso de autoexpresión. Demostró imaginación y sentido del humor, ; cierta capacidad para burlarse de sus propias idiosincrasias. Disfrutó del contacto conmigo y también se mostró dispuesto a parir. En estos aspectos reveló que para su edad, tiene mucho de normal en el desarrollo de su personalidad.

Comentario

La adopción de este bebé se realizó en una época adecuadamente temprana. El estudio sociopsicológico resultó deficiente en el sentido de que no se predijeron las dificultades que podrían experimentar los padres. Uno puede decir que si se hubiera contado con mejores padres adoptivos, el niño no hubiera enfermado; no obstante, no es de ninguna manera seguro que se encontraran mejores padres, y el niño todavía puede considerarse afortunado de no haber quedado en manos de un cuidado impersonal. Existieron factores inherentes a la vida personal de los padres que les impidieron sentir amor por el niño al principio. Confiaron en que ello no tuviera un efecto negativo y trataron de compensar esa situación proporcionando un cuidado físico particularmente bueno; además en aquella época no tenían la comprensión suficiente para comprender lo que hacían, ni bastante libertad con respecto al sentimiento de fracaso personal como para estudiar los problemas vinculados con la adopción de un niño. Cuando el niño comenzó a desarrollar síntomas, ya se habían encariñado con él y, pudieron finalmente, con cierta ayuda, dedicarse a la tarea que habían emprendido. Ahora tienen un "caso" entre manos y se ven obligados a exagerar éste y aquel aspecto del cuidado del niño, a fin de satisfacer sus necesidades, es decir, hacen psicoterapia al tiempo que disfrutan con la crianza de un niño. Ocurre que están contentos de contar con una oportunidad para corregir los efectos de su propia deficiencia anterior. Tienen éxito en su doble tarea, y aunque en la actualidad todavía cabe decir que este niño tiene más probabilidades que una criatura normal de desarrollar un carácter antisocial, no obstante, si los padres perseveran, como parece probable, tienen buenas posibilidades de criar un hijo que contribuirá eventualmente a su felicidad. En mi opinión, sería conveniente que se les permitiera ahora adoptar una niña.

Un hecho importante en este caso es la estabilidad del matrimonio, y retrospectivamente se puede afirmar que la medida de su perturbación ante su propia incapacidad para tener un hijo es hasta cierto punto, una medida de su propia salud.

En este trabajo lo que se busca no es el ideal. Cualquier método que proporcione a un niño depravado un hogar real y permanente debe ser bien recibido. No obstante, a la larga es el experto en estudios sociopsicológicos el

que puede evitar los peligros, y el que hace los arreglos para las adopciones que resultan exitosas.

Notas:

(1) Se utiliza aquí y en todo el texto: el adjetivo deprivado o privado como en medicina, con el significado de carencia de afecto y contacto materno.

Biblioteca D. Winnicott

El pensamiento y el inconsciente

(Artículo publicado en Liberal Magazine, marzo de 1945)

El Partido Liberal está unido en mi mente al empleo del cerebro y al intento de pensar detenidamente las cosas; ésta es sin duda la razón de que tienda a atraer a quienes por su trabajo están familiarizados con la ciencia pura. Como es lógico, los científicos desean trasladar a la política algo de su propia disciplina. En los asuntos humanos, sin embargo, el pensamiento es una trampa y una ilusión a menos que se tome en cuenta lo inconsciente. Estoy aludiendo aquí a los dos sentidos del término: lo "inconsciente" es lo profundo y de difícil acceso, y también lo reprimido, o sea lo que mantenemos activamente fuera de nuestro alcance porque nos resultaría doloroso aceptarlo con o parte del self.

Los sentimientos inconscientes controlan el cuerpo de la gente en los momentos críticos, y ¿quién osará decir si esto es bueno o malo? Es simplemente un hecho, y debe ser tenido en cuenta en todo momento por los políticos racionales para evitar sorpresas desagradables. En realidad, a los hombres y mujeres que se guían por el análisis racional sólo se les puede dar vía libre sin riesgo en el campo de la planificación si acreditan una adecuada comprensión de los sentimientos inconscientes.

Los políticos, como los artistas, están acostumbrados a internarse intuitivamente en las profundidades, descubriendo de ese modo y sacando a la luz los maravillosos y terribles fenómenos propios de la naturaleza humana. Pero el método tiene sus desventajas: una de las más graves es que las personas intuitivas son a veces absolutamente incapaces de comunicar lo que han llegado a "conocer" con tanta facilidad. Creo que siempre tendremos más interés en oír hablar a los pensadores de lo que piensan que a los intuitivos de lo que saben. Pero cuando se trata de que alguien planifique nuestras vidas por nosotros, que Dios nos ampare si son los pensadores los que lo hacen. En primer lugar, pocas veces dan importancia al inconsciente, y luego, aunque lo hicieran, la comprensión que tenemos de la naturaleza humana no es aún tan completa que permita reemplazar el sentimiento por el análisis racional. El peligro está en parte en que los pensadores trazan planes que parecen maravillosos. Cualquier defecto que se advierta es superado gracias a un análisis intelectual aún más brillante, hasta que por último la obra maestra de construcción racional se derrumba porque no se tuvo en cuenta un pequeño detalle como la voracidad. El resultado neto es una nueva victoria de la irracionalidad y el desprestigio cada vez mayor de la lógica entre el público.

En mi opinión, el tema de la economía, tal como se ha ido desarrollando y nos ha sido presentado en Inglaterra en los últimos veinte años, es un ejemplo de esta práctica afligente. En lo que se refiere a analizar claramente un tema de complejidad casi infinita, los economistas son insuperables. Y ese análisis de la economía era necesario. Sin embargo, para una persona que por su trabajo está en permanente contacto con el inconsciente, a menudo la economía impresiona como una ciencia de la voracidad en la que toda mención de esta palabra ha sido proscrita. La voracidad a la que me refiero no es la simple glotonería por la que se castiga a los niños, sino el primitivo impulso de amor que a todos nos aterroriza confesar pero que es básico en nuestra naturaleza y del que no podemos prescindir sin abandonar nuestra pretensión de ser física y mentalmente sanos. Creo que una ciencia económica saludable es la que reconoce la existencia y el valor (y también el peligro) de la voracidad individual y colectiva, y trata de encauzarla. Una ciencia económica falaz, en cambio, alega que la voracidad

sólo se encuentra en algunos individuos patológicos y en las pandillas que ellos forman, supone que esos individuos pueden ser exterminados o encarcelados y basa sus conclusiones en tal suposición. Como la suposición es falsa, una buena parte de la economía inteligente es sólo inteligente; es decir, se lee con agrado, pero como base para la planificación resulta peligrosa.

Tal vez el inconsciente sea un tremendo estorbo para los que todo lo resuelven con el intelecto, pero también lo es el amor para los obispos.

.

.

.



Biblioteca D. Winnicott

Perturbaciones físicas y emocionales en una adolescente ⁽¹⁾

- 1968 -

Mi aporte a esta recopilación de estudios tiene que ser clínico. Me propongo describir un caso. Un caso no prueba nada, pero puede ilustrar mucho; puede ilustrar fenómenos que no aparecen en las investigaciones científicas convencionales, pero que son significativos.

Caso de G.

Fui consultado por los padres de una chica de 14 años, G., quien siempre había sido sana y dinámica, y por cierto muy querida por ellos. La familia constituía una unidad estable y una empresa en marcha. Había gran despliegue emocional en el hogar, y G. manifestó afecto, agresividad y lo que el padre llamó una amplia gama de sentimientos. G. tenía una hermana cuatro años mayor, y siempre había sentido el desafío de su hermana y había hecho enormes intentos por competir con ella. También tenía un hermano tres años menor, hacia quien había manifestado abiertamente sus celos en algunos períodos.

Describir a G. sería describir a una chica aparentemente muy vital. Podría decirse que estaba desarrollándose de un modo extravertido. Hubo en su vida -como en la de muchos otros- un incidente que llegué a conocer gracias a la confianza que me tenían los padres: un encuentro con un hombre que tenía una perversión, la que se manifestaba en el deseo compulsivo de seducir niñas. De hecho, quiso que G. orinara delante de él exponiendo sus genitales. El incidente había quedado atrás, pero le dejó a G. como secuela una micción más frecuente que lo común. A los 11 años, G. tuvo la menarca, para la cual estaba preparada. Más o menos por esa época se volvió clínicamente torpe, desmañada, caminaba como un pato y el repudio de su rol femenino pasó a ser un rasgo distintivo de ella. Al mismo tiempo, aumentó su interés por los varones y su identificación con la madre, que atendía la casa. A partir de los 12 años G. se transformó en una niña más bien pesada, lánguida y calma, y empezó a tener descargas leucorreicas abundantes, que exigían un lavado adicional de su ropa.

Se consultó a un médico competente, quien luego del examen físico dijo a los padres que la chica estaba enferma y aconsejó una tonsilectomía, seguida luego de una apendicectomía. Todo eso se fundaba en su examen orgánico, y análisis posteriores parecieron confirmar el diagnóstico. Es posible que los padres recogiesen la impresión de que este médico no había evaluado apropiadamente la personalidad y la historia de su hija (su evolución desde que era una beba y una niña pequeña, hasta llegar a ser una

adolescente) tomando en cuenta el lugar que ella tenía en la familia. Lo cierto es que quedaron desconcertados, pues habían asistido a dicha evolución y consideraban que algo se estaba pasando por alto.

En este punto me consultaron; pude ver todos los informes y tomarme tiempo, permitiendo que la madre me contase la historia evolutiva de la niña.

En la entrevista con la madre me enteré el modo en que se iniciaron todos los síntomas y cómo se entrelazaban con los estados anímicos y experiencias reales de la chica, así como con Un grupo de síntomas (como el de comerse las uñas) que no era dable atribuir a la enfermedad física diagnosticada por mi colega médico.

En tono confidencial, la madre pudo contarme que el incidente mencionado había tenido lugar cuando su hija tenía 4 esos, y que el individuo en cuestión le había tocado los genitales. Podría acotarse aquí que a menudo este tipo de detalles son omitidos por los padres al relatar la historia, porque no tienen idea de la actitud que va a asumir el médico hacia los padres y los hijos. Alternativamente, suministran esos detalles de un modo desproporcionado, de modo tal que la reacción del médico suele ser decirles que hacen excesivo hincapié en un solo acontecimiento. En este caso, no hay dudas de que el incidente fue provocado hasta cierto punto por la propia criatura y el estado en que a la sazón se encontraba, pues se estaba desarrollando como una niña extravertida y siempre algo excitada.

Mantuve una entrevista con la propia G., como resultado de la cual, y del examen general del problema, decidí formular rotundamente un diagnóstico de salud complicada por perturbaciones emocionales y físicas inherentes a cierta clase de desarrollo. Sabía, desde luego, que en esta materia no hay medias tintas: o bien apoyaba la opinión de mi colega médico, o bien me inclinaba por una opinión decididamente contraria, con todos los riesgos que ello implicaba. Riesgos que sólo afectarían mi reputación, ya que era posible mantener el caso en revisión y la modificación del diagnóstico no habría presentado dificultades.

Por consiguiente, ahí mismo le dije a la niña que estimaba que era bien sana. Le comenté, además, que la leucorrea es una característica que suele acompañar las fantasías y los sueños de tipo sexual, como los que probablemente tuviera a su edad; comprobé que ella entendía bien lo que yo le quería decir. Debí suponer que la sensibilidad a la presión que le había hecho pensar a mi colega en una apendicitis era de origen ovárico, y estaba asociada a la actividad del aparato genital en su conjunto.

No le practiqué a G. ningún examen físico, y naturalmente preferí evitar todo examen de la zona genital cuando me enteré del incidente con el perverso. Por lo que pude averiguar, G. no recordaba este incidente, o al menos ese recuerdo no la obsesionaba.

Así pues, la chica salió de mi consultorio con un diagnóstico de salud y normalidad, tras el cual les comuniqué a los padres, con toda claridad, que lo que teníamos ante nosotros no era una chica enferma sino simplemente una chica que se estaba desarrollando de un modo particular.

Como resultado de esta consulta y de la actitud que adopté, la chica se sintió muy aliviada y los padres reaccionaron ante la inmediata mejoría en su salud general. El padre me escribió diciéndome que la consulta había tenido un marcadísimo efecto en G., quien a partir de allí empezó a sentirse magníficamente y a ser "según su manera habitual", como él dijo. El flujo vaginal pronto menguó y dejó de constituir una molestia. Ya no se habló más de los problemas físicos de G., y no se le extirparon las amígdalas ni se le practicó la apendisectomía.

El conflicto relativo ala identificación con varones o mujeres siguió en pie, y poco a poco fue encontrando solución a medida que G. llegaba a la pubertad.

Cuatro años más tarde, los padres de G. volvieron a consultarme, y después de verlos a ellos tuve cuatro

entrevistas personales con G.

En ese momento los trastornos de G. eran más definidamente psiquiátricos. Incluían el miedo a morir, la "percepción de los latidos del corazón", miedo al cáncer y a la apendicitis, etc. La chica le había dicho a su padre que sabía qué era lo que la tenía mal, pero prefería no contárselo, y por tal motivo quiso volver a verme.

A la sazón tenía 18 años y estaba envuelta en muchas relaciones heterosexuales. El padre pudo apreciar que había todavía un conflicto de roles sexuales, como se puso claramente de manifiesto en la consulta. Esto lo entristeció, porque G. era en gran medida una jovencita desde el punto de vista de los observadores externos, y muy querida como tal.

En la entrevista con ella noté que gradualmente estaba resolviendo su conflicto de roles sexuales mediante su elección cuidadosa de un hombre en el que pudiera depositar su self masculino, bastante desarrollado, que formaba parte de su vida de fantasía. Esto no había afectado su estado clínico, de modo tal que nadie que estuviera en contacto con ella podría considerarla masculina. Era bastante obvio que G. estaba acostumbrándose rápidamente a la idea de casarse y de cuidar hijos propios. En el presente contexto, de nada serviría que yo describiese el contenido de estas entrevistas psicoterapéuticas, pero vale la pena mencionar que las fantasías y la vida onírica de G. estaban intensamente coloreadas por leones y tigres y otros símbolos de un apetito cruel, tal como le había ocurrido de niña. Era bastante claro que dar el pecho a sus propios bebés iba a ser una cuestión muy significativa para ella.

Su perturbación psiquiátrica demostró ser temporaria y G. siguió adelante con su desarrollo personal sin ninguna consulta ulterior conmigo y sin ayuda psiquiátrica.

Dieciséis años más tarde, G. vino a consultarme por una hija de ella, de 8 años. Tenía además otra criatura. Vi a esta niña de 8 años tres veces en consulta terapéutica, y en esas ocasiones me suministró un material riquísimo que ilustraba su problema personal. Desde el punto de vista de lo que se enuncia en este capítulo, el detalle importante es que esta niña sana, que también vivía en el seno de una buena familia, pudo comunicarme, dentro de los límites de la técnica especial de una entrevista, su reacción frente al elemento masculino de la madre -a quien, dicho sea de paso, quería mucho-.

En síntesis, el copiosísimo alimento recibido de los pechos de su madre había sido para ella (mucho más de lo que habitualmente es para una mujer) expresión de una actividad masculina. Esta niña, al igual que su madre, tenía un gran conflicto respecto de los roles sexuales y se explayó sobre él, ilustrando sus comentarios con dibujos, como les gusta hacer a los niños durante lo que yo denomino una consulta terapéutica. Me contó un sueño, cuya ilustración fue una valija llena de veneno. "Parece un chancho", dijo. Más tarde relacionó esta idea con su madre y me dijo que eso era lo que soñaba sobre ella, aunque en realidad -agregó en tono tranquilizador-, su madre era muy linda. En un momento describió con gran dramatismo lo que haría a los pechos de la madre, gritando: "¡No quiero nada de esa horrenda leche que ella tiene!", y escupió en el suelo. Dibujó a continuación una mujer a la que le colgaban los pechos como los cordeles de la bata del padre, que había trazado en otra figura, y dijo: "Creo que en vez de pechos tendría que haber agujeros".

Presumo que el lector de este capítulo no hallará convincente este material, por las siguientes circunstancias. En primer lugar, el lector no está necesariamente familiarizado con el tema especial, y sumamente complejo, del desarrollo emocional del ser humano, incluidos los contenidos de la fantasía de un niño. En segundo lugar, en este contexto no es posible relatar en forma completa las cuatro entrevistas, pese a que sí lo sería en otro contexto, pues se tomaron notas detalladas y los dibujos de la niña ilustran cada paso.

Lo que puedo decir, desde mi punto de vista de conductor de la entrevista, es que esta niña pudo mostrarme, sin ninguna indicación mía especial, que estaba reaccionando ante una fuerte expresión de identificación masculina detectada en su madre, que la perturbaba. Desde luego, le hubiera gustado

encontrar todo eso en su padre, quien era tal vez más maternal que masculino.

Debe entenderse que en términos de la psiquiatría estas personas, adultas o niños, no pueden considerarse enfermas. Más bien ocurre que tienen ciertas pautas que, en caso de exagerarse y fijarse, podrían diagnosticarse como pautas enfermizas. Lo que se desea subrayar es que, para mi sorpresa, la niña había elegido describir precisamente aquel elemento de la madre que había surgido en la presentación de esta última dos décadas atrás, y que había sido una característica de la vida de la madre cuando era niña.

Repasando todo el complejo, pues, puede verse que la leucorrea, motivo de la consulta original con el médico y que tan fácilmente podría haber llevado a una serie de operaciones innecesarias, era sólo una pequeñísima parte del problema de una personalidad total, y ni siquiera quedaba fuera del concepto de salud, en sentido amplio, que debe aplicarse en el ejercicio de la psiquiatría infantil.

Comentario

Es probable que esta clase de aporte clínico le choque al lector de un libro que tiene por título **Fundamentos científicos de la obstetricia y la ginecología**. No obstante, quienes realizan observaciones muy cuidadosamente controladas y extraen conclusiones de su trabajo deben recordar que en la práctica de la medicina no puede dejarse de lado la personalidad total ni la pauta familiar, so pena de hacer más daño que bien.

No es el patólogo ni el especialista en administrar tests mecánicos quienes suministran el material para la labor científica, sino el clínico. Quizás haya lugar en este libro, entonces, para este breve bosquejo de una situación clínica sumamente compleja.

P S I K O L I B R O

(1) Escrito en enero de 1968. Borrador de un capítulo destinado a un manual de obstetricia y ginecología; no fue publicado.

Biblioteca D. Winnicott

Virginia Axline

Comentario sobre "Play therapy"

1965

Play Therapy: The Inner Dynamics of Childhood

[Terapia de juego: la dinámica interna de la niñez], Boston, Houghton Mifflin, 1947.

Este comentario es una transcripción de una cinta grabada.

Está inconcluso y no fue corregido por Winnicott.

Sin fecha; probablemente de mediados de la década de 1960

Este material no tiene por objeto una emisión radial. Simplemente me puse a hacer apuntes mientras leía el libro de la señorita Axline sobre la terapia de niños, llamado Terapia de juego. No procuraré mantener una continuidad y habrá grandes vacíos.

En la página 15 aparece un párrafo importante que merece ser citado: "La terapia no directiva se basa en la premisa de que el individuo no sólo tiene dentro de sí la capacidad para resolver satisfactoriamente sus problemas, sino además ese impulso al crecimiento que torna más satisfactoria la conducta madura que la inmadura". La razón de que me tome el trabajo de comentar este libro y la obra de la señorita Axline es que, a mi parecer, su método y actitud pueden ser transmitidos a las personas apropiadas en un lapso relativamente breve. Es indudable que hay que introducir alguna modificación al esquema de formación de los psicoanalistas, y la teoría del psicoanálisis debe desarrollarse a su modo y ser desarrollada por psicoanalistas. Empero, éstos se pierden algo muy importante si no articulan su trabajo con el de otros psicoterapeutas; y de hecho, como en el caso de la señorita Axline, comprobarán que lo que leen guarda estrecha correspondencia con el análisis modificado que deben practicar en ciertos casos si es que pretenden llegar a alguna parte.

El otro asunto es que el psicoanálisis elude la cuestión de las necesidades y presiones sociales. Los psicoanalistas tienen que autojustificarse socialmente de otro modo que respondiendo a las presiones sociales, y quizá puedan ayudar a quienes están realizando un buen trabajo, muy bueno en verdad, respaldándolos si piensan que es auténtico y se basa en los principios reales del desarrollo y las necesidades del niño. En mi opinión, esta obra de la señorita Axline es una de las aplicaciones verdaderamente buenas de la teoría psicoanalítica, y no me disuade el hecho de que probablemente la autora no esté dispuesta a relacionar la teoría que utiliza con la del psicoanálisis. No conozco la respuesta a esto en la actualidad, pero veré a la señorita Axline y debatiré esta cuestión con ella. Existe, por supuesto, el antagonismo norteamericano a la formación de personas

que no son médicos, que inevitablemente llevará al florecimiento de grupos de psicoterapia allí donde se haga algo que no es llamado psicoanálisis ni cuenta con las ventajas de la formación psicoanalítica. No obstante, hay muchas personas capaces de realizar esta labor, y no puede esperarse que vayan a quedar sofocadas para siempre por la norma norteamericana o estadounidense según la cual a ningún hombre o mujer que no sea médico puede enseñársele la técnica psicoanalítica. Pronto llegará el tiempo en que esta norma comience a parecer absurda, como de hecho se predijo que resultaría. Y digo esto sin desmentir que puede haber sido una buena norma veinte años atrás.

Tiene para mí una importancia muy especial lo que afirma la señorita Axline en su introducción, página 15, pues armoniza exactamente con lo que yo mismo he procurado decir en mis conferencias sobre psiquiatría infantil -atender al desafío que cada caso plantea, trabajar a fondo la primera entrevista, etc.-. Por ejemplo, véase esta enunciación: "Este tipo de terapia toma como punto de partida al individuo tal como es y basa el proceso en su presente configuración, posibilitando que durante el contacto terapéutico haya cambios minuto tras minuto si es que realmente ocurren con esa rapidez, según un ritmo que depende de la reorganización de las experiencias, actitudes, pensamientos y sentimientos acumulados por el individuo, con la finalidad de hacer surgir el insight, que es el requisito previo de una terapia exitosa". No estoy seguro de que aquí el acento deba recaer en el insight, lo cual podría desvirtuar toda la teoría porque hay algunos casos (incluso en el libro de la señorita Axline) en que los cambios sobrevienen sin ningún insight. Me parece que en la infancia y en la niñez temprana suceden muchas cosas sin insight de parte de los padres o del niño.

Podría dar este ejemplo: fui a una librería a comprar un libro, y el empleado me llevó a un costado para preguntarme si me podía plantear el caso de una niña de 2 años, que estaba viviendo en su casa junto con la madre. Los padres de esta pequeña se habían separado y ella sólo veía a la madre. Este individuo tenía, a su vez, una hijita de la misma edad que andaba por cierto muy bien. La nena que vino a vivir a su casa no soportaba verlo a él; cada vez que él se le aproximaba, se tiraba de panza al suelo y gritaba a más no poder. Él estaba en un dilema: ¿debía tratar de ganarse la amistad de la niña, convirtiéndose así para ella en un padre sustituto, o simplemente . debía aceptar la situación y ponerse contento de que, de todos modos, la niña tuviera esa manifestación franca ante la ausencia de su padre, a quien evidentemente él le hacía recordar cada vez que entraba en la habitación? A la larga, la niña le cobró afecto, pero entonces ella y su madre se fueron de la casa, y él sentía que había obrado mal al vincularse con la niña (aunque no pudo evitarlo), porque sabía que así ella iba a tener que sufrir una nueva pérdida. Me dijo que esta experiencia le había dado insights respecto de lo que sucedía con su propia hija. Antes, él y su esposa no se daban cuenta de lo importante que era su unión para su hijita, y sólo lo advirtieron al verlos terribles efectos que la separación de los padres había causado en la otra nena de 2 años.

Pienso que aun cuando no hubiesen tenido esta experiencia, igual habrían procedido a cumplir muy buen trabajo como padres y su hija se habría desarrollado bien, pero sin insight, y que el hecho de que no hubiese habido oportunidad para un insight no tuvo efecto adverso alguno sobre ese trabajo. En cualquier caso, la niña de 2 años feliz en su tranquilo hogar no obtuvo ningún insight. Es improbable que a esa edad pudiese comparar la situación de la otra niña de 2 años con la suya propia. Creo que algo equiparable sucede en la psicoterapia, y en una enunciación como la citada debe darse cabida a una mejoría clínica sólida y permanente pero no relacionada con el insight.

Sea como fuere, dicha enunciación contiene elementos esenciales, al referirse a tomar al individuo tal como es en ese momento y basar el proceso en su configuración actual. Cuando la terapia no directiva concede al individuo el permiso para ser él mismo, lo acepta en forma total, sin evaluarlo ni presionar para que cambie. Reconoce y clarifica las actitudes emocionalizadas que expresa el cliente reflejando lo que éste ha expresado. Hallo aquí una formulación muy clara de algo que he procurado enunciar a mi modo en términos del espejo, o sea, de que el primer espejo es el rostro de

la madre y de que una de las funciones de la madre, de ambos padres y de la familia es proporcionar un espejo, figurativamente hablando, en el cual el niño pueda verse. El niño no puede usar a los padres y a la familia como espejo a menos que rija este principio de permisividad para que él o ella sean ellos mismos, aceptados totalmente sin evaluación ni presión para que cambien.

Lo importante que diferencia una terapia de juego como la de la señorita Axline del psicoanálisis, es que la terapia se detiene exactamente en el punto en que el terapeuta espeja al niño tal como éste efectivamente es. En otras palabras, está ausente la complicación introducida por las interpretaciones psicoanalíticas.

Biblioteca D. Winnicott

El precio de desentenderse de la investigación psicoanalítica

(Conferencia pronunciada en el Congreso Anual de la Asociación Nacional para la Salud Mental, sobre "El precio de la salud mental"; en Assembly Hall, Church House, Westminster, 25 de febrero de 1965)

Para estimar el precio que pagamos por no tomar en cuenta los resultados de la investigación psicoanalítica, es preciso examinar primero la índole de esa investigación. ¿Es aquí donde la ciencia se divide en investigación aceptable e investigación relativa al inconsciente? Un hecho importante es que no debemos esperar que el público en general se interese por la motivación inconsciente.

Puede decirse que hay dos caminos que llevan a la verdad: el poético y el científico. Los descubrimientos que son producto de la investigación se relacionan con el enfoque científico. La investigación científica, que puede ser una labor imaginativa y creativa, está orientada hacia los objetivos limitados, los resultados experimentales y la predicción.

El vínculo entre la verdad poética y la verdad científica está sin duda en el individuo, en ustedes y en mí. El poeta que hay en mí accede a una verdad total en forma instantánea, mientras que el científico que hay en mí busca a tientas una faceta de la verdad; cuando el científico alcanza el objetivo inmediato, surge un nuevo objetivo.

La verdad poética tiene algunas ventajas. Ofrece al individuo profundas satisfacciones, y la expresión renovada de una antigua verdad brinda la oportunidad de una nueva experiencia creativa en términos de belleza. La verdad poética, sin embargo, es muy difícil de utilizar: es cuestión de sentimiento, y quizá no todos sentimos lo mismo respecto de un problema. Por medio de la verdad científica, limitada en sus objetivos, aspiramos a lograr que la gente capaz de usar su mente y de dejarse influir por consideraciones intelectuales se ponga de acuerdo en ciertos campos de la práctica. En poesía, algo que es verdadero cristaliza; para planificar nuestras vidas necesitamos la ciencia. Pero la ciencia vacila ante el problema de la naturaleza humana y tiende a perder de vista al ser humano total.

Pensaba en todo esto mientras observaba en la televisión el funeral de sir Winston Churchill. Lo que me producía agotamiento mientras estaba cómodamente sentado era el peso del ataúd y el tremendo esfuerzo que realizaban los ocho portadores. El peso de la ceremonia recaía en los hombros de esos individuos, que fueron más tarde adecuadamente condecorados. Hubo historias acerca del colapso que estuvo a punto de sufrir uno de ellos y se dijo que el ataúd, forrado en plomo; pesaba media tonelada, cifra que más tarde fue reducida a la mitad.

Ahora bien, conozco a un hombre de mucha inventiva, interesado en la ciencia aplicada, que tuvo una idea. Inventó y trató de comercializar un ataúd muy liviano. Si hubiera consultado a una docena de psicoanalistas, éstos habrían coincidido en explicarle que la carga de los portadores es la carga de la culpa inconsciente, un símbolo de la aflicción. Un ataúd liviano implicaría negar la aflicción sería una irreverencia.

Una persona sensible reaccionará tal vez poéticamente ante el argumento. Pero pensemos ahora en una comisión integrada por funcionarios de alto rango que hacen planes para otro funeral oficial. En el ámbito de los procesos intelectuales de alto nivel es preciso hallar una alternativa a la verdad poética, y esa alternativa se denomina investigación científica. Se invocaría la ciencia, y el primer experimento estaría relacionado con los cambios en la presión arterial de las personas que llevan sobre los hombros pesadas cargas. Un centenar de proyectos de investigación asaltan la mente. Pero (y éste es el problema) todos esos proyectos sumados, ¿nos llevarían al concepto de simbolismo inconsciente y a la aflicción? Es allí adonde nos lleva el psicoanálisis. Debo, pues, preguntar: ¿cómo puede utilizarse la investigación psicoanalítica? ¿Qué tipo de investigación puede considerarse psicoanalítico?

(Creo que debo pasar por alto todo lo que los psicoanalistas han escrito para que fuera leído por otros psicoanalistas.)

La investigación psicoanalítica no debe quedar aprisionada en el molde que es apropiado para la investigación en las ciencias físicas. Todo analista investiga, pero no planifica su investigación como tal porque debe adaptarse a las necesidades cambiantes y a los objetivos en proceso de maduración de la persona en análisis; es éste un hecho que no puede sortear. No se puede alterar el curso del tratamiento para atender a las necesidades de la investigación, y las circunstancias en que se realiza una observación son irrepetibles. Lo más adecuado es que el analista reflexione sobre lo ocurrido, lo relacione con la teoría y modifique la teoría en consonancia.

Por supuesto, es posible planificar un proyecto de investigación. Daré un plan: un investigador idóneo, con conocimientos suficientes de la teoría del crecimiento humano, hace una visita formal a diez analistas, provisto de una suma para honorarios y una pregunta sencilla. Daré un ejemplo concreto, muy simple. La pregunta podría ser: ¿en qué forma se ha manifestado la idea de lo negro en el material de los análisis que usted realizó el mes pasado?

A partir de la información recogida se podría escribir un artículo valioso que hiciera referencia a la idea de lo negro tal como se manifestó en los sueños de los pacientes y en el juego de los niños, y revelase parte del simbolismo inconsciente que ella encierra y las reacciones inconscientes ante lo negro de varias clases de personas. La pregunta siguiente sería ésta: ¿sus observaciones confirman la teoría psicoanalítica actual o indican que debe ser modificada? Un resultado sería el descubrimiento de que es mucho lo que aún no se sabe sobre el significado de lo negro para el inconsciente. Pero lo que se sabe es bastante y está a la espera de que se lo utilice.

¿Cuál es el precio que pagamos por prescindir de una investigación como ésta, tan fácil de realizar? Hay un precio muy importante, que se relaciona con los malos entendidos en que incurren los blancos respecto de los negros, así como millones de personas de piel oscura respecto de los blancos. ¿Cuál es el precio que pagamos por desperdiciar sistemáticamente las observaciones sistemáticas realizadas por todos los analistas que se mantienen alertas mientras trabajan?

Como no habrán dejado de notar, la investigación psicoanalítica tiene muy poco que ver con ratas y perros, con juegos de salón en gran escala o con estimaciones estadísticas. El material para la investigación psicoanalítica es esencialmente el ser humano: el ser humano en tanto es, siente, actúa, se relaciona y medita.

Para mí la investigación analítica es la experiencia colectiva de los analistas, que sólo necesita ser reunida con inteligencia. Cada uno de nosotros ha hecho una enorme cantidad de observaciones detalladas y estamos llenos hasta el punto de reventar de una comprensión que está siendo desperdiciada. Pero nuestro trabajo se relaciona con la motivación inconsciente y eso nos aísla de los planificadores. Por desgracia, para conseguir que el público lea sus obras, quienquiera que cultive las ciencias del hombre debe dejar de lado el inconsciente.

Quizá debemos aceptar que la idea de la motivación inconsciente no es del agrado de la sociedad, salvo cuando cristaliza en alguna forma artística. Aceptado esto, podemos preguntarnos una vez más: ¿cuál es el precio que

pagamos?... Y contestar que pagamos el precio de seguir siendo lo que somos: juguetes de la economía, la política y el destino. Por mi parte, no me quejo.

Lo que sigue no es más que una simple enumeración de costosos ejemplos de la forma negativa en que reacciona la sociedad ante la idea de vincular la investigación científica al concepto de inconsciente; el hecho de que los mencione no implica que crea que puede hacerse algo con ellos. No tengo que probar aquí que el análisis es el mejor de los tratamientos. El análisis proporciona sin duda al analista una forma singular de educación, incluso cuando fracasa como procedimiento terapéutico. Si estoy en lo cierto respecto del simple tema que estoy tratando, las personas que desean seguir estudios a fin de ocuparse de seres humanos sanos o enfermos deberían valorar en alto grado la formación psicoanalítica y la práctica del psicoanálisis.

Supongamos que en vez de preguntar por lo negro, los investigadores hicieran una averiguación sobre la guerra, la bomba y la explosión demográfica.

La guerra. Analizar el valor inconsciente que tiene la guerra para el individuo o los grupos es prácticamente tabú. No obstante, si no se tiene en cuenta ese valor, el precio que habrá que pagar es nada menos que el desastre de una tercera guerra mundial.

La bomba. Se podría examinar el simbolismo inconsciente de la física termonuclear y de su aplicación en forma de bombas. Los que tienen información en este campo son los analistas que tratan pacientes fronterizos (personalidades esquizoides). Pienso en la bomba como en un ejemplo en la física de la desintegración de la personalidad en la psicología dinámica.

La explosión demográfica. Habitualmente se la estudia desde el punto de vista de la economía, pero el tema da para más, y la palabra "sexualidad" no lo abarca totalmente. La dificultad para controlar el exceso de población entra en el campo de la práctica cotidiana del psicoanálisis. Pero, como ya lo he manifestado, el psicoanálisis debe aprender a reservar para sí lo que sabe, a aceptar el hecho de que nadie quiere enterarse de lo que revela el atento examen personal de los sentimientos humanos.

Permítaseme considerar por un momento el vasto territorio de la psiquiatría, aunque estrictamente hablando yo no sea psiquiatra.

Psiquiatría de adultos

En algunos hospitales y clínicas para pacientes mentales adultos, los psiquiatras añaden, a su moderna actitud humanitaria, el intento de aplicar los descubrimientos psicoanalíticos. Otros hospitales y clínicas se conforman con la actitud humanitaria, que no es fácil de mantener cuando centenares e incluso miles de pacientes se apiñan en una institución.

Hay un considerable aporte a la comprensión de los fenómenos depresivos que aún no ha sido trasladado del psicoanálisis a la psiquiatría general. Algo que puede mencionarse en este sentido (y es sólo un detalle) es la necesidad que tienen las personas deprimidas de que se les permita estar deprimidas, de que se las mantenga con vida y asistidas durante un lapso en el que puedan resolver sus conflictos interiores, con psicoterapia o sin ella.

Uno añora a veces la vieja palabra "asilo", si por ella se entiende un lugar de reposo para algunos tipos de pacientes depresivos que necesitan retraerse. El precio en este caso debe medirse en términos de decadencia y sufrimiento humanos. Un detalle práctico es que el público debería aceptar que el suicidio es un hecho triste y no un indicio de negligencia del psiquiatra. La amenaza de suicidarse constituye una especie de chantaje que induce a los psiquiatras jóvenes a excederse en el tratamiento de los pacientes deprimidos y a sobreprotegerlos, lo cual interfiere en su manejo humano y humanitario de los casos comunes de depresión.

Un tema mucho más polémico, como pueden comprobarlo si prestan oídos al bando biólogo, es el de la investigación de la esquizofrenia, en especial porque muchos consideran que se trata de una enfermedad determinada por la herencia y la disfunción bioquímica. La investigación que se orienta por este criterio recibe pleno apoyo. Pero también el psicoanálisis tiene un aporte que hacer. Los psicoanalistas se han visto obligados, a causa de errores de diagnóstico, a estudiar personas esquizoides, y comienzan a tener cosas que decir acerca de quienes recurren a ellos para obtener alivio de su sintomatología esquizoide. En esta tarea que lleva a cabo el psicoanálisis, la esquizofrenia aparece como un trastorno de la estructuración de la personalidad.

Es afortunado el analista que tiene un amigo psiquiatra dispuesto a admitir y cuidar a uno de sus pacientes en fase de colapso e invitar al analista a seguir a cargo del tratamiento o, mejor dicho, de la parte psicoterapéutica del tratamiento. Muchas investigaciones psicoanalíticas se interrumpen a causa de la suspicacia mutua entre el psiquiatra y el psicoanalista. El valor de la actividad interdisciplinaria en este campo debe medirse, más que en función de la curación, en función de la educación del psicoanalista y el psiquiatra.

En general el psicoanálisis tiende a considerar que la etiología de la esquizofrenia incluye la anulación de los procesos madurativos de la primera infancia a la edad en que el bebé es absolutamente dependiente. Esto incorporaría a la esquizofrenia al ámbito de la hacha humana universal y la excluiría del ámbito de los procesos patológicos específicos. El mundo médico necesita con urgencia esta pizca de cordura -en la medida en que sea verdadera-, por cuanto los trastornos que se originan en la lucha humana no deberían ser encasillados en la misma categoría que los que resultan de procesos degenerativos.

No puedo resolverme a hablar de mi propia especialidad, la psiquiatría infantil, porque para desarrollar el tema en forma resumida y al mismo tiempo satisfactoria para mí necesitaría cuanto menos un libro entero.

Práctica médica

Entre el campo de la práctica médica y el del psicoanálisis hay una zona de interacción tan vasta que no haré más que mencionarla. Debe haber integración entre médicos y psicoanalistas, como también entre los dos aspectos de la personalidad dividida del paciente, en la que un trastorno psicosomático encubre un trastorno mental. ¿Cómo hará para lograr la integración el paciente psicosomático si los que lo atienden están en desacuerdo?

En todos estos campos hay actualmente organizaciones profesionales que tratan de tender un puente e integrar los descubrimientos de los distintos grupos de investigadores, incluidos los psicoanalistas, quienes siempre tratan desmañadamente de introducir la motivación inconsciente.

Educación

En el campo de la educación, el precio de no utilizar los descubrimientos de la investigación psicoanalítica podría medirse en términos de la escasa atención que se ha prestado al jardín de infantes y la escuela primaria, y a todo lo que aportaron Margaret McMillan, Susan Isaacs y otros. Podría medirse en términos de pérdida de la oportunidad de realizar un aprendizaje creativo -en oposición a ser enseñado-, o en términos de interferencia en la educación de los niños normales por falta de medios para separarlos de los perturbados emocionalmente, en especial de los que proceden de un ambiente hogareño deficiente.

Veamos una cuestión específica: el castigo corporal en Eton o cualquier otra escuela destinada a niños normales con hogares intactos no puede discutirse juntamente con la idea del castigo corporal en las escuelas para niños deprivados o antisociales. Sin embargo, las cartas dirigidas a The Times tienden a pasar por alto este hecho. Pero la idea del castigo corporal tiene para los niños un significado inconsciente distinto según que pertenezcan a la categoría de los sanos o a la de los enfermos. Los maestros necesitan conocer la dinámica del

cuidado de los bebés y los niños tanto como necesitan que se les enseñe a enseñar, y también necesitan recibir instrucción sobre diagnóstico educacional.

Relación entre el bebé y su madre

Me referiré en forma breve a la relación entre el bebé y su madre y entre el niño y sus padres porque ya tengo dicho y publicado lo que puede considerarse mi aporte al estudio psicoanalítico del tema. Les recordaré, no obstante, que el psicoanálisis tiende a mostrar que la salud mental no depende sólo de la herencia ni de acontecimientos fortuitos, sino que sus fundamentos se construyen en forma activa en la primera infancia cuando la madre es suficientemente buena en su tarea, y en el lapso de la niñez que se vive en el seno de una familia que funciona como tal.

La investigación psicoanalítica apoya al máximo, por lo tanto, a la madre suficientemente buena en su espontáneo manejo suficientemente bueno del bebé, así como la cooperación entre los padres cuando existe y funciona satisfactoriamente, y a la familia como empresa en marcha, sobre todo en las dos etapas cruciales del desarrollo: la edad preescolar y la adolescencia. Como apoya, también, la activa interacción entre los padres y maestros que caracteriza la buena instrucción elemental en el período de latencia.

Adolescencia

La investigación psicoanalítica ha contribuido a una teoría general de la adolescencia y de su relación con la pubertad, sumando sus descubrimientos a la tarea cumplida por otros en relación con esta fase del desarrollo. Quizás el hecho de que hoy los adolescentes de todo el mundo se comporten como adolescentes durante la adolescencia sea, por lo menos en parte, un resultado positivo de principios derivados de la investigación psicoanalítica. Tal es mi opinión.

Los que valoran la familia y creen que el individuo necesita un marco familiar encontrarán un apoyo más sólido en la investigación psicoanalítica que en ninguna otra parte. El psicoanálisis ha demostrado que el proceso de maduración en el crecimiento individual requiere un ambiente facilitador, el cual es en sí mismo muy complejo y posee características evolutivas propias.

El médico cabecera

Es tentador referirse a una cuestión de actualidad y añadir algunas consideraciones sobre la tarea del médico de cabecera. Si en la época en que se estableció el Servicio de Salud se hubiese realizado una encuesta entre los psicoanalistas, habrían salido a la luz conocimientos ya entonces disponibles acerca de la ilimitada hipocondría que puede existir en la comunidad, con la correspondiente ansiedad hipocondríaca de los médicos, que los lleva a prescribir más allá de lo necesario. Pero no sería razonable esperar que se solicite esta clase de información en el momento en que se hacen los planes, ya que la planificación tiene su propia motivación inconsciente. El precio que se ha pagado en este caso ha sido alto.

También estaba disponible la información de que el público detesta a los médicos, al tiempo que cada uno de los individuos que lo componen ama a su propio médico y confía en él; o, a la inversa, que el público idealiza la profesión médica pero que los individuos que lo componen no pueden encontrar un médico que les convenga. Los sentimientos colectivos e individuales hacia los médicos tienden a estar en oposición. Y los médicos se encuentran atrapados en el mismo conflicto de motivación inconsciente. Los mejores entre ellos están demasiado involucrados clínicamente como para tomar distancia y examinar objetivamente sus problemas.

El caso especial de la tendencia antisocial

Tal vez el uso más positivo que ha hecho la sociedad de los descubrimientos psicoanalíticos es el relacionado con la manera de encarar el problema de la tendencia antisocial. Una razón para ello puede ser que el examen del niño antisocial lleva a una historia de privación y a la reacción del niño ante un tipo especial de trauma. De este modo, la investigación de la dinámica de la tendencia antisocial provoca menos resistencia porque lo que se descubre no es precisamente la motivación inconsciente. En circunstancias adecuadas, a menudo se puede conseguir que un niño evoque una experiencia real de privación sin recurrir al proceso analítico. La sociedad ha hecho buen uso de los trabajos de Bowlby y de los Robertson sobre la separación, y una consecuencia práctica es que actualmente en algunos hospitales de niños se facilitan las visitas y se permite la presencia de un acompañante en la habitación del niño. En lo que respecta a otra de las consecuencias de estas investigaciones, puede sostenerse que una razón de que en los años de posguerra se aceptaran rápidamente los hogares de crianza como alternativa de la gran institución fue que eran mucho más baratos y, por lo tanto, recibieron entusiasta apoyo del Ministerio de Hacienda.

El precio de dejar de lado lo que se sabe sobre la delincuencia juvenil debe medirse en función del costo para la comunidad. Pero hay un hecho positivo en este sentido: la aprobación, en 1948, de la Ley de Menores, que equivale a una medicina preventiva contra la delincuencia juvenil, es quizá lo más digno de elogio que se ha hecho en todo el ámbito que estoy examinando. **Dividendos** No es mi intención mostrarme totalmente pesimista. Así como Freud influyó en la vida, la literatura y las artes visuales, muchos principios de psicología dinámica han producido efectos en el cuidado de los bebés y los niños, en la educación y en la práctica de la religión: en todas partes las investigaciones de los analistas han fortalecido a quienes piensan en términos del crecimiento emocional del individuo y a quienes creen que la salud depende de la transición del individuo de la dependencia a la independencia, como también de la evolución que lleva al niño a identificarse gradualmente y a su debido tiempo (es decir, no en la adolescencia sino posteriormente) con la sociedad y a tomar parte como adulto en su mantenimiento y modificación.

Con el tiempo se aceptará que los descubrimientos del psicoanálisis convergieron con otras tendencias existentes hacia un concepto de la sociedad que no atentase contra la dignidad del individuo. Se comprobará, si el mundo sobrevive en las próximas décadas, que la impopular idea de la motivación inconsciente fue un elemento esencial de la evolución de la sociedad y que la investigación psicoanalítica contribuyó a salvar al mundo de lo que, sin esa idea, sólo puede entenderse como destino. Sería apropiado que la motivación inconsciente gozara de aceptación general y fuese estudiada antes de que "destino" cambie su grafía para convertirse en fait accompli. (1)

Biblioteca D. Winnicott

Preocupación maternal primaria

- 1956 -

Esta aportación ha sido estimulada por el trabajo publicado en *Psychoanalytic Study of the Child*, volumen IX, bajo el encabezamiento: «Problemas de la neurosis infantil». Las diversas aportaciones de la señorita Freud a este trabajo contribuyen a un importante planteamiento de la teoría psicoanalítica actual en su relación con las etapas más precoces de la vida infantil y de la instauración de la personalidad.

Deseo desarrollar el tema de la primitiva relación madre-hijo, tema de máxima importancia al principio y que sólo gradualmente queda desplazado a un segundo plano por el tema del pequeño en tanto ser independiente.

En primer lugar, necesito acordar con lo que manifiesta la señorita Freud bajo el título «Errores actuales del concepto». «Las desilusiones y las frustraciones son inseparables de la relación madre-pequeño». Echarles a las limitaciones maternas durante la fase oral la culpa de la neurosis infantil no es más que una cómoda y engañosa generalización. El análisis debe profundizar más en busca de la causa de la neurosis.» Con estas palabras la señorita Freud expresa una opinión que los psicoanalistas comparten en general.

Pese a ello, es mucho lo que podemos ganar si tenemos en cuenta la posición de la madre. Hay algo que puede denominarse «medio no suficiente o insatisfactorio», algo que deforma el desarrollo del pequeño, del mismo modo que existe un medio bueno o suficiente que permite que el niño, en cada fase, alcance las apropiadas satisfacciones innatas así como las angustias y conflictos.

Anna Freud nos recuerda que nos es posible pensar en un patrón pregenital en términos de dos personas que se unen para lograr lo que por amor a la brevedad llamaremos «equilibrio homeostático» (Mahler, 1954). A veces recibe también la denominación de «relación simbiótica». A menudo se afirma que la madre de un pequeño está biológicamente condicionada para su misión de especial orientación hacia las necesidades del pequeño. Utilizando un lenguaje más sencillo, diré que existe una identificación - consciente pero también profundamente inconsciente- entre la madre y el pequeño.

Creo que hay que juntar estos conceptos diversos y que debe rescatarse el estudio de la madre de lo que es puramente biológico. El término «simbiosis» no nos conduce más allá que a la comparación de la relación madre-hijo con otros ejemplos de interdependencia en zoología y botánica. Las palabras «equilibrio homeostático» tampoco incluyen algunos de los puntos que se presentan ante nuestros ojos si examinamos esta relación con el cuidado que la misma se merece.

Lo que nos interesa son las grandes diferencias psicológicas que hay entre, por un lado, la identificación

materna con el niño, y por otro, la dependencia del niño con respecto a la madre; esta última no implica identificación, ya que la identificación es un complejo estado de cosas inaplicable a las primeras fases de la infancia.

Anna Freud nos demuestra que hemos superado aquella burda fase de la teoría psicoanalítica en la que nos expresábamos como si para el pequeño la vida empezase con la experiencia instintiva oral. Ahora nos hallamos ocupados en el estudio del desarrollo precoz y del self precoz, al que si el desarrollo ha avanzado lo suficiente, las experiencias del ello pueden más bien reforzar que interrumpir.

Desarrollando el tema del término «anaclítico» utilizado por Freud, la señorita Freud dice: «La relación con la madre, si bien es la primera relación con un ser humano, no es la primera relación que el pequeño establece con el medio. Lo que la precede es una fase anterior en la que las necesidades no son del mundo objetal sino del cuerpo, y cuya satisfacción o frustración juegan un papel decisivo».

Por cierto, creo que la introducción de la palabra «necesidad» en vez de «deseo» ha tenido gran importancia en nuestras teorías, pero ojalá la señorita Freud no hubiese empleado las palabras «satisfacción» y «frustración» en este contexto; una necesidad o bien se satisface o no, y el efecto no es el mismo que el de la satisfacción o frustración de un impulso del ello.

Quisiera referirme a lo que Greenacre (1954) denomina el tipo «arrullador» de placeres rítmicos. Aquí nos hallamos ante un ejemplo de necesidad que es satisfecha o no, pero sería una deformación decir que el pequeño que no es arrullado reacciona igual que ante una frustración. Ciertamente, más que ira se produce cierta deformación del medio en una fase precoz.

Sea como fuere, me parece que hace tiempo que debería haberse hecho un estudio más amplio de la función materna en la fase más precoz, por lo que deseo unir las diversas sugerencias y presentar una teoría para su debate.

La preocupación maternal

Mi tesis es que en la fase más precoz estamos tratando con un estado muy especial de la madre, una condición psicológica que merece un nombre, como puede ser el de preocupación maternal primaria. Sugiero que la literatura psicoanalítica no ha rendido tributo suficiente a una condición psiquiátrica muy especial de la madre acerca de la cual deseo decir lo siguiente:

Gradualmente se desarrolla y se convierte en un estado de sensibilidad exaltada durante el embarazo y especialmente hacia el final del mismo.

Dura unas cuantas semanas después del nacimiento del pequeño.

No es fácilmente recordado por la madre una vez que se ha recobrado del mismo.

Iría aún más lejos y diría que el recuerdo que de este estado conservan las madres tiende a ser reprimido.

Este estado organizado (que sería una enfermedad si no fuese por el hecho del embarazo) podría compararse con un estado de replegamiento o de disociación, o con una fuga o incluso con un trastorno a un nivel más profundo, como por ejemplo un episodio esquizoide en el cual algún aspecto de la personalidad se haga temporalmente dominante. Me gustaría encontrar una buena forma de denominar este estado y proponerla para que se tuviese en cuenta en todas las referencias a la fase más precoz de la vida del pequeño. No creo que sea posible comprender el funcionamiento de la madre durante el mismo

principio de la vida del pequeño sin ver que la madre debe ser capaz de alcanzar este estado de sensibilidad exaltada, casi de enfermedad, y recobrase luego del mismo. (Utilizo la palabra «enfermedad» porque una mujer debe estar sana, tanto para alcanzar este estado como para recobrase de él cuando el pequeño la libera. Si el pequeño muriese, el estado de la madre se manifestaría repentinamente en forma de enfermedad. La madre corre este riesgo.)

He dado a entender esto en el término «dedicada» dentro de las palabras «madre corriente dedicada» (Winnicott, 1949). Ciertamente, hay muchas mujeres que son buenas madres en todos los demás aspectos y que son capaces de llevar una vida rica y fructífera pero que no pueden alcanzar esta «enfermedad normal» que les permite adaptarse delicada y sensiblemente a las necesidades del pequeño en el comienzo; o bien lo consiguen con uno de sus hijos pero no con los demás. Tales mujeres no son capaces de preocuparse de su propio pequeño con exclusión de otros intereses, de una forma normal y temporal. Puede suponerse que en algunas de estas personas se produce una «huida hacia la cordura». Ciertamente, algunas de ellas tienen otras preocupaciones muy importantes que no abandonan fácilmente o que tal vez no sean capaces de abandonar hasta haber tenido sus primeros bebés. Cuando una mujer tiene una fuerte identificación masculina se encuentra con que le es muy difícil cumplir con esta parte de su función materna, y la envidia reprimida del pene deja poco espacio para la preocupación materna primaria.

En la práctica, el resultado consiste en que tales mujeres, una vez que han tenido un niño, pero habiéndoseles escapado la primera oportunidad, se encuentran ante la tarea de compensar lo perdido. Pasan un largo período para adaptarse estrechamente a las crecientes necesidades del pequeño y no es seguro que consigan reparar la deformación precoz. En lugar de dar por sentado el buen efecto de la preocupación precoz y temporal, se encuentran atrapadas en la necesidad de terapia del pequeño, es decir, la necesidad de un prolongado periodo de adaptación a la necesidad o de mimos. En vez de madres, son terapeutas.

Al mismo fenómeno se refieren Kanner (1943), Loretta Bender (1947) y otros que han tratado de describir el tipo de madre que es susceptible de producir un «niño autista» (Creak, 1951; Mahler, 1954).

Es posible establecer una comparación entre la tarea de la madre, en lo que hace a la compensación de su pasada incapacidad, y la tarea de la sociedad que intenta (a veces con éxito) conseguir la identificación social de un niño desposeído que se halla en estado antisocial. Esta labor de la madre (o de la sociedad) encierra una fuerte tensión debido a que no se realiza de manera natural. La tarea que se emprende tiene su lugar apropiado en una fase anterior, en este caso aquella en la que el pequeño sólo empezaba a existir como individuo.

Si es aceptable esta tesis del estado especial en que se halla la madre y su recuperación del mismo, entonces podremos examinar con mayor detenimiento el estado correspondiente en que se halla el pequeño.

El pequeño tiene:

Una constitución.

Tendencias innatas al desarrollo («zona libre de conflictos en el yo»).

Movilidad y sensibilidad.

Instintos, involucrados en la tendencia al desarrollo con cambios en la dominancia zonal.

La madre que alcanza el estado que he llamado «preocupación materna primaria» aporta un marco en el que la constitución del pequeño empezará a hacerse evidente, en el que las tendencias hacia el desarrollo empezarán a desplegarse y en el que el pequeño experimentará movimientos espontáneos y se

convertirá en poseedor de las sensaciones que son apropiadas a esta fase precoz de la vida. En este contexto no es necesario hacer referencia a la vida instintiva, ya que lo que estoy tratando empieza antes de la instauración de los patrones instintivos.

He procurado describir todo esto utilizando mi propio lenguaje, diciendo que si la madre aporta una adaptación suficiente a la necesidad, la vida del pequeño se ve muy poco turbada por las reacciones ante los ataques. (Naturalmente, lo que cuenta son las reacciones ante los ataques y no los ataques mismos.) Los fracasos maternos producen fases de reacción ante los ataques y estas reacciones interrumpen la continuidad existencial del pequeño. Cualquier exceso en tales reacciones produce, no la frustración, sino la amenaza de aniquilamiento. Esto, a mi modo de ver, es una angustia primitiva muy real, muy anterior a cualquier angustia en cuya descripción intervenga la palabra «muerte».

Dicho de otro modo, la base para la instauración del yo la constituye la suficiencia de la continuidad existencial, no interrumpida por las reacciones ante los ataques. La suficiencia de la continuidad existencial sólo es posible al principio si la madre se halla en el estado que les he sugerido y que es algo muy real cuando la madre sana se halla cerca del final del embarazo y en las primeras semanas después del nacimiento del bebé.

Sólo si la madre se halla sensibilizada tal como acabamos de exponer, podrá ponerse en el lugar del pequeño y, de este modo, satisfacer sus necesidades. Éstas, al principio son corporales, pero paulatinamente pasan a ser necesidades del yo, a medida que la psicología va naciendo de la elaboración imaginativa de la experiencia física.

Empieza a existir una relación yoica entre la madre y el pequeño, relación de la que la madre se recupera, y a partir de la cual el niño puede a la larga edificar en la madre la idea de una persona. Visto desde este ángulo, el reconocimiento de la madre en tanto que persona viene de manera positiva, normalmente, y no surge de la experiencia de la madre como símbolo de la frustración. El fracaso de adaptación materna en la fase más precoz no produce otra cosa que la aniquilación del self del pequeño.

En esta fase, el niño no percibe de ningún modo lo que la madre hace bien. Esto, según mi tesis, es un hecho. Sus fracasos no son percibidos en forma de fracasos maternos, sino que actúan como amenazas a la autoexistencia personal.

Recurriendo al lenguaje de estas consideraciones, la construcción precoz del yo es, por consiguiente, silenciosa. La primera organización del yo procede de la experiencia de amenazas de aniquilación que no conducen a la aniquilación y con respecto a las cuales hay recuperación repetidas veces. Partiendo de tales experiencias la confianza en la recuperación comienza a ser algo que lleva a un yo y a una capacidad del yo para enfrentarse con la frustración.

Espero que les parezca que esta tesis contribuye al tema del reconocimiento de la madre como madre frustrante por parte del pequeño. Esto es cierto más adelante, pero no lo es en esta fase precoz. Al principio, la madre que falla no es percibida como tal. A decir verdad, el reconocimiento de la dependencia absoluta de la madre y de la capacidad de ésta para la preocupación primaria, o comoquiera que se llame, es algo que pertenece a la extrema sofisticación y a una fase que los adultos no siempre alcanzan. El fallo general de reconocimiento de dependencia absoluta al principio contribuye al temor a la MUJER que es propio tanto de hombres como de mujeres (Winnicott, 1950, 1957a).

Ahora podemos decir por qué creemos que la madre del bebé es la persona más idónea para el cuidado de éste; es ella quien puede alcanzar ese estado especial de preocupación maternal primaria sin caer enferma. Pero una madre adoptiva, o cualquier mujer que pueda estar enferma en el sentido de preocupación primaria, también puede estar en condiciones de producir una adaptación suficiente, gracias a cierta capacidad para la identificación con el bebé.

De acuerdo con esta tesis, un medio suficiente en la primera fase permite que el pequeño comience a existir, a tener experiencia, a construirse un yo personal, a dominar los instintos, y a enfrentarse con todas las dificultades inherentes a la vida. Todo esto le parece real al pequeño, que es capaz de poseer un self que, a la larga, incluso puede permitirse sacrificar la espontaneidad, incluso morir.

Por el contrario, sin una inicial provisión ambiental satisfactoria este self capaz de morir jamás se desarrolla. La sensación de realidad se halla ausente y si no hay demasiado caos la sensación definitiva es de futilidad. Las dificultades inherentes a la vida son inalcanzables, y no digamos las satisfacciones. Si no hay caos, aparece un falso self que oculta al verdadero self, que se aviene a las exigencias, que reacciona ante los estímulos, que se libra de las experiencias instintivas teniéndolas, pero que únicamente estará ganando tiempo.

Se verá que, según esta tesis, es más probable que los factores constitucionales se manifiesten en la normalidad, allí donde el medio en la primera fase haya sido el adecuado. A la inversa, allí donde haya habido un fracaso en esta primera fase, el pequeño se ve atrapado en unos primitivos mecanismos de defensa (falso self, etc.), que corresponden al temor a la aniquilación, y los elementos constitucionales tienden a verse sojuzgados (a menos que sean físicamente manifiestos).

Es necesario, al llegar aquí, dejar sin desarrollar el tema de la introyección que el pequeño realiza, de los patrones de enfermedad de la madre, si bien se trata de un tema de gran importancia en consideración al factor ambiental de las fases siguientes, después de la primera fase de dependencia absoluta.

Al reconstruir el desarrollo precoz de un pequeño, no sirve de nada hablar de instintos, excepto sobre la base del desarrollo del yo.

Se registra una divisoria:

**Madurez del yo: las experiencias instintivas refuerzan el Yo.
Inmadurez del yo: las experiencias instintivas interrumpen el yo.**

Aquí, el yo implica una suma de experiencias. El self individual empieza como una suma de la experiencia inactiva, de la movilidad espontánea, y de la sensación, regreso de la actividad al descanso, y la gradual instauración de una capacidad para aguardar la recuperación de la aniquilación; aniquilación resultante de las reacciones ante los ataques del medio ambiente. Por esta razón, el individuo necesita empezar en el medio ambiente especializado al que me he referido bajo el encabezamiento de «Preocupación maternal primaria».

PSYCHOLOGIA



Biblioteca D. Winnicott

El primer año de vida

(1958)

Criterios modernos sobre el desarrollo emocional

Introducción

Es mucho lo que sucede durante el primer año de vida de la criatura humana, pues el desarrollo emocional comienza desde el primer momento. En un estudio sobre la evolución de la personalidad y el carácter no es posible ignorar los acontecimientos de primeras horas y días (incluso la última parte de la vida prenatal, cuando el niño es viable, e incluso la experiencia del parto puede ser significativa).

El mundo ha seguido girando a pesar de nuestra ignorancia sobre estas cuestiones, simplemente porque en la madre de un bebé hay algo que la hace particularmente apta para protegerlo durante esa etapa de vulnerabilidad, y que le permite contribuir positivamente a las necesidades del bebé. La madre puede cumplir esta tarea si se siente segura, si se siente amada en su relación con el padre del niño y con su familia en general, y también aceptada en los círculos más amplios que constituyen la sociedad.

Podríamos seguir dejando la tarea del cuidado infantil en manos de la madre, cuya capacidad no se funda en el conocimiento, sino en una actitud afectiva que adquiere a medida que el embarazo avanza, y que pierde gradualmente cuando el niño crece fuera de su cuerpo. Con todo, hay razones por las que podría resultar conveniente estudiar lo que sucede en las tempranas etapas del desarrollo de la personalidad infantil. Por ejemplo, en calidad de médicos y enfermeras hay ocasiones en que resulta inevitable interferir la relación madre-niño para tratar las anormalidades físicas de este último, y es preciso saber qué es exactamente lo que se está interfiriendo. Además, el estudio físico de la primera infancia ha dado ricos frutos en los últimos 50 años, y no sería raro que un interés similar por el desarrollo emocional produjera resultados aún más provechosos. Un tercer motivo sería que algunos padres no pueden proporcionar al niño condiciones suficientemente buenas en el momento en que aquél nace, debido a alguna perturbación social, familiar o personal, y entonces se espera que médicos y enfermeras estén en condiciones de comprender y de curar, e incluso de prevenir, tal como muchas veces lo hacen en los casos de enfermedad física. El pediatra tendrá cada vez más necesidad de conocer los aspectos emocionales, tal como en la actualidad conoce todo lo relativo al aspecto físico del crecimiento infantil.

Y existe un cuarto motivo para justificar el estudio del crecimiento emocional temprano: a menudo resulta posible descubrir y diagnosticar trastornos emocionales en la primera infancia, incluso durante el primer año de vida. Evidentemente, el momento adecuado para el tratamiento de ese trastorno es su etapa inicial, pero no

consideraré aquí este tema.

Tampoco haré referencia alguna a la anormalidad o la enfermedad física, o al crecimiento mental como tendencia del desarrollo, afectada por factores hereditarios. Para nuestros fines actuales, puede suponerse que el niño es físicamente sano y potencialmente sano en el aspecto mental, y lo que quiero examinar es el significado de esta potencialidad. ¿Qué es potencial en el momento de nacer y qué aspectos se han vuelto reales al cabo de un año? Supongo también la existencia de una madre, una madre bastante sana como para actuar naturalmente como tal. Debido a la extrema dependencia emocional del niño, el desarrollo o la vida de un bebé no puede considerarse al margen del cuidado que se le prodiga.

A continuación mencionaré una serie de formulaciones, todas ellas breves, que quizás servirán para indicar a quienes se interesan en el cuidado infantil, que el desarrollo emocional durante el primer año de vida establece la base de la salud mental en el individuo humano.

Tendencia innata al desarrollo

En el nivel psicológico hay una tendencia innata al desarrollo que corresponde al crecimiento del cuerpo y al desarrollo gradual de las funciones. Así como el bebé suele sentarse cuando tiene unos 5 ó 6 meses, y camina cuando cumple aproximadamente un año, y quizás por esa época ya dice dos o tres palabras, del mismo modo hay un proceso evolutivo en el desarrollo emocional. Con todo, no nos es dado observar este crecimiento natural, a menos que las condiciones sean bastante buenas, y parte de nuestra dificultad consiste, precisamente, en definir qué entendemos por condiciones bastante buenas. En lo que sigue, será necesario dar por sentado el proceso ontogénico y las bases neurofisiológicas de la conducta.

Dependencia

El profundo cambio que se observa en el primer año de vida apunta al logro de la independencia. Ésta se logra a partir de la dependencia, pero es necesario agregar que esta última se alcanza a partir de lo que podríamos llamar doble dependencia. Al comienzo hay una dependencia total con respecto al medio físico y emocional dado que el niño no tiene ninguna conciencia de ella. Gradualmente, comienza a percibirla y, en consecuencia, adquiere la capacidad para hacer saber a su medio cuándo necesita recibir atención. Clínicamente hay un proceso muy gradual hacia la independencia, aunque la dependencia, e incluso la doble dependencia, siempre reaparecen. La madre puede adaptarse a las necesidades variables y crecientes de su hijo en éste y en otros aspectos.

Cuando tiene un año de vida, el bebé ya se ha vuelto capaz de mantener viva la idea de la madre, y también del cuidado infantil al que se ha acostumbrado, durante un cierto período de tiempo, quizás diez minutos, una hora, o más aún.

Con todo, lo que encontramos al cabo de un año es sumamente variable, no sólo de un niño a otro, sino también en una misma criatura. El logro de un cierto grado de independencia puede perderse y recuperarse una y otra vez, y a menudo un niño vuelve a la dependencia después de haberse mostrado claramente independiente.

Este progreso desde la doble dependencia a la dependencia, y de ésta a la independencia, no sólo constituye una expresión de la tendencia innata a crecer, sino que no puede tener lugar a menos que alguien haga una adaptación muy sensible a las necesidades del niño. Sucede que la madre es la persona más apta para cumplir esta tarea delicada y constante, porque nadie como ella puede dedicarse a esta causa con tanta naturalidad y tal ausencia de resentimiento.

Integración

El observador puede comprobar desde el comienzo que un bebé ya es un ser humano, una unidad. Al cumplir un año, la mayoría de las criaturas han alcanzado el status de individuo; en otras palabras, la personalidad ha llegado a integrarse. Desde luego, esto no ocurre permanentemente pero, en ciertos momentos, durante ciertos períodos y en determinadas relaciones, el bebé de un año ya es una persona total. Pero la integración no es algo que pueda darse por sentado, sino que debe desarrollarse gradualmente en cada bebé. No se trata simplemente de una cuestión neurofisiológica, pues para que este proceso tenga lugar deben existir ciertas condiciones ambientales que son, de hecho, las que dependen de la madre.

La integración aparece gradualmente a partir de un estado primario no integrado. Al principio, el niño es una serie de fases de motilidad y percepciones sensoriales. Resulta casi seguro que el descanso significa para él un regreso al estado no integrado, lo cual no es necesariamente atemorizante, debido a la sensación de seguridad que le proporciona la madre; a veces, seguridad significa simplemente sentirse firmemente sostenido. Tanto en el aspecto físico como en formas más sutiles, la madre o el medio mantiene integrado al niño, y la no integración puede ocurrir junto con la reintegración sin que surja la ansiedad.

La integración parece estar vinculada con las experiencias afectivas o emocionales más definidas, tales como la rabia o la excitación de una mamada. Gradualmente, a medida que la integración se convierte en un hecho establecido y el niño, en una unidad cada vez más cohesiva, la anulación de lo conseguido se convierte en desintegración más que en no integración. La desintegración es penosa.

El grado en integración al cumplir un año es variable: algunos niños ya poseen a esa edad una fuerte personalidad, un self con las características personales exageradas; otros, ubicados en el extremo opuesto, no han adquirido aún una personalidad tan definida y siguen dependiendo en alto grado del cuidado permanente.

Personalización

El niño de un año vive firmemente en el cuerpo. La psiquis y el soma han llegado a una suerte de acuerdo recíproco. El neurólogo diría que el tono corporal es satisfactorio y que la coordinación del niño es buena. Esta situación, en la que psiquis y soma están íntimamente relacionados entre sí, se desarrolla a partir de las etapas iniciales en las que la psiquis inmadura, aunque basada en el funcionamiento corporal, no está estrechamente ligada al cuerpo y a la vida del cuerpo. Cuando se proporciona al niño un grado razonable de adaptación a sus necesidades, se ofrecen las mejores oportunidades para el temprano establecimiento de una firme relación entre la psiquis y el soma. En caso contrario, la psiquis tiende a desarrollar una existencia que sólo está vagamente relacionada con la experiencia corporal, con el resultado de que las frustraciones físicas no siempre se experimentan con plena intensidad.

Incluso si es sano, el niño de un año está firmemente arraigado en el cuerpo sólo en determinadas ocasiones. La psiquis de un niño normal puede perder contacto con el cuerpo, y hay fases en las que al niño no le resulta fácil regresar repentinamente al cuerpo como, por ejemplo, cuando despierta de un sueño profundo. Las madres saben todo esto, y despiertan gradualmente al bebé antes de levantarlo, a fin de no provocar los alaridos de pánico que podrían ser el resultado de un cambio en la posición del cuerpo en un momento en que la psiquis está ausente de él. Esta ausencia de la psiquis puede estar clínicamente asociada con palidez, momentos en que el niño transpira y está muy frío, e incluso vómitos. En esa etapa, la madre puede pensar que su hijo se está muriendo, pero ya antes de que llegue el médico se ha producido un retorno tan completo a la salud normal que el médico no puede comprender qué alarmó a la madre. Naturalmente, el médico clínico sabe más acerca de este síndrome que el especialista.

Mente y psique-soma

Cuando el bebé tiene aproximadamente un año, ya se han desarrollado claramente los rudimentos de la mente,

la cual significa algo completamente distinto de la psiquis, pues ésta se relaciona con el soma y el funcionamiento corporal, y la mente depende de la existencia y el funcionamiento de esas partes del cerebro que se desarrollan después (en la filogénesis) que las partes vinculadas con la psiquis primitiva. (La mente es la que gradualmente hace posible que el niño aguarde a que se lo alimente, debido a los ruidos que le indican que ello ha de ocurrir. Este es un ejemplo burdo del uso de la mente.)

Cabría decir que, al comienzo, la madre debe adaptarse casi exactamente a las necesidades del niño, a fin de que la personalidad infantil se desarrolle sin distorsiones. Con todo, la madre puede permitirse fallas en su adaptación, porque la mente y los procesos intelectuales del niño le permiten entender y tolerar fallas en la adaptación. Así, la mente es la aliada de la madre y asume parte de la función de esta última. En el cuidado de un niño, la madre depende de los procesos intelectuales de aquél, y gracias a ellos puede recuperar gradualmente vida propia.

Por supuesto, hay otras formas en que se desarrolla la mente. Una de sus funciones consiste en catalogar los acontecimientos y en almacenar recuerdos y clasificarlos. Gracias a la mente, el niño puede utilizar el tiempo como una medida y también medir el espacio, y relacionar las causas con los efectos.

Resultaría instructivo comparar el condicionamiento en relación con la mente y con la psiquis, pues ello podría arrojar luz sobre las diferencias entre ambos fenómenos, tan a menudo confundidos.

Evidentemente, hay grandes variaciones de un niño a otro en cuanto a la capacidad de su mente para ayudar a la madre en su manejo. La mayoría de las madres pueden adaptarse a la capacidad mental buena o deficiente de cada niño, y seguir el ritmo, rápido o lento, de cada bebé. Pero también es muy factible que una madre apresurada deje atrás a un hijo cuya capacidad intelectual es limitada, y también que el niño muy rápido pierda contacto con una madre lenta.

A una determinada edad, el niño se hace capaz de tolerar las características de la madre y, así, de alcanzar una independencia relativa con respecto a su incapacidad para adaptarse a sus necesidades, pero ello no suele ocurrir antes de que hayan transcurrido los primeros doce meses.

Fantasía e imaginación

La característica del bebé humano es la fantasía, que puede entenderse como la elaboración imaginativa de la función física. La fantasía no tarda en volverse infinitamente compleja, pero es probable que al comienzo sea limitada desde el punto de vista cuantitativo. La observación directa no permite evaluar la fantasía de un niño muy pequeño, pero cualquier tipo de juego indica su existencia.

Conviene seguir el desarrollo de la fantasía mediante una clasificación artificial:

I) Simple elaboración de la función.

II) Separación en: anticipación, experiencia y recuerdo.

III) Experiencia en términos del recuerdo de la experiencia.

IV) Localización de la fantasía dentro o fuera del self, con intercambio y constante enriquecimiento recíproco.

V) Construcción de un mundo personal o interno, con sentido de la responsabilidad con respecto a lo que existe y sucede allí.

VI) Separación de la conciencia de lo que es inconsciente. El inconsciente incluye aspectos tan primitivos de la psiquis que jamás se vuelven conscientes, y también aspectos de la psiquis o del funcionamiento mental que se vuelven inaccesibles como defensa frente a la ansiedad (llamado el inconsciente reprimido).

La fantasía evoluciona considerablemente en el curso del primer año de vida. Es importante recordar que aunque éste, como todo otro desarrollo, tiene lugar como parte de la tendencia natural a crecer, la evolución se ve detenida o distorsionada a menos que existan ciertas condiciones, cuya naturaleza es posible estudiar e incluso formular.

Realidad personal (interna)

El mundo interno del individuo se convierte en una organización definida al finalizar el primer año de vida. Los elementos positivos derivan de los patrones de la experiencia personal, en particular de la naturaleza instintiva, interpretados en forma personal y, en última instancia, basados en las características heredadas congénitas del individuo (en la medida en que han aparecido ya tan temprano). Esta muestra del mundo que es personal para el niño se va organizando de acuerdo con complejos mecanismos que tienen como propósito:

- I) preservar lo que se siente como "bueno" es decir, aceptable y fortalecedor del self (el yo);
- II) aislar lo que se experimenta como "malo", es decir, inaceptable, persecutorio o inyectado desde la realidad externa sin aceptación (trauma);
- III) preservar un área en la realidad psíquica personal, en la que los objetos tienen interrelaciones vivas, excitantes e incluso agresivas, a la vez que afectuosas.

Hacia fines del primer año de vida, existen ya comienzos de defensas secundarias destinadas a manejar el derrumbe de la organización primaria; por ejemplo, una sordina general en toda vida interior, cuya manifestación clínica es el estado de ánimo depresivo, o una proyección masiva en la realidad externa de elementos del mundo interno, cuya manifestación clínica es una actitud paranoide frente al mundo, como lo revelan los caprichos con respecto a la comida, por ejemplo, el rechazo de la nata en la leche.

La visión que el niño tiene del mundo exterior está basada, en gran parte, en el patrón de la realidad interna personal, y cabe señalar que la conducta concreta del medio con respecto a un niño se ve en cierta medida afectada por las expectativas positivas y negativas de aquél.

Vida instintiva

Al comienzo, la vida instintiva del niño está basada en las funciones relacionadas con la alimentación. Predominan los intereses vinculados con las manos y la boca pero, gradualmente, las funciones excretorias también comienzan a participar. A una determinada edad, quizás alrededor de los cinco meses, el niño ya puede relacionar la excreción con la alimentación, y las heces y la orina, con la ingesta oral, lo cual coincide con la adquisición inicial de un mundo interno personal que, por lo tanto, tiende a localizarse en el vientre. A partir de este sencillo patrón, la experiencia psicósomática se extiende y llega a incluir todo el funcionamiento corporal.

La respiración queda atrapada por lo que predomina en ese momento, de modo que puede estar asociada con la ingestión y también con la excreción. Una característica importante de la respiración consiste en que, excepto cuando el niño llora, pone de manifiesto la continuidad de lo interno y lo externo, es decir, una falla de las defensas.

Todas las funciones tienden a poseer una cualidad orgástica en tanto cada una de ellas, a su modo, incluye una fase de excitación y preparación locales, una culminación en la que participa todo el cuerpo y una serie de consecuencias.

La función anal adquiere una importancia cada vez mayor, y puede llegar a predominar sobre la función oral. El orgasmo de la excreción es normalmente de tipo excretorio pero, en ciertas circunstancias el ano puede convertirse en un órgano receptivo y asumir parte de la importancia de la función y la ingesta orales. Desde luego, las manipulaciones anales aumentan la probabilidad de que surjan estas complicaciones.

Tanto en los varones como en las niñas, la micción tiende a ser orgástica y, por lo tanto, excitante y satisfactoria, a pesar de lo cual depende en grado considerable de un manejo adecuado. Los esfuerzos por establecer en los niños el control de esfínteres terminan por privarlos, si tienen éxito, de las satisfacciones físicas inherentes a ese período, y si se inician muy temprano, las consecuencias son enormes y, a menudo, desastrosas.

La excitación genital no es de importancia básica durante el primer año de vida, no obstante lo cual, en los varones puede haber erección y en las niñas, actividades vaginales, sobre todo en relación con la excitación provocada por la ingesta, real o imaginada. Las manipulaciones anales tienden a despertar actividades vaginales. En el primer año de vida, la erección fálica comienza a tener importancia propia, y lo mismo ocurre con la excitación clitoridiana. Al cabo de ese período, sin embargo, no es común que la niña haya comenzado a envidiar al varón por la posesión de un pene, un órgano que, comparado con el clítoris o la vulva, es bien visible aun cuando no está erecto y aún más obvio cuando lo está. Esta discrepancia dará origen a la ostentación y la envidia en el segundo y tercer año de vida. (La función y la fantasía genitales no alcanzan una posición de predominio sobre las funciones de ingestión y excreción hasta el período que va de los dos a los cinco años, aproximadamente.)

Durante el primer año de vida, las experiencias instintivas contribuyen a desarrollar la capacidad del niño para relacionarse con objetos, una capacidad que culmina en una relación amorosa entre dos personas totales, el bebé y la madre. La relación triangular, con su enriquecimiento y sus complicaciones específicas, surge como un nuevo factor en la vida del niño cuando éste tiene aproximadamente, un año, pero no alcanza pleno status hasta que aquél comienza a caminar y hasta que lo genital predomina sobre los diversos tipos de funcionamiento y fantasía instintivos relacionados con la alimentación.

El lector reconocerá fácilmente en esta descripción la teoría freudiana de la sexualidad infantil, que constituyó la primera contribución del psicoanálisis a la comprensión de la vida emocional de los niños. La mera idea de una vida instintiva en la infancia provocó una tremenda reacción en el sentimiento público, pero ahora se reconoce en general que dicha teoría constituyó el tema central tanto en la psicología de la infancia normal como en el estudio de las causas de la psiconeurosis.

Relaciones objetales

El bebé de un año es a veces una persona total que se relaciona con personas totales. Este logro se alcanza en forma gradual y sólo se convierte en un hecho cuando las condiciones imperantes son suficientemente buenas.

Al comienzo hay una relación con objetos parciales, por ejemplo, el bebé se relaciona con el pecho, y la madre no cuenta para nada, aunque el niño pueda "conocerla" en los momentos de contacto afectuoso. La integración gradual de la personalidad infantil en una unidad hace posible que el objeto parcial (pecho, etc.) se experimente como una parte de una persona total, y este aspecto del desarrollo provoca ansiedades específicas, a las que nos referiremos como capacidad para la preocupación.

El reconocimiento del objeto total está acompañado por el comienzo de un sentimiento de dependencia y, por lo tanto, de la necesidad de independencia. Asimismo, la percepción de la confiabilidad de la madre hace que esa misma cualidad surja en el niño.

En una etapa previa, antes de que el niño actúe como una unidad, las relaciones objetales representan la unión de una parte con otra. Hay un grado extremo de variabilidad en cualquier etapa dada, en cuanto a la existencia

de un self total con el que sea posible experimentar y conservar el recuerdo de las experiencias.

Espontaneidad

El impulso instintivo crea una situación que culmina en la satisfacción, o bien en una insatisfacción difusa o un malestar general psíquico y somático. Hay un momento para la satisfacción de un impulso, un clímax que debe corresponder a la experiencia real. Durante el primer año de vida, las satisfacciones son de suma importancia para el niño, quien, sólo gradualmente puede llegar a soportar la espera. Desde luego, lo que se le pide es que renuncie a la espontaneidad y se adapte a las necesidades de quienes lo cuidan. A veces exigimos al niño más de lo que nosotros mismos podemos hacer.

Así, dos series de factores conspiran contra la espontaneidad:

I) El deseo de la madre de liberarse del yugo de la maternidad, a lo cual a veces se suma la errónea idea de que debe educar al niño desde temprano, a fin de que sea un "buen" chico.

II) El desarrollo, a través de complejos mecanismos, de una restricción de la espontaneidad impuesta por el niño mismo (el establecimiento de un superyó).

Es precisamente el desarrollo de un control interno lo que constituye la única base verdadera para la moral. Ésta comienza ya en el primer año de vida, como resultado de profundos temores a la venganza, y continúa como una limitación de la vida instintiva del niño (quien se convierte así en una persona con sentimientos de preocupación); protege a los objetos amados del pleno impacto del amor primitivo, que es cruel y sólo tiende a satisfacer el impulso instintivo.

Al comienzo, los mecanismos de autocontrol son toscos, como los impulsos mismos, y la actitud estricta de la madre resulta beneficiosa en tanto es menos brutal y más humana, pues se puede desafiar a una madre, pero la inhibición de un impulso desde adentro suele ser total. Así la actitud estricta de las madres tiene una significación inesperada, en tanto lleva a la obediencia en forma suave y gradual, y salva al niño de la ferocidad del autocontrol. Por una evolución natural, si las condiciones externas siguen siendo favorables, el niño establece un autocontrol interno "humano", sin sufrir una pérdida demasiado grande de esa espontaneidad sin la cual no vale la pena vivir.

Capacidad creadora

El tema de la espontaneidad nos lleva naturalmente al de la creatividad, ese impulso que, más que ninguna otra cosa, le demuestra al niño que está vivo.

El impulso creador innato se marchita a menos que se "realice" en el contacto con la realidad externa. Cada niño debe recrear el mundo, pero ello sólo resulta posible si el mundo se hace presente en los momentos de actividad creadora del niño. El niño se abre hacia el mundo y el pecho está allí, y el pecho es creado. El éxito de esta operación depende de la adaptación sensible que la madre hace a las necesidades del niño, sobre todo al principio.

A partir de esto hay una progresión natural hasta la creación por parte del niño de todo el mundo de la realidad externa, y hasta la creación continua que al principio necesita de un público y que termina eventualmente por crear incluso a ese público. Las penosas etapas tempranas de este proceso vital corresponden a la temprana infancia, y a la capacidad de la madre para presentar el fragmento de realidad en el momento más o menos adecuado, cosa que puede hacer porque, temporariamente, está identificada con su hijo en un grado extremo.

Motilidad-agresión

La motilidad constituye un rasgo del feto vivo, y los movimientos de un bebé prematuro en una incubadora probablemente ofrecen un cuadro de un niño dentro del vientre materno hacia el final del embarazo. La motilidad es la precursora de la agresión, un término que va adquiriendo significado a medida que el niño crece. Un ejemplo especial de agresión aparece en las actividades prensiles y masticatorias que más tarde se convierten en la actividad de morder. Una gran proporción del potencial agresivo se fusiona con las experiencias instintivas del niño y con el patrón de sus relaciones. Es preciso que existan condiciones ambientales suficientemente buenas para que este desarrollo tenga lugar.

Cuando no se da la situación normal, sólo una pequeña proporción del potencial agresivo se fusiona con la vida erótica, y el niño se ve entonces abrumado por impulsos que carecen de sentido. Eventualmente, ellos llevan a una actitud destructiva en la relación con los objetos o, peor aún, constituyen la base de una actividad carente de sentido, como por ejemplo, una convulsión. Esta agresión no fusionada tiende a aparecer como la expectativa de un ataque. Esta es una de las formas en la que puede producirse una patología del desarrollo emocional, evidente desde una etapa muy temprana y que, con el correr del tiempo, llega a constituir un trastorno psiquiátrico que, evidentemente, puede presentar rasgos paranoides.

El potencial agresivo es sumamente variable porque depende no sólo de factores innatos, sino también del azar de un accidente ambiental; por ejemplo, algunos tipos de partos difíciles pueden afectar profundamente el estado del niño que nace, e incluso un parto normal puede presentar características que son traumáticas para la psiquis inmadura del niño, que no conoce otra defensa que la reacción y así temporariamente deja de existir por derecho propio.

Capacidad para la preocupación

Aproximadamente en la segunda mitad del primer año en la vida de un niño normal aparecen signos de una capacidad para preocuparse o para experimentar sentimientos de culpa. Tenemos aquí un estado de cosas sumamente complejo, que depende de la integración de la personalidad infantil en una unidad y de que el niño acepte su responsabilidad con respecto a la fantasía total de lo que corresponde al momento instintivo. Para este logro tan complejo, la presencia continua de la madre (o de un sustituto) constituye una precondition necesaria, y la actitud de la madre debe revelar que está dispuesta a ver y aceptar los esfuerzos inmaduros del niño por contribuir en alguna medida, es decir, por reparar, por amar en forma constructiva. Esta importante etapa del desarrollo emocional fue estudiada por Melanie Klein, en su ampliación de su teoría psicoanalítica (freudiana) a fin de incluir también los orígenes del sentimiento de culpa personal y de la necesidad de actuar en forma constructiva y de dar. En esta forma, la potencia (y la aceptación de ella) tiene una de sus raíces en el desarrollo emocional durante el primer año de vida, y también después.

Posesiones

Cuando tienen más o menos un año de vida, los niños por lo común ya han adquirido uno o varios objetos blandos: ositos, muñecas de trapo, etc., que son importantes para ellos. (Algunos varones prefieren objetos duros.) Evidentemente, estos objetos representan objetos parciales, en particular el pecho, y sólo gradualmente llegan a simbolizar a los bebés, a la madre o al padre.

Resulta interesante estudiar la forma en que el niño utiliza el primer objeto adoptado, quizás un trozo de frazada, una servilleta o un pañuelo de seda. Este objeto puede asumir una importancia vital, y ser valioso como objeto intermedio entre el self y el mundo externo. Es muy común que un niño se vaya a dormir aferrado a uno de esos objetos (que he llamado "objeto transicional"), al tiempo que se succiona el pulgar o quizás se acaricia el labio superior o la nariz. El patrón es personal en cada caso y este patrón, que se manifiesta en el momento de ir a dormir, o en momentos de soledad, tristeza, o ansiedad, puede perdurar hasta fines de la niñez

e incluso en la vida adulta. Todo esto forma parte del desarrollo emocional normal.

Tales fenómenos (que llamo transicionales) parecen constituir la base de toda la vida cultural del ser humano adulto.

Una privación severa puede provocar la pérdida de la capacidad para utilizar una técnica de eficacia ya demostrada, y el resultado es desasosiego e insomnio. Evidentemente, el pulgar dentro de la boca y la muñeca de trapo en la mano simbolizan simultáneamente una parte del self y una parte del medio.

Aquí el observador tiene oportunidad de estudiar los orígenes de la conducta afectuosa, que es importante, aunque más no sea porque la pérdida de la capacidad para ser afectuoso caracteriza al "niño privado" de más edad, que clínicamente exhibe una tendencia antisocial y es un candidato a la delincuencia.

Amor

A medida que el niño crece, el significado de la palabra "amor" se modifica, o bien incorpora nuevos elementos:

I) Amor significa existir, respirar y estar vivo, ser amado.

II) Amor significa apetito. Aquí no hay preocupación alguna, solo necesidad de satisfacción.

III) Amor significa contacto afectuoso con la madre.

IV) Amor significa integración (por parte del niño) del objeto de la experiencia instintiva con la madre total o el contacto afectuoso; dar se relaciona con tomar, etc.

V) Amor significa tener reclamos con respecto a la madre, mostrarse compulsivamente ávido, obligar a la madre a compensarlo por las privaciones (inevitables) de las que ella es responsable.

VI) Amor significa cuidar de la madre (o de un objeto sustitutivo) tal como la madre cuidó del niño, lo cual presagia ya una actitud responsable adulta.

Conclusión

Estos progresos, y muchos otros, pueden observarse durante el primer año de vida, aunque, desde luego, nada está establecido en esa época y casi todo puede perderse debido a problemas en la provisión ambiental después de esa fecha, o incluso a ansiedades inherentes a la maduración emocional.

No es extraño que el pediatra se sienta desanimado cuando intenta dominar la psicología del niño, brevemente bosquejada aquí. No obstante, no debe desesperar, pues por lo común puede dejar todo el problema en manos del niño, la madre y el padre. Pero, si se viera obligado a entrometerse en la relación madre-hijo, debe al menos tener conciencia de que es intruso y tratar de evitar toda interferencia que no sea imprescindible.

.
. .
.

Biblioteca D. Winnicott

El trastorno psiquiátrico en los términos de los procesos infantiles de maduración

Conferencia del Dorothy Head Memorial, pronunciada en la Philadelphia Psychiatric Society, Institute of the Pennsylvania Hospital, Filadelfia, en octubre de 1963.

Mi propósito es seguir la tendencia principal de la tesis general de Freud, en cuanto a que para encontrar la etiología de la psiconeurosis debemos considerar el complejo de Edipo y por lo tanto las relaciones interpersonales entre tres personas propias de la edad del deambulador. Creo totalmente en esta teoría. He trabajado sobre esta base durante cuarenta años y, como la mayoría de los psicoanalistas, pienso que la formación en la técnica psicoanalítica debe realizarse con casos susceptibles de tratamiento mediante la técnica clásica, es decir, una técnica ideada precisamente para esto: el análisis del psiconeurótico.

Como supervisores de estudiantes de psicoanálisis, logramos el mejor resultado cuando nuestro supervisado tiene un buen caso y, por cierto, un buen análisis sólo puede realizarse en un buen caso. Si el caso no es bueno (psiconeurótico), no podemos decir si el estudiante actúa bien o mal en sus esfuerzos por aprender la técnica básica de nuestro arte.

Tipos de casos accesibles

Pero todos sabemos que en la práctica, cuando ya estamos calificados como analistas, no podemos limitarnos al análisis de psiconeuróticos. Por empezar, a medida que nuestro trabajo se hace más profundo y completo, descubrimos los elementos psicóticos (¿podría emplear esta palabra?) en nuestros pacientes psiconeuróticos. Adelantándome en la exposición de mi tesis, diré que las fijaciones pregenitales de nuestros pacientes psiconeuróticos a veces hacen acto de presencia por derecho propio, no simplemente como fenómenos regresivos organizados defensivamente ante las angustias del complejo de Edipo propiamente dicho.

No siempre podemos hacer un diagnóstico correcto al principio. Algunas depresiones reactivas resultan más severas de lo que podríamos haber conjeturado; sobre todo la histeria tiende finalmente a presentar rasgos psicóticos a medida que avanza el análisis. Y está el espantajo muy real de la personalidad "como si", que yo denomino el falso self, de buena presentación ante el mundo, y que nuestro tratamiento debe atravesar para llegar al derrumbe negado. En estos casos de self falso nuestro tratamiento convierte en enfermos a personas exitosas, y a veces tenemos que dejarlas enfermas; nadie puede saber si sin nosotros no habrían empeorado, llegando tal vez a matarse, o si se habrían vuelto aún más exitosas, pero también cada vez más irreales para sí mismas. Sucede asimismo que como psicoterapeutas se nos pide que tratemos a sujetos francamente psicóticos; podemos aceptarlos como casos de investigación. Pero, ¿qué hacemos?, ¿podemos aplicar la técnica psicoanalítica?

La aplicación más amplia de la técnica psicoanalítica

Personalmente creo que podemos hacerlo, siempre y cuando aceptemos un cambio en la teoría de la etiología del trastorno. No siempre lograremos curaciones, pero en todo caso tendremos el sentimiento de estar realizando un trabajo honesto.

La profundización del trabajo interpretativo

Hay una gran complicación que debo superar para poder presentar mi modo de ver en un enunciado breve; se trata de que, utilizando la técnica clásica, conociendo cada vez más los mecanismos mentales y aplicando ese conocimiento, resulta posible profundizar el trabajo. Podría limitarme a hablar en términos simples sobre esta extensión del trabajo psicoanalítico, pero en lugar de ello deseo explicar a fondo lo que quiero decir.

En un caso psiconeurótico bien elegido, puede realizarse un psicoanálisis clásico mediante la simple interpretación de la ambivalencia, cuando y como surge en la neurosis de transferencia. (Los casos de este tipo van haciéndose infrecuentes, por lo menos en Inglaterra, porque según parece los pacientes ya han realizado este trabajo consigo mismos a través de la lectura y la absorción de la tendencia cultural general, tal como se expresa abiertamente en las novelas, obras de teatro y en la relectura moderna de los viejos maestros - Shakespeare, Leonardo da Vinci, Beethoven, etcétera, etcétera-.)

Después viene el análisis de la depresión. Al diagnosticar depresión damos por sentadas la organización y la fuerza del yo. El análisis de la depresión supone una comprensión de los mecanismos mentales de la introyección y la teoría de una realidad psíquica interna, que en la fantasía del paciente está localizada en el vientre o la cabeza, o de un modo u otro dentro del self. El objeto perdido es llevado a ese lugar interior y allí se lo somete al odio hasta que el odio se agota; la recuperación se produce espontáneamente en el duelo, y también muy a menudo en la depresión reactiva. Esta extensión de la teoría conduce en la práctica a desarrollos que se desprenden del estudio del mundo de los fenómenos internos. El fin de la depresión llega como la expulsión de una masa fecal oscura, o como la remoción quirúrgica de un tumor, o en alguna forma onírica que equivale a ellas en términos simbólicos.

La realidad psíquica personal ubicada en el interior

El análisis de la depresión y la hipocondría conduce después a una extensión basada en el estudio del funcionamiento corporal total, que incluye el de los intestinos, y la introyección y la proyección se convierten en mecanismos mentales que se originan como elaboraciones de la ingesta y la eliminación.

En este punto Freud, Abraham y Klein abrieron un mundo nuevo para la práctica analítica. La técnica del análisis no se vio afectada.

Ahora el analista no estudia solamente el odio y la agresión, sino también sus efectos en la realidad psíquica interior del paciente. Esos resultados pueden rotularse de "elementos benignos" y "persecutorios"; ellos deben ser manejados en ese mundo interior inalcanzable. De hecho la depresión anímica se convierte en un rasgo clínico indicativo de ocultamiento temporario de todos los fenómenos internos; la recuperación de la depresión pasa a ser una disipación de la niebla cuidadosamente controlada, con lo cual aquí y allí, en el mundo interior, puede permitirse sin riesgo que se encuentren y luchen los elementos benignos y persecutorios.

Los mecanismos de proyección e introyección

Entonces se abre un nuevo territorio para el trabajo interpretativo, debido al intercambio de los elementos que

se acumulan en la realidad psíquica interior y la realidad externa (o compartida). Esto constituye un aspecto importante de la relación del individuo con el mundo, y hay que aceptar que su importancia es comparable a la de las relaciones objetales basadas en el funcionamiento del ello.

Además, la alternancia clínica de la hipocondría y las ideas delirantes de factores persecutorios se vuelve manejable conceptualmente como representación de las formas introyectadas y proyectadas de una misma cosa, a saber: el intento de controlar y el fracaso en el control de los elementos persecutorios del mundo interior personal del individuo.

A partir de allí, el analista, manteniéndose dentro de la técnica clásica, descubre que puede interpretar de qué modo los factores internos benignos y persecutorios se originan, respectivamente, en los aspectos satisfactorios e insatisfactorios de las experiencias instintuales.

El relacionamiento con objetos

Del mismo modo, el analista profundiza más en sus interpretaciones de la relación del individuo con los objetos. En esa relación hay aspectos primitivos, entre los cuales se cuentan la escisión del objeto para evitar la violencia, y también la escisión de la personalidad en sí, para que acompañe a la del objeto. Asimismo, la relación a través de un impulso instintual con un objeto parcial, o con lo que sólo puede concebirse como un objeto parcial, da origen a crudos temores retaliatorios, que hacen que el individuo se repliegue de las relaciones con los objetos. Todo esto puede verse en el material analítico, especialmente cuando el paciente aborda material psicótico y es un caso fronterizo.

Es necesario tratar de que nuestra comprensión abarque todas estas cosas mediante el empleo de la técnica analítica clásica, de modo que pueda realizarse la interpretación si el paciente está maduro para interpretaciones de ese tipo.

El estado del yo del paciente

En esta etapa de mi exposición, ustedes, como clínicos, experimentarán una especie de tensión. Espero que así sea, porque puedo darles una razón para ello.

En este punto surge el interrogante de en qué estado está el yo del paciente. ¿Qué dependencia existe respecto del auxiliar del yo? ¿Cómo puede saber el analista qué grado de respuesta intelectual -más bien que de sentimiento- suscitarán las interpretaciones de este tipo en un determinado momento? Si la interpretación es incomprensible, por la razón que fuere, el paciente se siente desamparado, y tal vez atacado, destruido e incluso aniquilado.

A continuación pasaremos al estudio de la psicología del yo, a una evaluación de la estructuración del yo, de su fuerza, de su rigidez o flexibilidad, y de su dependencia.

El infante cuidado

Quizás en el análisis de los casos fronterizos podamos interpretar de un modo susceptible de considerarse cada vez más profundo, pero al hacerlo nos divorciamos cada vez más del estado de cosas del paciente cuando era infante. Pues un infante es un infante cuidado, un ser dependiente, absolutamente dependiente al principio, y no es posible hablar del infante sin hablar al mismo tiempo de la madre y del cuidado del infante.

El cuidado del infante y la salud mental

Esto conduce directamente a mi idea principal, la cual es que pienso que seguimos a Freud cuando establecemos un nexo directo entre la infancia temprana (es decir, el infante cuidado, en un estado de dependencia absoluta) y los trastornos psiquiátricos más primitivos, agrupados en la categoría de la esquizofrenia. La etiología de la esquizofrenia nos retrotrae, no al complejo de Edipo (que aún no ha sido apropiada o completamente alcanzado), sino a la relación bicorporal, la relación del infante con la madre, antes de que entrara en escena el padre o cualquier otro tercer cuerpo.

De hecho, llegamos a la vida del infante relacionado con objetos parciales, y al infante que es dependiente pero no puede saber nada de la dependencia. La salud mental del individuo en cuanto ausencia de enfermedad psicótica reposa sobre los cimientos tendidos conjuntamente por el infante y la madre en las etapas muy tempranas del crecimiento y cuidado del infante.

El yo en la infancia

¿Cuáles son las principales cosas que tienen lugar en el crecimiento emocional del infante en las primeras etapas y meses de vida (y que se consolidan en etapas posteriores)?

Tres de ellas son:

la integración,
la personalización,
la relación con objetos.

El yo del infante es muy fuerte, pero sólo gracias al yo auxiliar que le proporciona una madre suficientemente buena, capaz de dedicar su self total a adaptarse a las necesidades del infante, retirándose gradualmente de esa posición a medida que la criatura necesita que esa adaptación sea menos estrecha. Sin este yo auxiliar, el yo del infante carece de forma, es débil, se lo fragmenta con facilidad, y es incapaz de crecer siguiendo los lineamientos del proceso de la maduración.

La naturaleza del trastorno psiquiátrico

La enfermedad psiquiátrica suele ser descripta en un lenguaje que indica fracasos específicos del paciente en establecer estas y otras posiciones infantiles, las personalidades se "desintegran", los pacientes "pierden la capacidad para habitar en sus cuerpos" y para aceptar el límite de la piel; se vuelven "incapaces de relacionarse con los objetos". Se "sienten irreales" en relación con el ambiente, y también "sienten que el ambiente es irreal".

La cuestión es hasta qué punto los psiquiatras creen acertado decir que los trastornos que ellos tratan tienen que ver con fracasos relativos exactamente en los puntos en que los logros caracterizan la vida de todo infante sano.

Las fuentes de mis ideas personales

Este modo de ver el desarrollo deriva de una confluencia de varios tipos de experiencias. Por mi parte, he

tenido numerosas oportunidades de observar como pediatra a los infantes con sus madres, y me he preocupado por hacer que numerosas madres describieran la vida de sus infantes en las primeras etapas, antes de que la madre perdiera el contacto con esas cosas íntimas. (Si pudiera empezar de nuevo, trabajaría con infantes prematuros, pero esto no me ha sido posible.) Después tuve un análisis personal que me retrotrajo al territorio olvidado de mi propia infancia. A esto le siguió la formación psicoanalítica, y mis casos básicos de formación me llevaron a los mecanismos mentales de la infancia temprana tal como se desplegaban en los sueños y en los síntomas. El análisis de niños me permitió una visión infantil de la infancia.

Después pasé al análisis de pacientes que demostraban ser limítrofes, o que venían para que se encarara y modificara su parte loca. Fue el trabajo con pacientes fronterizos el que me llevó (me gustara o no) a la condición humana en sus inicios, por lo cual entiendo la vida temprana del individuo, y no los mecanismos mentales de la infancia más temprana.

Ilustración clínica

(En la sesión del lunes, anterior a la que vamos a considerar, mi joven paciente vino cargada de comestibles. Había descubierto los negocios cercanos a mi consultorio y le encantaban. Esto constituía un desarrollo natural de su descubrimiento gradual, en la relación conmigo en la transferencia, de lo que ella denominaba su voracidad. Incluso había dicho que ir a analizarse es ir a una comida. Esto tuvo una larga preparación en sus comunicaciones sobre la anorexia, que en ella alternaba con un grado extremo de libidinización de una comida realmente bien preparada y servida.)

El martes la señorita X está tendida en el diván y, como de costumbre, cubierta con una manta desde los pies hasta el cuello; echada de costado, me mira a la cara. (En su análisis yo me siento al lado, pero a la altura de los almohadones.) No ocurre nada. Ella no está ansiosa, y tampoco lo estoy yo. Hablamos algunos minutos de modo inconexo, sin desarrollar ningún tema. Al final la señorita X queda satisfecha, ha disfrutado de su sesión, y se va.

Este es un análisis con un desarrollo muy constante, y de ningún modo yo estaba a la deriva, aunque no sabía ni podía saber lo que había sucedido exactamente.

Al día siguiente, el miércoles, la señorita X se cubre como de costumbre, y esa vez habla mucho, en parte disculpándose porque no parece haber material para el análisis. Dialogamos sobre saltos ecuestres; los dos habíamos visto por televisión la misma competencia. Participo en la conversación de modo natural, sin saber lo que estaba sucediendo. Ella dice que los ingleses se limitan a dejar que salte el caballo, y cuando tienen éxito, como ocurre con frecuencia, es sólo porque el caballo es muy bueno. Por otra parte, los alemanes lo calculan todo, incluso la cantidad de pasos que tiene que dar el caballo antes de cada valla. Finalmente surge que lo que la había impresionado más en los saltos ecuestres era el entrenamiento de los animales.

Entonces aguzo mi atención, porque sé que la señorita X tiene motivos personales para interesarse en el entrenamiento, la formación de los analistas. Se trató durante varios años con uno, hasta descubrir que no tenía formación; después leyó mucho antes de arriesgarse a un segundo análisis, para el cual fui elegido. Descubrí que había leído todos mis escritos, y en cuanto optó por mí aguardó un tiempo considerable, sin dirigirse a ningún otro profesional.

Ya han transcurrido las tres cuartas partes de la sesión, y el trabajo se realiza en los últimos minutos, como sucede con frecuencia en su caso.

La paciente cuenta un sueño con un pintor sobre cuya obra me había hablado una semana antes. Sus cuadros son sin duda muy buenos, y él no ha sido aún reconocido. En el sueño, la señorita X compraba un cuadro, quizás uno de los que vio en la muestra original, pero el artista ya había pintado muchos y había cambiado. Sus primeros cuadros eran como los de un niño. Ella prefería comprar un cuadro de niño. No obstante, todos los

cuadros posteriores eran calculados y refinados; el artista ni siquiera se acordaba de los primeros, aunque ella incluso le dibujó una de esas obras.

Cuando digo que ese sueño continúa con el tema de la técnica para el salto ecuestre, y con la cuestión de la formación y la pérdida de espontaneidad, la señorita X inmediatamente ve que esto es así, lo cual le agrada. Elabora el tema. Era cuestión de que la promesa inicial y la técnica práctica generaran un producto bien terminado.

Esto nos lleva a retomar la idea completa de la sesión del día anterior, que, según ella continúa diciendo, había sido importante y sin duda crucial. Durante la noche había pensado en ella, y está recordándolo. Las cosas habían sido como sigue. En su primer análisis, ella había llegado rápidamente al punto en el que ahora se encontraba conmigo. Sin embargo, el analista anterior no dejaba que las cosas se desarrollaran. Por ejemplo, cuando ella estaba quieta, quizá le pedía que se sentara, o bien adoptaba algún otro procedimiento; entonces la señorita X perdía rápidamente contacto con los procesos que se habían puesto en marcha en ella. Le llevó algunos años de análisis reconocer que era la técnica del analista lo que no se adecuaba a su caso, y finalmente descubrió que el hombre no era un analista con formación. De haberlo sido, tampoco habría podido satisfacer sus necesidades, que eran las de una paciente psicótica (a pesar del hecho de que no está tan enferma como muchos esquizofrénicos que ella ha conocido, con los que ha vivido y a los que ha tratado de ayudar).

En la tranquila sesión del día anterior ella había alcanzado ese punto y superado una dificultad. Por una parte la habría aliviado descubrir que su análisis conmigo, que también empezó bien, igualmente fracasaría; aunque sería algo demasiado malo y terminaría en el suicidio, eso era lo que le había enseñado la experiencia, y ella podría adormecerse para no sentir el dolor que la aguardaba. Incluso podría sentirse con poder, puesto que conocía la verdad de antemano.

Pero en la sesión la paciente se dio cuenta de que el análisis no iba a fallar como antes, y de que ella avanzaría y asumiría todos los riesgos, dejando que los sentimientos se desarrollaran, quizá sufriendo profundamente. Entonces la sesión de ese martes le resultó muy satisfactoria, por lo cual se sentía agradecida.

A continuación hizo lo que hacía a veces, y que podía hacer gracias a su especial intuición: me proporcionó un indicio útil sobre el papel del analista en el tratamiento de pacientes que temen la desintegración. Señaló que tales pacientes necesitan absolutamente que el analista sea omnipotente (en esto se diferencian de los psiconeuróticos). Necesitan que el analista sepa y les diga qué es lo que temen. Ellos mismos lo saben constantemente, pero lo que importa es que lo sepa y lo diga el analista. Es probable que el paciente diga y haga cosas para que el analista pierda el rastro, poniendo a prueba su habilidad para percibir el punto principal del que se habla.

Juntos sumamos la explicación de que lo que el analista debe asumir es la omnipotencia y omnisciencia del propio paciente, para que éste pueda desmoronarse, fragmentarse aliviado y experimentar el peor grado de desintegración o sensación de aniquilamiento.

Un corolario es que el paciente esquizoide es crédulo. Puede llegar cualquier curandero, curador por la fe, analista silvestre, y le bastará decir: "Yo sé cómo es usted y puedo curarlo". El paciente lo creerá. Esta es la primera fase, y el individuo que tomó esa iniciativa puede carecer totalmente de formación, ser un necio ignorante, un charlatán. Después viene la puesta a prueba, y la desilusión y el repliegue del paciente a una nueva desesperanza, tan familiar que es casi bien acogida. Para lograr que el paciente pase a la fase siguiente, el analista debe tener formación o una teoría estructurada, una personalidad madura y una actitud estable respecto del paciente y el tratamiento. Quizás a algunos analistas no les guste este aspecto de su trabajo, porque no requiere sagacidad.

Al día siguiente, el jueves, la señorita X llegó con un cuarto de hora de retraso, algo muy raro en ella. Su transporte no la había recogido a tiempo, pero ella misma dijo que esa explicación no bastaba, porque ya antes había soñado que llegaba tarde a la sesión de ese día. Interpreté que algo había cambiado, por lo cual ella

mostraba ambivalencia en la relación conmigo y con el análisis. Lo admitió, agregando que en realidad estaba ansiosa por llegar a la consulta, porque en el análisis de los últimos días se había sentido muy contenta. Obviamente, tenía que existir algún otro factor que se oponía a su deseo de verme.

Lo que sucedió en la sesión fue un nuevo enunciado de las dificultades que nos esperaban. Encontramos que ella podía ser sumamente voraz. Examinamos el tema, e interpreté que esto significaba que en su apetito existía un elemento compulsivo. (Ya hemos trabajado sobre este punto.) La señorita X sabe que me será difícil manejar el análisis cuando ella llegue a la plena capacidad para pretenderme a mí y pretender todo lo que es mío. Aquí se introduce el robo, y recordé que el lunes se había llevado prestado un libro.

Por otro lado (y le señalé esto), el día anterior me había recompensado en el acto al proporcionarme un indicio útil sobre el papel del analista en el análisis de pacientes esquizoides.

Teníamos mucho material disponible relacionado con comerse al analista (él almacén, etcétera). Y me alegré de no haber interpretado el sadismo oral en las etapas anteriores, porque la interpretación significativa, que estaba volviéndose aceptable, apuntaba a la voracidad compulsiva de la tendencia antisocial. Esta se relaciona con la privación.

El infante dependiente

Al reformular la experiencia de la infancia encuentro que debo hablar en términos de dependencia, y de hecho ahora desconfío de todo enunciado sobre los mecanismos mentales tempranos que no tome en cuenta al infante atrapado en la conducta y la actitud de la madre.

Las tendencias heredadas

Esto me lleva a una descripción de la infancia temprana. El proceso de crecimiento es una característica del infante y constituye la suma de las tendencias heredadas, entre las cuales se cuenta el proceso de la maduración. Este proceso sólo se produce en el infante individual en la medida en que exista un ambiente facilitador. El estudio del ambiente facilitador es casi tan importante al principio como el estudio del proceso madurativo. Lo que lo caracteriza es el impulso hacia la integración, algo que va haciéndose más complejo a medida que el infante crece. La característica del ambiente facilitador es la adaptación, que al principio es casi del ciento por ciento y gradualmente va disminuyendo, en concordancia con los nuevos desarrollos del infante, que son parte del cambio gradual hacia la independencia.

Cuando el ambiente facilitador es suficientemente bueno (esto siempre significa que hay una madre que al principio se entrega por completo a la tarea del cuidado del infante, y poco a poco, solamente poco a poco, se reafirma a sí misma como persona independiente), el proceso de la maduración tiene oportunidades de desplegarse. El resultado es que la personalidad del infante logra algún grado de integración, primero bajo la protección del yo auxiliar (la adaptación de la madre) y con el tiempo como un logro que se sostiene por sí mismo.

Ya hemos dicho que en el curso de esas primeras semanas, meses o años, el infante también adquiere capacidad para relacionarse con objetos, pasa a habitar su propio cuerpo y su propio funcionamiento corporal, experimenta un sentimiento de "yo soy", y se prepara para enfrentar a todo lo que llegue.

Estos desarrollos del individuo, basados en los procesos de la maduración, constituyen la salud mental. Para comprender el trastorno de la personalidad de tipo esquizoide, lo que debemos buscar es lo opuesto o inverso de esos procesos.

Modificaciones de la técnica

Lo importante que me queda por describir es la modificación de la técnica, necesaria cuando tratamos un caso fronterizo. La base del tratamiento es la técnica clásica, pero la piedra angular de la técnica modificada está constituida por cosas que en el psicoanálisis del psiconeurótico se pasan por alto porque se dan por sentado.

En el psicoanálisis se da por sentado el encuadre. El analista se comporta correctamente, se entrega a los intereses del paciente en el transcurso de la sesión analítica, ignora todo lo que no sean esos puntos esenciales representados por los detalles de la neurosis de transferencia. Cree en el paciente y, cuando hay engaños, cree en la motivación del paciente para engañar al analista.

Cuando el paciente psiconeurótico se refiere a estas cuestiones sabemos que está hallando en el encuadre analítico elementos confiables que ya han sido experimentados en el pasado. Gracias a su experiencia, el psiconeurótico tiene capacidad para creer en el análisis y su desconfianza se debe a la ambivalencia.

Lo que hemos dicho de los psiconeuróticos vale también respecto de los depresivos, salvo en la medida en que éstos tengan características esquizoides.

Cuando un psicoanalista trabaja con personas esquizoides (llamando o no "psicoanálisis" a lo que hace) la interpretación perspicaz tiene menos importancia, y el mantenimiento de un encuadre adaptativo para el yo es esencial. La confiabilidad del encuadre es una experiencia primaria, no algo recordado y revalidado con la técnica del analista.

Los riesgos de la dependencia

En la relación analítica, la dependencia toma una forma exactamente igual a la de la dependencia del infante en la relación infante-madre, con la salvedad de que es posible que al paciente le lleve mucho tiempo llegar a ella, debido a todas las pruebas que tiene que hacer para que sus experiencias anteriores dejen de preocuparlo. Puede comprenderse muy bien que al paciente le resulte muy penoso ser dependiente, a menos que se trate realmente de un infante, y los riesgos que hay que asumir en una regresión a la dependencia son por cierto muy grandes. No consisten tanto en que el analista muera como en que de pronto deje de ser capaz de creer en la realidad y la intensidad de la angustia primitiva del paciente, un miedo a la desintegración, a la aniquilación o a la caída perpetua.

La función de sostén

Verán que el analista sostiene al paciente, lo cual suele tomarla forma de la comunicación con palabras, en el momento oportuno, de algo que demuestra que el analista conoce y comprende la angustia más profunda que el paciente experimenta o espera experimentar. A veces el sostén debe darse en forma física, pero pienso que esto sólo se debe a que hay algún retraso en la comprensión que el analista puede utilizar para verbalizar lo que sucede.

A veces uno alza y pasea a una criatura que tiene, por ejemplo, dolor de oídos. Las palabras de consuelo son inútiles. Es probable que en ciertos momentos el paciente psicótico también necesite sostén físico, pero en última instancia lo que verdaderamente hace falta es comprensión y empatía.

Técnicas comparadas

Con el caso psiconeurótico, el analista debe interpretar el amor y el odio tal como aparecen en la neurosis de transferencia, y esto significa retrotraer a la niñez lo que sucede en el presente. Tiene que ver con la relación del paciente con los objetos.

Con el caso depresivo, el analista debe sobrevivir a la agresión que acompaña al amor. La depresión reactiva se parece mucho a la psiconeurosis y requiere la interpretación de la transferencia. Pero en la depresión es necesaria la supervivencia del analista, que le da tiempo al paciente para reunir los elementos de su propia realidad interior de modo tal que también sobrevive su analista interno. Esta es una tarea que puede realizarse, pues la depresión supone fuerza del yo; nuestro diagnóstico de la depresión implica que pensamos que el paciente puede manejar la culpa y la ambivalencia, y aceptar los impulsos agresivos personales, sin una quiebra de la personalidad, si se le da tiempo.

En el tratamiento de las personas esquizoides, el analista debe tener la interpretación posible del material presentado, pero no dejarse desviar hacia el trabajo interpretativo, inapropiado en este caso, porque lo que se necesita principalmente es un yo auxiliar, o un sostén, sin discriminaciones sutiles. Este "sostén", lo mismo que la tarea de la madre en el cuidado del infante, reconoce tácitamente la tendencia del sujeto a desintegrarse, a dejar de existir, a la caída interminable.

La adaptación y la satisfacción de los impulsos del ello

La idea (que tienen algunos analistas) de que la expresión "adaptación a la necesidad" en el tratamiento de los pacientes esquizoides y en el cuidado del infante significa satisfacer los impulsos del ello, constituye una fuente de equívocos. En este encuadre no se trata de satisfacer o frustrar los impulsos del ello. Ocurren cosas más importantes, como brindar el respaldo de un yo auxiliar a los procesos del yo. Sólo en condiciones de adecuación del yo los impulsos del ello, satisfechos o frustrados, se convierten en experiencias del individuo.

Resumen

Los procesos que constituyen la enfermedad mental esquizofrénica son los mismos procesos de la maduración infantil temprana, pero invertidos.

Biblioteca D. Winnicott

¿Las escuelas progresivas dan demasiada libertad al niño?

1965

Contribución a una conferencia sobre "El futuro de la educación progresiva", celebrada en Dartington may los días 12, 13 y 14 de abril de 1965

En este trabajo me veo obligado a abordar el tema que me ha sido asignado desde el punto de vista teórico, pues no poseo una experiencia directa de las escuelas progresivas ni como alumno ni como docente.

Mi especialidad es la psiquiatría del niño basada en el psicoanálisis. Por consiguiente, debo examinar el tema de las escuelas progresivas teniendo en cuenta el trabajo que he llevado a cabo con un sinnúmero de niños enfermos y, a veces, con sus progenitores enfermos.

Diagnóstico

Toda atención médica basa su acción en el diagnóstico. Esta es una verdad indudable tanto en la psiquiatría general como en la psiquiatría del niño. En ambas el diagnóstico individual del paciente va acompañado de un diagnóstico social.

En este trabajo, que someto a la consideración de ustedes, sostengo la tesis de que nada puede decirse con respecto a la Educación Progresiva sin basarse en un diagnóstico bien fundado.

Se podrá decir, quizá, que la educación propiamente dicha consiste en enseñarle al niño a leer, escribir y hacer cálculos, presentarle los principios de la física o exponerle los hechos de la historia, si bien aun dentro de este campo limitado el maestro debe aprender a conocer al alumno. La educación especial, sea cual fuere, es otra cosa. La finalidad de las escuelas progresivas trasciende la enseñanza común y corriente y entra en el campo más amplio de las necesidades individuales. Por lo tanto, se admitirá fácilmente que quienes tratan el tema de las escuelas progresivas se interesan forzosamente por estudiar la índole de cada alumno.

Empero, no podemos presumir que un pedagogo disponga de una base teórica para establecer diagnósticos, y es aquí, tal vez, donde el psiquiatra de niños puede prestarle ayuda.

Por si hiciera falta un ejemplo, tomaré como caso ilustrativo otro problema: el del castigo corporal. A menudo oímos hablar de los aspectos beneficiosos o perjudiciales del castigo corporal, o leemos acerca de ellos, y sabemos que su discusión seguirá siendo irremediablemente inútil, porque nadie trata de clasificar a los niños por el estado de crecimiento emocional en que se encuentran. Tomemos dos casos extremos: en una escuela para niños normales, provenientes de hogares normales, la cuestión de los castigos corporales se considerará, quizá, junto con otros temas de mediana importancia; en cambio, en una escuela para niños con trastornos de conducta, muchos de ellos provenientes de hogares deshechos, el castigo corporal debe encararse como una cuestión de vital importancia y, en verdad, como una técnica de manejo siempre nociva para el alumno.

Sin embargo -y esto es bastante curioso- en ocasiones una comisión directiva puede prohibir, por mandato, la aplicación de castigos corporales como parte del método de manejo del primer grupo de niños, pero en el segundo grupo tal vez haya que mantenerla como una posibilidad, como un recurso que se podría emplear si las circunstancias parecieran justificarlo (en otras palabras, no se lo prohíbe por mandato de una comisión directiva).

Este es un problema relativamente simple, comparado con el amplio tema de las escuelas progresivas y el lugar que ocupan en la comunidad, pero quizá podamos utilizar la analogía en la introducción. Será preciso ir paso a paso, partiendo de la premisa de que el niño es físicamente sano.

Clasificación A

Niño normal (desde el punto de vista psiquiátrico). Niño anormal (desde el punto de vista psiquiátrico). ¿Qué se entiende por normal?

La cuestión de la normalidad o buena salud ha sido tratada por muchos autores, entre quienes me incluyo. El hecho de que un niño sea sano o normal no implica que esté libre de síntomas, sino que la estructura de su personalidad presenta unas defensas organizadas de manera satisfactoria, pero sin rigidez. Las defensas rígidas traban el crecimiento ulterior del niño y perturban su contacto con el ambiente.

Las señales positivas de buena salud psíquica son la continuidad del proceso de crecimiento y el cambio emocional efectivo orientado hacia el desarrollo, entendiéndose por tal: el desarrollo hacia la integración; el desarrollo de la dependencia a la independencia; el desarrollo de los instintos.

A lo que debemos agregar:
el desarrollo en cuanto a la riqueza de la personalidad.

El hecho de que el desarrollo se produzca a un ritmo constante es otra señal positiva. (Es difícil evaluar la salud en función de la conducta.) Ahora es cuando debe entrar en juego el diagnóstico social:

Hogar intacto y en funcionamiento. Hogar intacto con funcionamiento deficiente. Hogar deshecho. Hogar no establecido.

y también:

Hogar bien integrado a un grupo social

Reducido
Amplio

Hogar en proceso de establecerse dentro de la sociedad.

Hogar retraído de la sociedad.

Hogar excluido de la sociedad por decisión de ésta.

Tal vez se admitirá que en una comunidad la mayoría de los niños son:

Sanos y su vida tiene por base una familia intacta, integrada a un grupo social (si bien este grupo puede ser reducido o aun presentar algún aspecto patológico).

Las escuelas destinadas a estos niños se evaluarán por su capacidad para facilitar:

En lo personal, el enriquecimiento de la personalidad.

En lo familiar, la integración del hogar a la vida escolar. En lo social, el entrelazamiento inicial con el grupo social al que pertenece la familia, así como la posible ampliación del grupo social al que pertenezca, como individuo, el niño o adolescente que está creciendo para convertirse en un adulto independiente.

Hay que tener en cuenta la existencia de un porcentaje de niños que pueden calificarse de normales o sanos, pese a que provienen de familias deshechas o con conexiones sociales "difíciles". La categoría de niños sanos incluye, asimismo, a aquellos que son enfermos en el sentido de que padecen de:

Psiconeurosis. Trastornos anímicos. Interacción psicósomática patológica. Personalidad con estructura esquizoide. Esquizofrenia.

La mayoría de estos niños pueden considerarse normales o sanos si pertenecen a familias intactas y socialmente integradas; se los puede tratar mediante el manejo o la psicoterapia en el medio hogareño-escolar. Las dificultades que presentan se cuentan entre las corrientes que surgen, en cada año lectivo, en la comunicación entre el hogar y la escuela, pudiendo clasificarse junto con las enfermedades infecciosas habituales en la primavera, las apendicitis agudas y otros casos de emergencia, o las fracturas propias de la práctica deportiva.

Es obvio que cuando alcanzan un grado extremo, estas enfermedades pueden influir en la elección del tipo de escuela.

Diagnóstico de depravación

Hay una forma de clasificación que tiene importancia vital para quienes abordan la cuestión pensando en los sistemas educacionales y que, sin embargo, no siempre ocupa el lugar debido. Implica un corte transversal de la clasificación por tipo de organización defensiva neurótica o psicótica y, en un extremo, incluye hasta a algunos niños potencialmente normales. Tal clasificación se basa en la privación.

El niño privado (ya sea en forma total o relativa) ha tenido un suministro ambiental

suficientemente bueno que posibilitó la continuidad de su existencia como persona diferenciada. Luego se vio privado de él, en un estadio de su desarrollo emocional en el que ya podía sentir y percibir el proceso. Este niño queda atrapado entre las garras de su propia privación (advírtase que no me refiero a una privación), y a partir de entonces debe hacerse que el mundo reconozca y repare el daño; pero como gran parte del proceso se desarrolla en el inconsciente, el mundo fracasa en su intento... o paga caro su éxito.

Calificamos a estos niños de inadaptados y decimos que son presa de la tendencia antisocial. El cuadro clínico se observa en:

- a) El robo (la mentira, etc.) y el hecho de aventurarse a plantear reclamos.
- b) La destrucción, en un intento de forzar al ambiente a reconstruir el marco de referencia cuya pérdida privó al niño de su espontaneidad, por cuanto ésta sólo tiene sentido en un medio controlado. El contenido no tiene significado sin una forma.

El diagnóstico así establecido tiene máxima importancia cuando se discute el lugar que ocupan las escuelas progresivas.

Puede decirse que un grupo de niños privados

- 1) necesita una escuela progresiva; y, al mismo tiempo,
- 2) muy probablemente acabará con ella.

En otras palabras, los partidarios de las escuelas progresivas afrontan el siguiente desafío: estas escuelas tenderían a ser utilizadas por personas que procuran colocar a niños privados. Toda idea de suministrar oportunidades de aprendizaje creativo, o sea, de impartir una mejor educación a niños normales, quedará viciada por el hecho de que un alto porcentaje de los alumnos serán incapaces de ponerse a aprender porque estarán ocupados en otra tarea más importante, como lo es descubrir y afirmar por sí mismos su propia identidad, resurgiendo así del estado de pérdida del sentido de identidad que acompaña la privación.

Con frecuencia un buen resultado no debe medirse en términos académicos; quizá lo único que hizo la escuela fue retener a un alumno (o sea, no expulsarlo) hasta que llegó el momento de transferirlo a un ámbito de vida más amplio.

De este modo, en algunos casos la escuela habrá logrado curar (o casi- curar) a un niño privado que se obstinaba compulsivamente en ser antisocial. Junto a estos logros habrá, por fuerza, algunos fracasos atormentadores que llenarán de pesadumbre al personal de la escuela, por cuanto ha tenido ocasión de ver el lado bueno de la naturaleza del niño, así como su lado malo (conducta antisocial compulsiva), en sus manifestaciones máximas.

Considero importante describir con la mayor claridad posible este aspecto de la labor que realiza la escuela progresiva. De otro modo sus responsables se desalentarán y, si eso ocurre, es probable que su escuela cambie gradualmente hasta convertirse en una escuela corriente, adecuada para educar a niños sanos provenientes de familias intactas pero que habrá dejado de ser progresiva.

Notas tomadas en el tren

[Después de la conferencia en Dartington Hall, abril de 1965]

Primera parte

La calificación de ESCUELAS PROGRESIVAS es un rótulo legítimo que implica:

- 1) "Tender hacia adelante" [forward-reaching].
- 2) Operar a partir de un elemento creativo, y acaso rebelde, que forme parte de la índole de una persona. Esto significa que la aceptación general socava la motivación. La torpeza de los individuos puede ocasionar un derroche de energías, pero la ventaja debe medirse en términos de originalidad, experimentación, tolerancia del fracaso y liderazgo.

"Tender hacia adelante" significa:

- a) Tener una base firme en cuanto a la conciencia de lo actual en términos del aquí y ahora.
- b) Añadir a esta actualidad (a este aquí y ahora efectivos) un avance firme y constante. (La determinación de los principios ya ganados debe quedar a cargo de la escuela, pero el rebelde creativo puede encargarse de vigilar su propia conducta al acecho de posibles reincidencias.)
- c) El significado de la palabra avance depende en parte de: 1) el aquí y ahora efectivos; 2) el temperamento del pionero.

Para el movimiento "progresivo", el "avance" podría tener que ver con los siguientes factores:

Positivos

A. La dignidad del individuo por derecho propio y como base de la dignidad social.

B. Una teoría del desarrollo emocional individual que tenga en cuenta:

- 1) el potencial heredado;
- 2) el proceso de maduración (heredado);
- 3) el hecho de que el desarrollo del proceso de maduración depende de la existencia de un ambiente que lo facilite;
- 4) la evolución DE LA DEPENDENCIA A LA INDEPENDENCIA, combinada con la evolución del ambiente, que primero se adapta y luego falla en su intento de seguir adaptándose (cambio graduado).

C. Una teoría de las fallas humanas (en personalidad, carácter o conducta) que tenga en cuenta:

- 1) las anormalidades del ambiente; y
- 2) las dificultades inherentes al crecimiento humano, al establecimiento del self, y a la autoexpresión.

Corolario: suministrar los medios necesarios para aplicar la psicoterapia individual.

D. Una teoría que repare en la importancia de la vida instintiva y reconozca no sólo lo que no es consciente, sino también lo reprimido, pues la represión es una defensa que absorbe energías.

E. Una teoría que encare la sociedad desde el punto de vista de:

- 1) su historia, su pasado y su futuro;
- 2) la contribución del individuo (por intermedio de la unidad familiar) a las agrupaciones y funcionamiento sociales.

Negativos

Desagrado y recelo hacia el adoctrinamiento, entendiéndose por tal:

- 1) la propaganda flagrante; o bien,
- 2) la enseñanza desvinculada del aprendizaje creativo; o bien,
- 3) las técnicas propagandísticas sutiles (que influyen en la conducta, las ideas políticas, las creencias religiosas, los principios morales y las actitudes en general).

Cuestiones prácticas (Suministro de oportunidades)

medio rural,
equipamiento,
contacto con la industria local,
para la prestación de servicios locales, etc.

Los padres compartirán la responsabilidad con vistas a una actitud general.

Su participación será relativamente directa (participación indirecta en el sistema escolar público, ya sea por la vía política o por intermedio del Departamento de Educación y los Centros de Formación Docente).

Problemas

- 1) Cómo enseñar mejor basándose en la capacidad de aprendizaje del individuo.
- 2) Cómo combinar: a) la libertad dada al individuo, con b) los controles necesarios para que el individuo no establezca sistemas superyoicos internos (inconscientes) burdos y primitivos, o aun sádicos.
- 3) Cómo evaluar los fracasos y sacar provecho de ellos (son un elemento esencial del experimento).

¿Cómo podemos evitar que un pionero se vuelva censurador y obstruccionista?

Interrogantes

- 1) ¿El rótulo de "progresiva" está vinculado en forma absoluta con la coeducación, como lo está con la rebelión frente al adoctrinamiento? (Yo diría que no.)
- 2) ¿El rótulo de "progresiva" está ligado a la intolerancia del odio, al afrontamiento del odio, al control que hace frente a la agresión, a la intolerancia de la competencia (como eufemismo de "guerra")?
- 3) El intento de abarcarlo todo que caracteriza a algunas escuelas progresivas, ¿encierra una huida de la fantasía, en el sentido de que no tienen en cuenta la realidad psíquica interna del individuo? (El individuo retraído, rodeado de un medio inculto, puede tener una experiencia personal más plena que algunos individuos que participan en una situación [extravertida] que presenta un funcionamiento más rico.) Diría que la respuesta es: "En la mayoría de los casos, no, pero posiblemente sea así en algunos".

Segunda parte

Desarrollo del tema del control

Axioma: No conviene hablar del control, salvo un comentario sobre el diagnóstico del niño o el adulto que puede quedar bajo control (cf. el párrafo pertinente en mi trabajo para la conferencia).

La madurez (relativa) del individuo, tal como se detecta en la historia y la calidad de su relación con el objeto de amor primario que él ha establecido, será un factor importante cuando se considere la cuestión del diagnóstico de las personas bajo control. Sugiero que la siguiente especulación podría resultar provechosa:

¿Qué puede hacer un ser humano con un objeto? Al principio la relación es con un objeto subjetivo. Sujeto y objeto se separan y apartan poco a poco; luego aparece la relación con el objeto percibido de manera objetiva. El sujeto destruye al objeto.

Este proceso se divide en tres fases: 1) el sujeto conserva al objeto; 2) el sujeto usa al objeto; 3) el sujeto destruye al objeto.

1) Esta es la idealización.

2) Uso del objeto: es una idea compleja y sofisticada, un logro del crecimiento emocional sano que sólo se alcanza con el tiempo y la buena salud.

Entre tanto, adviene:

3) que aparece clínicamente como un rebajamiento del objeto desde la perfección hacia algún tipo de maldad. (Se lo denigra, ensucia, desgarrar, etc.) Esto protege al objeto, porque sólo el objeto perfecto es digno de ser destruido. Esto no es una idealización, sino una denigración.

A medida que el individuo crece, la destrucción puede ser representada adecuadamente en la fantasía (inconsciente), que es una elaboración del funcionamiento corporal y de todo tipo de experiencias instintivas.

Este aspecto del crecimiento posibilita al individuo preocuparse por la destrucción que acompaña la relación de objeto y experimentar un sentimiento de culpa por las ideas destructivas que acompañan al acto de amar. Basándose en esto, el individuo descubre la motivación del esfuerzo constructivo, el dar y el remediar (lo que Klein llamó la reparación y la restitución).

En este caso, el problema práctico deriva de la distinción entre:

1) deteriorar el objeto bueno para hacerlo menos bueno y, por ende, menos sujeto a ataques; y,

2) la destrucción que está en la raíz de la relación de objeto y que (cuando el individuo es sano) es encauzada hacia la destrucción que acontece en lo inconsciente, en la realidad psíquica interior del individuo, en su vida onírica, sus actividades lúdicas y su expresión creativa.

Esta última clase de destrucción no necesita ser controlada. Lo que hace falta, en este caso, es suministrar las condiciones que posibiliten el constante crecimiento emocional del individuo, desde su más temprana infancia hasta que, en su búsqueda de una solución personal, pueda disponer de las complejidades de la fantasía y el desplazamiento.

En cambio, las acciones compulsivas de denigrar, ensuciar y destruir -que corresponden a la destrucción que está en la raíz de la relación de objeto- implican una alteración del objeto con la intención de hacerlo menos excitante y menos digno de ser destruido. Estas acciones requieren la atención de la sociedad. Por ejemplo, la persona antisocial que entra en una galería de arte y tajea un cuadro de un gran maestro antiguo no actúa impelida por el amor a ese cuadro ni, en realidad, es tan destructiva como el amante del arte que preserva el cuadro, lo usa plenamente y lo destruye una y otra vez en sus fantasías inconscientes. No obstante, el primero ha cometido un acto de vandalismo aislado que afecta a la sociedad, obligándola a protegerse. Este ejemplo casi obvio sirve, quizá, para demostrar que existe una gran diferencia entre la destructividad inherente a la relación de objeto y la destructividad derivada de la inmadurez de un individuo.

Del mismo modo, la conducta heterosexual compulsiva tiene una etiología compleja y no se asemeja ni de lejos a la capacidad de un hombre y una mujer de amarse sexualmente, cuando han decidido fundar un hogar para su eventual prole. El primer caso incluye el elemento de deteriorar lo perfecto, o de ser deteriorado y perder la cualidad de perfecto, en un esfuerzo por reducir la angustia.

En el segundo caso, dos personas relativamente maduras han hecho frente a la destrucción, la preocupación y el sentimiento de culpa que llevan dentro, y han quedado en libertad de programar el uso constructivo del sexo, sin negar por ello los elementos en bruto que rodean la fantasía del acto sexual total.

Uno descubre sorprendido cuán poco saben el amante romántico y el adolescente heterosexual acerca de la fantasía del acto sexual total, consciente e inconsciente, con su rivalidad, su crueldad, sus elementos pregenitales de destrucción cruda y sus peligros.

Quienes enarbolan la bandera de la educación progresiva tienen que estudiar estas cuestiones. De lo contrario, caerán con excesiva facilidad en el error de confundir la heterosexualidad con la buena salud, y aquélla les parecerá conveniente cuando la violencia no asoma o se muestra tan sólo como el pacifismo irracional y reactivo de los adolescentes, que tiene poco que ver con las crudas realidades del mundo actual en el que, algún día, esos adolescentes entrarán como adultos competitivos..



Biblioteca D. Winnicott

La contribución del psicoanálisis a la obstetricia

(1957)

Debe recordarse que la habilidad de la partera, basada en un conocimiento científico de los fenómenos físicos, es lo que hace que sus pacientes puedan confiar en ella de acuerdo con sus necesidades. Si no posee esa idoneidad básica en el terreno físico, será inútil que estudie psicología, ya que su comprensión psicológica nunca podrá indicarle qué debe hacer cuando una placenta previa complica el proceso del parto. En cambio, si cuenta ya con los conocimientos y la práctica necesarios, no cabe duda de que la partera puede aumentar enormemente su eficacia si; además, logra comprender a su paciente como ser humano.

El papel del psicoanálisis

¿De qué manera interviene el psicoanálisis en el campo de la obstetricia? En primer lugar, estudio de los seres humanos a través de su detallado y cuidadoso realizado en el curso de prolongados y difíciles tratamientos. El psicoanálisis está comenzando a esclarecer anomalías de todo tipo como la menorragia, los abortos repetidos, los malestares matutinos, la inercia uterina primaria, así como también muchos otros estados físicos que pueden a veces deberse en parte, a algún conflicto en la vida emocional inconsciente de la paciente. Existe abundante literatura acerca de estos trastornos psicósomáticos, pero es otro aspecto de la contribución psicoanalítica el que me interesa tratar aquí: en términos generales, me propongo señalar la acción que ejercen las teorías psicoanalíticas sobre las relaciones existentes entre el médico, la enfermera, y la paciente, dentro de la situación del parto.

El psicoanálisis ya ha provocado un cambio trascendental de enfoque el cual se revela en la actitud de las parteras de hoy en comparación con las de hace veinte años. Ahora se acepta que la partera desee enriquecer su experiencia básica esencial con cierta evaluación de la paciente como persona; una persona que en algún momento nació, fue una criatura, jugó al papá y a la mamá, se asustó ante los cambios que aparecen con la pubertad, hizo experiencias con sus nuevos impulsos adolescentes, dio el gran salto y se casó (aunque no siempre), y, sea intencional o accidentalmente, quedó embarazada.

Si la paciente ha sido hospitalizada, experimenta cierta inquietud con respecto al hogar al que deberá reintegrarse y, de cualquier manera, existe el cambio que la llegada del niño introducirá en su vida personal, en su relación con el marido, con sus padres y con sus suegros. Asimismo, a menudo es dable esperar que surjan complicaciones en su relación con lo:, otros hijos, y en los sentimientos que éstos experimentan entre sí.

Si todos actuamos en calidad de personas en nuestro trabajo, éste se convierte entonces en algo mucho más interesante y gratificador. En esta situación específica, debemos tomar en cuenta a cuatro personas y cuatro puntos de vista distintos. Primero, la mujer, que se encuentra en un estado muy particular bastante parecido al de una enfermedad, pero con la diferencia de que es normal. El padre, en cierta medida, comparte este estado, y si se excluye, experimentará una sensación de desamparo. El niño ya es una persona en el momento de nacer, y, desde su punto de vista, existe una enorme diferencia entre un manejo adecuado y uno inadecuado en ese

momento. Y luego tenemos a la partera, quien no sólo es una técnica, sino también un ser humano, que tiene distintos sentimientos y estados de ánimos, excitaciones y desengaños. Quizás le habría gustado ser la madre, o el bebé, o el padre, o sucesivamente todos ellos; por lo común, se alegra de ser la partera, y algunas veces esto mismo la hace sentirse algo frustrada.

Un proceso esencialmente natural

Todo esto se relaciona con una noción muy general, a saber, que hay procesos naturales subyacentes a todo lo que tiene lugar en el momento del parto, y que nuestro desempeño como médicos y enfermeras sólo es eficaz cuando respetamos estos procesos naturales y cooperamos con ellos.

Las madres tuvieron hijos durante miles y miles de años antes de que aparecieran las parteras, y no sería raro que, inicialmente, la función de éstas haya estado vinculada a la superstición. La manera moderna de manejar la superstición consiste en adoptar una actitud científica, dado que la ciencia está basada en la observación objetiva. El adiestramiento moderno, basado en la ciencia, prepara a la partera a fin de que evite las prácticas supersticiosas. Y ¿qué decir de los padres? Éstos tenían una función específica antes de que entraran a escena los médicos y las organizaciones estatales que se ocupan del bienestar social: no sólo compartían los sentimientos de sus mujeres, y padecían idéntica zozobra, sino que también se hacían cargo de toda la parte activa, evitando todos los obstáculos externos e impredecibles, de modo que la madre pudiera concentrarse en una sola tarea, cuidar del bebé que estaba dentro de su cuerpo o entre sus brazos.

El cambio en la actitud frente al bebé

Se ha producido un cambio en la actitud con respecto al bebé. Supongo que, a lo largo de los siglos, los padres siempre partieron del supuesto de el bebé era una persona, y vieron en él mucho más de lo que en realidad había: lo consideraron un hombrecito o una mujercita. Inicialmente, la ciencia rechazó este criterio y señaló que el bebé no es un adulto en miniatura; así, durante largo tiempo, los observadores objetivos consideraron que los niños prácticamente no eran seres humanos hasta que comenzaban a hablar. Recientemente, sin embargo, se comprobó que los bebés son efectivamente humanos, si bien lógicamente infantiles. El psicoanálisis ha demostrado gradualmente que incluso el proceso del parto ejerce influencia sobre el niño, y que, desde el punto de vista de este último, el parto puede ser normal o anormal. Posiblemente cada uno de los detalles del nacimiento (tal como fueron vividos por el bebé) se registran en su mente, y esto por lo común se manifiesta en el placer que obtiene la gente de todos aquellos juegos que simbolizan los diversos fenómenos que experimenta el bebé: voltearse, caer, las sensaciones correspondientes al cambio que significa el pasaje que va desde estar sumergido en un elemento líquido a estar en un lugar seco, pasar de una temperatura a otra, de que se lo provea de todo a través de un tubo a verse obligado a emplear su esfuerzo personal para obtener aire y alimento.

La madre sana

Una de las dificultades que surgen con respecto a la actitud de la partera frente a la madre está vinculada al problema del diagnóstico. (No me refiero aquí al diagnóstico del estado físico, el cual debe dejarse en manos de la enfermera y el médico, ni al de la anormalidad corporal; me refiero a lo sano y lo malsano en el sentido psiquiátrico.) Comencemos por examinar el aspecto normal del problema.

En el extremo sano, la paciente no es una paciente, sino una persona completamente sana y madura, capaz de tomar sus propias decisiones sobre problemas importantes, y tal vez más madura que la partera que la atiende. Se encuentra en una situación de dependencia debido a su embarazo. Se pone temporariamente en manos de la

nurse y, el hecho de que pueda hacerlo constituye, en sí mismo, un signo de salud y madurez. En este caso, la nurse respeta la independencia de la madre durante el mayor tiempo posible, e incluso durante el trabajo de parto si este es fácil y normal. Del mismo modo, acepta la dependencia total de muchas madres que sólo pueden pasar por la experiencia del parto si se ponen en manos de la persona que se ocupa de ella.

Relación entre la madre, el médico y la nurse

Sugiero que, precisamente porque la madre sana es madura o adulta, no puede ponerse en manos de una nurse y un médico a quienes desconoce. Es necesario que en primer lugar los conozca, y esto es lo más importante durante el período que precede al parto. O bien la madre confía en ellos, en cuyo caso podrá perdonarlos aun cuando cometieran algún error, o bien no les tiene confianza, y entonces toda la experiencia pierde valor para ella; tiene miedo de ponerse en sus manos y trata de arreglarse por sí sola, o comienza a experimentar temores con respecto a su estado. Por último, los hará responsables de cualquier cosa que salga mal, sean culpables de lo sucedido o no. Y se justifica que reaccione en esta forma, si ellos no le dieron a la madre la oportunidad de conocerlos.

Considero que lo más importante es que la madre, el médico y la nurse lleguen a conocerse entre sí y mantengan un contacto permanente, de ser posible, durante todo el embarazo. Si esto no fuera factible, por lo menos debe existir un contacto bien definido con la persona que se hará cargo del parto mismo, y que debe comenzar bastante tiempo antes de la fecha en que se calcula nacerá el bebé.

Una organización hospitalaria que no permite que una mujer sepa por anticipado quiénes serán su médico y su nurse es absolutamente ineficaz, aun cuando se trate de la clínica más moderna, mejor equipada, más aséptica y lujosa del país. Esta es la razón por la cual muchas madres prefieren tener el bebé en su casa atendidas por el médico de la familia, y recurren a los hospitales sólo en los casos de emergencia. Personalmente, opino que debemos patrocinar de todo corazón a aquellas madres que prefieren permanecer en sus casas, y que sería nefasto que, en el intento de proporcionar un cuidado físico ideal, llegara una época en que el parto en la propia casa resultara impracticable.

Es necesario que la persona a quien la madre ha otorgado su confianza le ofrezca una explicación detallada de todo el proceso del parto, lo cual contribuirá en gran medida a disipar los efectos de cualquier información atemorizante e incorrecta que pueda haber recibido con anterioridad. La mujer sana es quien más necesita esta explicación y quien podrá sacar más provecho del conocimiento de la verdad.

Acaso no es cierto que cuando una mujer sana y madura, que tiene una buena relación con su esposo y con su familia, llega al momento del parto, necesita contar con toda la destreza que la nurse ha adquirido? Necesita la presencia de la nurse, su capacidad para ayudar en la forma adecuada y en el momento preciso, en el caso de que algo anduviera mal. Pero, de cualquier manera, está a merced de fuerzas naturales y de un proceso que es tan automático como la ingestión, la digestión y la eliminación, y cuanto más pueda dejar obrar a la naturaleza en todo este proceso, tanto mejor será para la mujer y el bebé.

Una de mis pacientes, que tuvo dos hijos y que en la actualidad aparentemente está logrando salir con éxito de un difícil tratamiento en el que ella misma tuvo que comenzar desde el principio, a fin de liberarse de las influencias que una madre muy difícil ejerció sobre su temprano desarrollo, escribió lo siguiente: "... incluso suponiendo que la mujer sea emocionalmente madura, todo el proceso del parto destruye tantos controles que una necesita todo el cuidado, la consideración, el aliento y la confianza de la persona en cuyas manos está, tal como el niño necesita una madre que lo ayude a pasar por cada una de las experiencias nuevas y decisivas que encuentra en el curso de su desarrollo".

No obstante, en lo que respecta al proceso natural del parto, hay algo que rara vez puede olvidarse, esto es, el hecho de que el bebé tiene una cabeza desmesuradamente grande.

La madre que no es sana

En contraste con la mujer sana que se pone en manos de la partera, existe también la mujer enferma, esto es, emocionalmente inmadura, o que no ha podido asumir el papel que la mujer desempeña en la ópera bufa de la naturaleza, o que tal vez se siente deprimida, ansiosa, desconfiada o simplemente confusa. En tales casos, la nurse debe estar en condiciones de hacer un diagnóstico, y éste es otro de los motivos por los cuales necesita conocer a su paciente antes de entrar en ese período especial y molesto que pertenece a la fase final del embarazo. La partera indudablemente necesita de un adiestramiento especial en el diagnóstico de adultos psiquiátricamente enfermos, a fin de estar en condiciones de tratar como sanos a quienes lo son realmente. Desde luego, la madre inmadura o con otro tipo de conflictos, necesita un tipo especial de ayuda de la persona que se ha hecho cargo de su caso: allí donde la mujer normal sólo necesita instrucción, la enferma necesita reaseguramiento. La madre enferma puede poner a prueba la tolerancia de la nurse y convertirse así en un verdadero tormento, y, en ocasiones, tal vez haga falta imponerle alguna restricción, si llegara a adoptar una actitud maníaca. Pero aquí lo importante es el sentido común, la capacidad de enfrentar una determinada necesidad con la acción adecuada o bien con una no intervención deliberada.

En el caso corriente, el caso de padres sanos, la partera es una empleada, y experimenta la satisfacción de poder proporcionar la ayuda que se espera de ella. En el caso de la madre con algún trastorno, que es incapaz de actuar como una persona totalmente adulta, la partera es la nurse que colabora con el médico en el manejo de una paciente, y en tal caso su empleador es el hospital. Sería realmente terrible que esta adaptación a la falta de salud malograra alguna vez un procedimiento natural que no se adapta a la enfermedad sino a la vida.

Desde luego, muchas pacientes ocupan posiciones intermedias entre los dos extremos que he presentado aquí con fines descriptivos. Lo que quiero señalar es que la observación de que muchas madres son histéricas fastidiosas o autodestructivas no debe inducir a las parteras a negar a la salud y a la madurez emocional el lugar que le corresponde, ni a clasificar a todas sus pacientes como infantiles, cuando, en realidad, la mayoría de ellas es plenamente capaz, salvo en algunas cuestiones concretas que deben dejar en manos de la nurse. La mayoría de las mujeres son sanas y son precisamente estas mujeres sanas, que son esposas y madres (y parteras) quienes enriquecen la mera eficiencia, aportan un beneficio positivo a la rutina, la cual resulta eficaz simplemente porque no existen contratiempos.

El manejo de la madre con su bebé

Consideremos ahora el manejo de la madre después del parto, durante su primera relación con el bebé recién nacido. ¿A qué se debe que, cuando damos a las madres una oportunidad para hablar libremente y recordar lo sucedido, nos encontramos tan a menudo con un comentario del tipo siguiente? (Cito este comentario del trabajo de un colega, pero yo mismo he escuchado estas observaciones repetidamente.)

"Tuvo un parto normal y era deseado por sus padres. Aparentemente, succionaba bien inmediatamente después de nacer, pero no lo pusieron al pecho sino treinta y seis horas más tarde. Se mostró entonces difícil y somnoliento y, durante los siguientes quince días las mamadas resultaron sumamente insatisfactorias. La madre sentía que las nurses no eran comprensivas, que no le permitían quedarse suficiente tiempo con el bebé. Afirma que introducían por la fuerza el pezón en la boca del bebé, le sostenían la barbilla para obligarlo a succionar y le apretaban la nariz para separarlo del pecho. Cuando se lo llevó a su casa, pudo darle de mamar sin la menor dificultad."

No sé si las nurses tienen noticia de que ésta es la queja habitual de las mujeres. Quizás nunca tengan oportunidad de escuchar esos comentarios, y, desde luego, no es probable que las madres expresen sus quejas a la nurse a quien indudablemente le deben mucho. Asimismo, no tengo por qué creer que lo que las madres me dicen es rigurosamente cierto, sino que debo tener en cuenta la influencia de la imaginación, cosa natural pues no somos simplemente un conjunto de hechos, y la forma en que vivimos nuestras experiencias y la manera en

que éstas se entretejen con nuestros sueños, constituyen parte de esa totalidad que se llama vida y experiencia individual.

Estado de sensibilización posterior al parto

En nuestra labor psicoanalítica especializada comprobamos que la madre que acaba de tener un bebé se encuentra en un estado muy sensible, y, que, durante una o dos semanas, tiende a creer en la existencia de una mujer que es un perseguidor. Opino que existe una tendencia similar, que es preciso tener en cuenta, en la partera, quien durante ese período puede convertirse con toda facilidad en una figura dominante. Sin duda es frecuente que las dos situaciones coincidan: una madre que se siente perseguida y una nurse que actúa como si la impulsara el miedo más que el amor.

Esta situación compleja se resuelve a menudo en el hogar cuando la madre despide a la nurse, hecho penoso para todos los interesados. Peor aún es la alternativa en la que la enfermera gana la batalla, por así decirlo: la madre vuelve a caer en un sometimiento irreparable, y la relación entre ella y su bebé no se establece.

No encuentro palabras para describir las colosales fuerzas que actúan en este momento crítico, pero intentaré explicar algo de lo que sucede. Ocurre algo muy curioso: la madre, que quizás se encuentra físicamente agotada y tal vez incontinente, y que depende en infinidad de aspectos de la atención competente de la nurse y del médico, es, al mismo tiempo, la única persona capaz de presentar adecuadamente el mundo al bebé en forma tal que tenga sentido para este último. Sabe como hacerlo, no por vías del estudio ni de la inteligencia, sino simplemente porque es la verdadera madre. Pero sus instintos naturales no pueden desarrollarse si está asustada, o si no ve nacer al niño, o si se lo llevan a su lado únicamente en horarios que han sido fijados por las autoridades como los días adecuados para fines alimentarios. Este sistema inevitablemente no dará resultado. La leche de la madre no fluye como una excreción; es una respuesta frente a un estímulo, y el estímulo es la pista, el dolor y el contacto con su bebé, y el llanto de éste que indica necesidad. Todo es una misma cosa: el hecho de que la madre cuide del bebé y la alimentación periódica que se desarrolla como si fuera un medio de comunicación entre ambos, una canción sin palabras.

Dos propiedades opuestas

Así, tenemos por un lado a una persona sumamente dependiente, la madre, y, al mismo tiempo y en esa misma persona, la experta en ese delicado proceso que es la iniciación de la lactancia, y en todas las complicaciones inherentes al cuidado infantil. A algunas nurses les resulta difícil aceptar estas dos características opuestas de la madre, y en consecuencia intentan iniciar la lactancia con los mismos métodos que utilizarían para provocar una defecación en un caso de intestino constipado. En realidad, intentan algo imposible. Muchas inhibiciones relacionadas con la alimentación son producto de tales intentos, e incluso cuando se establece el sistema de alimentar al bebé por medio de un biberón, esta experiencia permanece para él como algo aislado, que no se integra con el proceso total que llamamos cuidado infantil. En mi trabajo, me esfuerzo incesantemente por subsanar esta falla, que en algunos casos es provocada ya en los primeros días y semanas por una nurse que no comprende que, a pesar de ser una experta en esa tarea, esta última no incluye el proceso a través del cual se logra establecer una relación mutua entre el bebé y el pecho de la madre.

Por otra parte, como ya señalé, la partera también tiene sentimientos y a veces le resulta difícil permanecer inactiva al ver cómo un bebé malgasta su tiempo cuando lo ponen al pecho. Siente el impulso de introducir el pecho por la fuerza en la boca del bebé, o viceversa, frente a lo cual la respuesta del bebé es retraerse.

Cabe señalar algo más: prácticamente toda madre siente, en mayor o en menor medida, que le ha robado el bebé a su propia madre. Todo esto proviene de la época en que jugaba al papá y a la mamá, y de sueños que

corresponden a la época en que era una niña para quien el padre constituía su galán ideal. Y también puede sentir, y en algunos casos debe sentir, que la nurse es la madre vengativa que ha venido a quitarle el bebé. No hay nada que la nurse deba hacer al respecto, pero conviene que evite ser ella la que separa a la madre del niño - la que priva a la madre de ese contacto natural- y que se limite a llevarlo a su lado, envuelto en una mantilla, a la hora de comer. Hoy en día esta práctica se ha abandonado bastante, pero era el sistema corrientemente empleado hasta no hace mucho.

Los sueños, la fantasías y el juego que subyacen a estos problemas persisten incluso cuando la nurse actúa de modo tal que le brinda a la madre la oportunidad de recuperar su sentido de la realidad, cosa que logra naturalmente al cabo de pocos días o semanas. Por lo tanto, la nurse debe dar por sentado que con bastante frecuencia, la verá como una figura persecutoria, aun cuando no lo sea y a pesar de que se muestre excepcionalmente comprensiva y tolerante. Parte de su tarea consiste en tolerar esta situación. En la mayoría de los casos, la madre termina por modificar su actitud y puede entonces ver a la nurse tal como es, alguien que trata de comprender pero que también es un ser humano y que, por consiguiente, no tiene una tolerancia ilimitada.

También debemos señalar que a la madre, sobre todo si es algo inmadura o si fue una criatura deprivada en su infancia, le resulta muy difícil renunciar a los cuidados de la nurse y quedarse sola para ocuparse de su hijo tal como ella misma necesita que se ocupen de ella. De esta manera, la pérdida del apoyo que brinda una buena nurse puede provocar serias dificultades durante la fase siguiente, cuando la madre se desprende de la nurse, o ésta abandona a la madre.

Así, a través de estos enfoques, el psicoanálisis aporta a la obstetricia, y a todas las tareas que implican relaciones humanas, un aumento en el respeto que los individuos sienten con respecto a los demás y a los derechos individuales. La sociedad necesita técnicos incluso en la labor de los médicos y las nurses, pero cuando se trata de personas y no de máquinas, el técnico debe estudiar la forma en que la gente vive, imagina y crece en cuanto a experiencia.

.
. .
. .
. .

P S I K O L I B R O



Biblioteca D. Winnicott

Psiconeurosis oculares de la infancia (1944)

The Transactions of the ophthalmological Society., vol. LXIV, 1944.

Resulta fácil decir que un niño valora su vista, o teme la ceguera, y pese a ello, no saber ver la inmensidad de las esperanzas y temores que ello implica.

El hecho de que existan oftalmólogos especializados en niños demuestra que hay un reconocimiento general de que éstos requieren un cuidado especial. El conocimiento de la anatomía, fisiología y patología del ojo de poco servirá al experto en medicina clínica que no sepa establecer contacto con su paciente infantil. Por otra parte, la habilidad para comunicarse con el niño depende mayormente de que el oculista comprenda los sentimientos del niño y crea en sus esperanzas, suspicacias y temores. El niño es muy rápido en darse cuenta de si el doctor cree o no en él y, por lo general, permite que se le examine, incluso coopera útilmente en el examen. Así, pues, el doctor que crea en los sentimientos infantiles es un buen psicólogo.

Si se tiene siempre en cuenta esta idea es posible realizar buena terapia con la mera aplicación de los métodos comunes de atención. Por el contrario, si no se la tiene en cuenta, se puede dañar al paciente. Como ejemplo palmario de ello citaré el caso de una amiga mía cuya infancia se frustró a causa del comentario hecho por un cirujano oculista que la visitó cuando era pequeña. El oculista le dijo a su madre, en presencia de la pequeña: «La niña padece retinitis pigmentosa y probablemente quedará ciega cuando sea mayor». Por supuesto, tal pronóstico resultó equivocado, pero lo importante fue que el oculista no supo ver la importancia que tenía decir aquello delante de la niña. La niña se pasó la infancia esperando quedar ciega de un momento a otro y se obligó a sí misma a leer todo lo que caía en sus manos mientras ello le era posible; constantemente ponía a prueba sus ojos. Ahora, a los cincuenta años de edad, mi amiga empieza a creer que, pese a lo que dijo el oculista, tal vez escape de la ceguera. Como es natural, los niños creen ser custodios de sus ojos, así como de cualquier otra parte del cuerpo, y, si no logran mantener sanos los ojos, sienten que su custodia ha fracasado.

La totalidad de mi aportación podría ceñirse a explicar cómo debe llevarse un caso corriente, pero debo también hablar de la enfermedad psicológica y de cómo la misma afecta a los ojos. Deseo principalmente llamar la atención sobre los casos corrientes.

Es necesario describir tres grupos de síntomas psicológicos. El primero consiste en el grupo de síntomas manifestados por niños cuya personalidad goza de una estructura satisfactoria. En el otro extremo se halla el grupo de síntomas asociados con los defectos de la estructura de la personalidad, ya sean defectos primarios o el resultado de la destrucción de unos progresos ya realizados. Entre uno y otro grupo se encuentra el de los síntomas que se apiñan alrededor de la depresión. Hay que notar que los tres grupos coinciden en muchos aspectos, por lo que me es imposible tratarlos de una manera claramente definida.

Psiconeurosis

Un niño cuyo desarrollo emocional haya tenido lugar normalmente de buen principio y cuya estructura de la personalidad sea satisfactoria es, pese a ello, susceptible de padecer síntomas de todos los tipos, incluso graves. Puede que algunos de ellos se relacionen con los ojos. Como ejemplo podría citar el hábito de frotarse los ojos. Como es bien sabido, este hábito puede verse originado por una blefaritis, después del sarampión o alguna otra enfermedad infecciosa; sin embargo, siempre hay que añadir alguna causa emocional y, en ciertos casos, es posible que todo dependa de factores psicológicos. Debo hacerles una advertencia: me da cierto miedo describir cuestiones psicológicas ante un auditorio formado por médicos, ya que, al parecer, los médicos deben tratar y curar todo tipo de síntoma. Pero, en psicología, eso equivale a una trampa, un engaño. Uno debe ser capaz de darse cuenta de los síntomas sin tratar de curarlos, pues cada síntoma tiene su valor para el paciente y muchas veces es mejor dejar al paciente con su síntoma. En todo caso, uno debe ser capaz de describir las cuestiones psicológicas sin que se vea inmediatamente forzado a contestar a esta pregunta: ¿Cómo se cura lo que está describiendo? Someter al paciente a un útil tratamiento suele exigir mucho trabajo, o bien compartir una pesada carga; es ilógico, pues, atacar el síntoma, a no ser que se reconozca y trate el conflicto mental subyacente. Por ejemplo, un niño estará deprimido y se sentirá solo; el hecho de que se frote los ojos representa la explotación de la irritación de los ojos, propia del estado normal de somnolencia, a modo de defensa natural del pequeño contra una serie de sentimientos intolerables. También puede suceder que alguien esté sobreexcitando al pequeño, por lo que éste se ve obligado a responder con gran variedad de exageraciones de las sensaciones normales, incluyendo, tal vez, ardor en los párpados.

Creo conveniente citar el hecho de que las gafas afecten al buen parecido natural de la gente. No sólo a muchos niños les preocupa tener que llevar gafas, sino que, además, un buen número de ellos espera, como castigo a su deseo de parecer demasiado guapos, verse obligados a usarlas. Las gafas, ni más ni menos que los aparatos que se llevan en la boca, las tabillitas o la ropa, pasan a formar parte de la personalidad del pequeño. Hay mucho que decir sobre las gafas como fetiche, aunque, como es obvio, esto es más propio de adultos. A veces cabe hallar perversiones con importante participación de ojos y gafas en las reacciones infantiles ante las gafas o el examen de los ojos.

Vayamos ahora al ojo en sí. La complicada función del ojo transcurre fácilmente cuando el pequeño se vale de él de manera normal. Mas ¿qué sucede si (inconscientemente) se utiliza el ojo en vez de otro órgano del cuerpo? ¿Qué sucede si el ojo reemplaza a un órgano en el que haya tejidos eréctiles y, por consiguiente, sea susceptible de cambiar al ser excitado? En tal caso el ojo no sólo es el órgano de la vista, sino que se convierte también en una parte excitable del cuerpo. Entonces puede que sean los síntomas. El principal cambio se produce en un suministro de sangre desproporcionado con respecto al necesario para su funcionamiento, lo que produce cansancio de los ojos. Temores propios de otras partes del cuerpo se ven dramatizados en los ojos y los niños se valen de las gafas para, ocultar sus ojos excitados que, por consiguiente, se destacan en el rostro. La ceguera histérica va asociada con el sentimiento de culpabilidad producido por la vista, especialmente cuando el ojo, además de ver, también controla. No creo que necesite recordarles que no cabe esperar que el paciente sea consciente de lo que está pasando, por lo que de nada sirven las explicaciones o el imaginar que bastará la fuerza de voluntad para superar los síntomas histéricos. El tratamiento psicológico de un caso semejante incluiría la investigación de las causas del desplazamiento del interés desde el órgano normalmente excitable al ojo, que en sí mismo no es excitable. La parálisis de acomodación es capaz de dramatizar muy fácilmente la represión de los recuerdos visuales, especialmente cuando persiste el intento de controlar la situación aterradora originaria. He comprobado que gran parte de los síntomas oculares menores, parpadeos y cansancio que no tienen ninguna causa definida en defectos de refracción, se relacionan con el sentimiento inconsciente de culpabilidad suscitado por la contemplación de cosas que se suponía eran tabú.

Depresión

Llegamos ahora a la depresión y al papel que la misma desempeña en la aparición de trastornos visuales. En los niños, al igual que en los adultos, la depresión se manifiesta como estado anímico y, clínicamente, casi siempre bajo la forma de agitación angustiosa o de negación de la depresión mediante una actividad y vivacidad forzadas. Junto a esto, al igual que en las fases depresivas de los adultos, son observables actos de autodestrucción, deliberados o accidentales, así como preocupaciones hipocondríacas acerca del cuerpo o alguna parte del mismo. Lejos de ser una enfermedad rara, la depresión constituye un estado muy común en los niños así como en los adultos; ni siquiera es forzosamente anormal: la preocupación hipocondríaca enlaza con la preocupación de tipo corriente. El aspecto normal de la depresión estriba en que uno debe ser capaz de preocuparse por su propio cuerpo, disfrutando de él cuando está bien y queriendo que sane cuando está enfermo. El aumento de lágrimas propio de la tristeza es asimismo valorable fisiológicamente, de modo que los ojos secos propios de la desaparición de la tristeza predisponen a la infección e irritación conjuntivales.

La hipocondría también hace su aparición en el departamento oftalmológico, al igual que en todas partes, y es muy importante que el médico esté al tanto de lo que sucede. En primer lugar, debe ser capaz de distinguir entre la hipocondría de la madre y la del niño. Muchos niños llevan gafas, o al menos se les examinan los ojos a menudo, a causa de la enfermedad hipocondríaca de sus madres. No existe una clara línea divisoria entre la hipocondría materna y la natural preocupación que a la madre inspira la vista de su pequeño. Así, pues, el médico debe estar capacitado para tener en cuenta la preocupación de la madre y, cuando sea posible, le dirá: «Comparta su responsabilidad conmigo, visíteme cada tanto; en estos momentos la vista de su hijo es normal». Si el médico le dice a la madre hipocondríaca: «Creo que los ojos del pequeño están bien, pero debemos hacerle una reacción Wasserman, y un conteo de glóbulos sanguíneos y un Mantoux, y creo que el niño debería ver a un psicólogo», la madre, lejos de tranquilizarse, se convencerá de que la misión de su vida estriba en preocuparse por la salud de su hijo. La hipocondría del propio niño debe ser tratada aún con mayor cuidado; la regla más sencilla es la de que el niño debe conocer la verdad. En la mayoría de los casos el médico puede decirle al chico lo que ha averiguado, así como decírselo a la madre; decirle qué se propone hacer, cómo va a vigilar la aparición de cosas nuevas. La verdadera tranquilidad es fruto de la declaración de lo que es cierto, y no de palabras más o menos tranquilizadoras, que para el niño entrañan la existencia de un peligro. Mientras que la gran mayoría de los niños que visitan al oculista son capaces de aceptar la afirmación de que sus ojos están bien o solamente necesitan gafas, hay algunos que no pueden ser tranquilizados y presienten que se les oculta algo. En tales casos hay que recurrir a un enfoque bastante especial cuya descripción no sería apropiada ahora, aunque el tema reviste tremenda importancia.

Es fácil que se pasen por alto las actividades suicidas de la depresión infantil y, sin embargo, son muy reales. El niño siente que en él hay algo malo o perverso. No le es fácil separar los fenómenos físicos de los corporales y, de esta manera, vomita o sufre diarrea o, por el contrario, deja que le vayan sucediendo accidentes, o bien se cae, se echa té caliente encima o se frota los ojos cuando están llenos de arena hasta que se produce un arañazo que se infecta.

A veces el ojo toma parte en el intento del individuo para asegurarse contra la depresión, de una manera que como mejor se describe es equiparando la convergencia con el hábito de chuparse el pulgar. El pulgar representa el pecho o el biberón que el niño angustiado o solitario necesita tener en la boca o cerca de ella. Del mismo modo el niño se tranquiliza recobrando la posición de los ojos que, en la primera infancia, permiten al niño ver con todo detalle el pecho y el rostro de su madre, justo a unas pulgadas de la boca, ni tragado ni desaparecido.

A este estado de cosas se le podría describir como un compromiso entre la visión subjetiva y la percepción objetiva. No hay en modo alguno estrabismo en todos los casos, pero los ojos participan seriamente mediante la tensión correspondiente a una compulsión que a menudo conduce a sentir la apremiante necesidad de leer. Una paciente mía que contrajo miopía cuando tenía unos once años, describe del siguiente modo su técnica para dormir: cuando al fin se dispone a dormirse coge un libro que le es muy conocido y lo coloca muy cerca de sus ojos, donde pueda leerlo sin tener que usar sus gruesas gafas. Entonces se pone a leer y releer las conocidas líneas hasta que deja de darse cuenta de que está despierta. Naturalmente, nunca tiene tiempo de apagar la luz. Al despertarse le es necesario leer antes de estar completamente despierta, del mismo modo que

lee antes de dormirse, sólo que esta vez lo que hace es alucinar el libro y la página, el tema del libro y la letra. Al despertar se sorprende al ver que el libro verdadero está en el suelo o sobre la cama. Creo que es probable que en este caso la convergencia y la acomodación próxima deben ser mantenidas al menos durante el sueño ligero.

Me interesa todo lo que se refiere al descanso de los ojos durante el sueño. Creo que son muchas las personas que hacen trabajar mucho a los ojos mientras duermen y que, para descansarlos, contemplan un objeto cuando se hallan despiertas. En cualquier caso, resulta notorio que los niños a que me estoy refiriendo someten sus ojos a una verdadera esclavitud; cualquier intento que se haga con el fin de impedirles leer con el libro pegado a los ojos es probable que fracase y les induzca a sentirse frustrados y perdidos. Puede que esta condición empiece cuando el niño es todavía muy pequeño, pero, por otra parte, también puede surgir al empezar la pubertad o cualquier otra fase de la vida. No hay ninguna otra afección de la vista que exija tanto del oculista.

Psicosis

El estrabismo constituye un tema que es necesario examinar desde un ángulo psicológico. Tengo pruebas fehacientes de que el estrabismo puede obedecer a causas puramente psicológicas, y creo que la mayoría de los oftalmólogos estarán de acuerdo conmigo. No obstante, cuando se trata de describir los mecanismos reales no piso terreno firme. Ya he mencionado el estrabismo interno, mantenido por medio de la acomodación próxima como recordatorio de la anterior relación con el pecho materno y en calidad de consuelo, al igual que el hábito de chuparse el pulgar. Existe una variedad de estrabismo, generalmente de tipo externo, en la que el problema reside al parecer en que los dos ojos no funcionan con un mismo objetivo, lo cual está asociado con una división de la personalidad. Es como si el individuo, por medio de la falta de coordinación visual, dramatizase la escisión del yo. Para ilustrar este factor citaré el ejemplo de una señora sumamente inteligente, directora de una gran escuela, que utilizaba los dos ojos por separado, ya que padecía un estrabismo externo. El ojo izquierdo representaba sus buenas relaciones con el padre, persona que solamente hablaba inglés, mientras que su ojo derecho tenía que ver con sus relaciones con la madre, la cual solamente sabía hablar francés. Los padres de dicha señora tenían muy poco en común, por lo que la paciente se desarrolló de forma muy distinta en relación con uno y otro. Era zurda y se interesaba muchísimo por los niños zurdos que acudían a su escuela. Su mano izquierda representaba su lado práctico y la identificación con el padre. Su sentir religioso se hallaba completamente asociado con la madre y, siempre que firmaba o escribía algo relacionado con la religión, la señora solamente podía hacerlo con la mano derecha. Este caso ejemplifica lo que sucede cuando existe una clara división de la personalidad. Pero a menudo se registra una falta de integración más grave y en tales casos creo que uno de los ojos se identifica con la parte más fuerte de la personalidad, mientras que el otro, irremisiblemente errático, representa las otras partes. Un estrabismo externo que no se deba claramente a causas físicas es difícil de curar a menos que se produzca una reintegración de la personalidad. Esta integración puede producirse espontáneamente; también puede suceder que un niño, sometido a la influencia de otra fuerte, logre algún tipo de integración que posibilite la desaparición del estrabismo, al menos temporalmente. No hay que perder de vista este factor cuando se estudia la vertiente física de alguna forma de estrabismo. Por supuesto, no es que esté despreciando o criticando la vertiente física, sino que estoy llamando la atención sobre la parte psicológica.

Un tercer tipo psicológico de estrabismo, susceptible de aparecer muy temprano, es al parecer el que acompaña las fases de introversión aguda: el estrabismo interno es una dramatización de alguna preocupación referente a los fenómenos internos, o a la realidad del mundo interior. En tales casos, una de las alternativas consiste en mirarse al espejo, cosa que hacen con gran frecuencia algunos niños introvertidos.

El ojo como símbolo

Convendría no olvidar que, desde el punto de vista del psicólogo, el ojo no se limita a ser un órgano de la vista. Así como en los fenómenos corporales las cosas son absorbidas por la boca y expulsadas por medio de los órganos excretores, con la edificación de la personalidad esta absorción y excreción son realizadas por medio de todos los órganos del cuerpo: los ojos, la piel, las orejas, la nariz, etcétera. Es siempre mucho lo que entra por los ojos, que, además, representan un órgano de excreción. Todo el mundo ha visto cómo un amigo desaparece en el interior del autobús que acaba de tomar y, en cierto sentido, todo lo que vemos sale de nosotros mismos para proyectarse en el objeto. Ya he hablado de una muchacha que, al despertar, alucinaba la página de un libro. Hay personas que leen el periódico para informarse, pero también hay muchas que esperan del periódico que exponga ante sus ojos las cosas que ellas ya están pensando o sintiendo. De hecho, no puede decirse que hagan mucho caso de la información que el periódico les facilita, excepto a modo de ligera corrección de su imaginación.

El averiguar en qué medida los músculos y tejidos intrínsecos del ojo participan en las imágenes visuales corrientes sería tema de investigación, al igual que en qué medida toman parte en la actividad alucinatoria. Tal vez este problema ya haya sido resuelto, pero yo no tengo noticia de ello.



Biblioteca D. Winnicott

Las psicosis y el cuidado de niños 1952

Basado en una conferencia pronunciada ante la
Sección de Psiquiatría de la Real Sociedad de Medicina, marzo de 1952,
Brit. J. Med. Psychol., -vol. XXVI, 1953.

En este escrito trataré de demostrar que en la infancia es común cierto grado de psicosis pero que pasa desapercibida debido a la forma en que los síntomas se esconden tras las dificultades inherentes al cuidado de los niños. Se diagnostica cuando el medio no logra esconder o afrontar las deformaciones del desarrollo emocional, de manera que el pequeño necesita organizarse siguiendo cierta línea defensiva que se hace reconocible en calidad de entidad de enfermedad. Esta teoría da por sentado que la base de la salud mental de la personalidad se funda en la primera infancia por medio de las técnicas que acuden naturalmente a la madre que está preocupada por el cuidado de su propio pequeño. Bosquejaré brevemente las tareas implicadas en las primeras fases del desarrollo emocional del pequeño, tareas que no pueden ser cumplidas por el niño como no sea en un medio emocional suficientemente bueno.

Existen dos métodos para emprender el estudio de la psicosis de la infancia. Mediante uno de ellos, las organizaciones de la enfermedad mental que son bien conocidas por la psiquiatría de adultos se describen en tanto que ocurrientes antes de la pubertad y en los años de la primera infancia. Creak (1952) examina un tipo de psicosis en la que hay una introversión organizada, con los consiguientes patrones extraños de comportamiento y trastornos secundarios de las funciones físicas, y describe claramente un tipo de niño que por fuerza resultará familiar a todos los psiquiatras infantiles, así como a los pediatras. De igual manera sería posible examinar los estados melancólicos, los cambios maníaco-depresivos de humor, la inquietud hipomaniaca, diversos estados de confusión, y seguir su común aparición en la infancia. Abunda el material para semejante estudio.

He optado por otro método, tal vez debido a que deseo hablar en mi calidad de pediatra habituado a pensar en el niño en desarrollo, y a decir verdad, en el infante en desarrollo. Para el pediatra hay una continuidad del desarrollo del individuo; este desarrollo comienza con la concepción, prosigue a través de la infancia y a principios de la niñez, y conduce a la edad adulta; en este proceso, el niño es padre del hombre. La finalidad del cuidado de niños no reside solamente en producir un niño sano, sino en permitir también el desarrollo definitivo de un adulto sano. Lo que aquí me interesa es el reverso de esta afirmación, es decir, que los cimientos de la salud adulta se colocan en todas las fases de la infancia y de la niñez. El pediatra es constantemente consciente de los cuidados y de la crianza, de la dependencia de los pequeños, y de la gradual maduración de los factores ambientales, cuya continuidad es tan necesaria como la del desarrollo interior del niño. Por esta

razón es mucho lo que el pediatra puede aportar a la psiquiatría.

El que algunos pediatras se hayan concentrado en el aspecto físico y hayan pasado por alto la psique es algo que no puedo remediar; es ésta una fase que está pasando y nadie puede negar que ha dado buenos resultados en lo que al aspecto físico se refiere.

En este escrito me ocuparé de la psique y sólo de modo secundario del soma; pero sigo siendo pediatra, y desde el punto de vista pediátrico la salud mental no puede ser más que el fruto del desarrollo previo. La fundación de la salud mental de cada niño corresponde a la madre durante el período en que se preocupa del cuidado del pequeño. Podemos despojar la palabra «devoción» de su contenido sentimental para aplicarla a la descripción del rasgo esencial sin el cual la madre no puede hacer su aportación: una adaptación sensible y activa a las necesidades del pequeño; necesidades que al principio son absolutas. Esta palabra, devoción, nos recuerda asimismo que, a fin de tener éxito en su misión, la madre no necesita ser inteligente.

Así, pues, la salud mental es el producto de un cuidado continuo que permite la continuidad del crecimiento emocional personal. Es ya una opinión generalizada la de que la neurosis tiene su origen en las primeras relaciones interpersonales que surgen cuando el niño empieza a ocupar su lugar de persona completa en la familia. Dicho de otro modo, la salud de un individuo en términos de socialización y de ausencia de neurosis la fundan los padres cuando el pequeño se halla en la edad de los primeros pasos; sin embargo, esta afirmación da por sentado un crecimiento normal durante la infancia. Lo que no es tan seguro, y de hecho no está todavía probado, es que los trastornos reconocibles y calificados como psicóticos tienen su origen en deformaciones del desarrollo emocional que surgen antes de que el pequeño se convierta en una persona completa y capaz de sostener relaciones totales con personas igualmente completas.

Se acepta más fácilmente esta teoría para algunos tipos de psicóticos que para otros. Los que se especializan en el estudio de estas cuestiones no albergan dudas de que, en buena salud, el niño que obtiene la capacidad para deprimirse (en el sentido de manifestar una depresión reactiva o un cambio de estado anímico) es el niño que ha llegado a la edad en que el destete adquiere significado. La depresión se alía a la preocupación, el remordimiento, la culpabilidad, pero en el estado deprimido interviene una proporción relativamente grande de afecto. La capacidad para sentirse inquieto o preocupado, para sentir aflicción y para reaccionar ante la pérdida de una manera organizada, de manera que con el paso del tiempo sea posible una recuperación, constituye un estado de desarrollo de gran importancia en el crecimiento sano; y esta capacidad la funda el cuidadoso control del destete, utilizando la palabra «destete» en el sentido más amplio de la dirección de niños comprendidos, aproximadamente, entre los nueve y los dieciocho meses. No puedo dejar de referirme en el presente trabajo a los minuciosos trabajos realizadas en este sentido, trabajos que ciertamente son pertinentes al estudio de la psicosis en la medida en que tal término entraña depresión de diversas clases y tipos de trastornos maníaco-depresivos. La comprensión de este aspecto empezó con el trabajo de Freud titulado «Duelo y melancolía» (1917); el tema ha sido desarrollado por otros, notablemente por Abraham (I 924), Klein (I 934), y Rickman (I 928). Asimismo, tenemos la extensión de la teoría kleiniana que cubre los orígenes de ciertos tipos de organización paranoide. El concepto de la obtención saludable de «la posición depresiva en el desarrollo emocional» (Klein) presupone a su vez un desarrollo sano previo, a cuyas fases más precoces y primitivas deseo referirme en el presente trabajo.

Detrás del destete se esconde el tema, más amplio, de la desilusión. El destete entraña una nutrición realizada con éxito y la desilusión implica la aportación afortunada de la oportunidad para la ilusión.

Fases primitivas del desarrollo emocional

Éste es un tema muy difícil y me doy cuenta de que gran parte de lo que voy a decir es controvertible. Sin embargo, es necesario explorar la posibilidad de que la salud mental en términos de propensión atenuada a los estados esquizoides y a la esquizofrenia sea fundada en las fases más precoces, cuando gradualmente el niño va siendo introducido en la realidad externa. En esta conferencia no diré nada que no esté plenamente sustanciado desde mi punto de vista por mi propia labor analítica y clínica.

La elucidación de las primeras fases del desarrollo emocional debe producirse principalmente dentro del tratamiento psicoanalítico, pues el psicoanálisis es, con mucho, el más preciso de los instrumentos, ya se aplique al análisis de niños pequeños, de adultos en regresión, de psicóticos de todas las edades o de personas relativamente normales que se encuentran en estado temporal o momentáneo de regresión. Dentro del marco psicoanalítico hay lugar para una variedad infinita de experiencias; y, si de los diversos análisis surgen ciertos factores comunes, entonces podemos presentar formulaciones definitivas. Hay, asimismo, diversos tipos de labor realizados en el campo de la observación directa. Contamos con los trabajos publicados por Freud y Burlingham (1942), Bowlby (1951), y Spitz (1945, 1950). Asimismo, es inapreciable el valor de la recopilación de datos.

Al principio, el individuo no constituye la unidad. Tal como se la percibe desde el exterior, la unidad es una organización formada por el medio y el individuo. El profano sabe que la psique individual solamente puede empezar en un marco determinado. En este marco el individuo puede crearse gradualmente un medio ambiente personal (1). Si todo va bien, el medio ambiente creado por el individuo se convierte en algo lo suficientemente parecido al medio generalmente perceptible, y en tal caso llega, en el proceso de desarrollo, una fase en la cual el individuo pasa de la dependencia a la independencia. Se trata de un período de desarrollo sumamente complicado; y en el éxito que en él se obtenga residen los cimientos de la salud mental. En esta conferencia me propongo estudiar, justamente, esa fase tan difícil del desarrollo. Así, pues, estoy muy lejos de formularme esta pregunta: «¿Es común o rara la psicosis en la infancia y en la niñez?». Lo que estoy tratando de hacer es más bien una afirmación de la forma en que el desarrollo emocional, en sus fases primitivas o más precoces, se refiere exactamente a los mismos fenómenos que se manifiestan en el estudio de la esquizofrenia adulta, de los estados esquizoides en general y de las defensas organizadas en contra de la confusión y de la no integración. El estudio íntimo de un individuo esquizoide, sea cual fuere su edad, se convierte en el estudio íntimo de sus primeras fases de desarrollo, desarrollo que tiene lugar y emerge de la fase de la organización medio-individuo.

Pas figuras 9 y 10 representan la forma en que el individuo se ve afectado por las tendencias ambientales, especialmente durante una fase muy precoz. La figura 9 muestra cómo, mediante la adaptación activa a las necesidades del niño, el medio lo capacita para permanecer en un aislamiento no turbado. El pequeño no sabe. En este estado lleva a cabo un movimiento espontáneo y se produce el descubrimiento del medio sin que se pierda el sentido del ser. La figura lo muestra una adaptación defectuosa al niño, lo que da por resultado una serie de ataques por parte del medio, de manera que el individuo tiene que reaccionar ante ellos. El sentido del ser se pierde en esta situación y solamente se recupera con el regreso al aislamiento. (Obsérvese la introducción del factor tiempo que significa que un proceso está involucrado en ello.)



Este sencillo planteamiento puede ser utilizado para aclarar asuntos extremadamente complejos. El segundo tipo de experiencia, con el fracaso de una buena adaptación ambiental activa, produce una deformación psicótica de la organización individuo-medio. Las relaciones producen la pérdida del sentido del ser, que solamente es recuperado con el regreso al aislamiento. Sin embargo, el hecho de estar aislado se hace menos y menos puro a medida que el niño se va alejando del principio e implica una creciente organización defensiva para repudiar el ataque ambiental. La terapia que se lleve a cabo con respecto a semejante trastorno debe aportar una adaptación activa al niño y debe edificar gradualmente el respeto hacia los procesos.

La figura 11 ilustra una primera alimentación teórica. El potencial creador del individuo que nace de la necesidad produce una preparación a la alucinación. El amor y la íntima identificación de la

madre con su pequeño hace que sea consciente de las necesidades del mismo hasta el punto de aportar algo más o menos en el momento propicio y en el lugar indicado. Esto, que se repite mucho, nace de la capacidad del pequeño para utilizar la ilusión, sin la cual no hay contacto posible entre la psique y el medio. Si sustituimos la palabra «ilusión» por el pulgar o por la parte de la manta o de la muñeca de trapo (Objeto-fetiché, Wulff, 1946) que algunos niños emplean para consolarse entre los ocho, diez o doce meses, entonces vemos lo que he procurado describir en otra parte bajo el término objeto transicional (fig. 12).

Con un dibujo como el de la figura 13, de nuevo podemos esclarecer esta zona intermedia de la ilusión que en la infancia es una zona acordada, no discutida en cuanto a su creación por el pequeño y a su aceptación como fragmento de la realidad percibido. Le permitimos al niño esta locura y sólo de manera gradual pedimos una clara distinción entre lo subjetivo y lo que es capaz de demostración objetiva o científica. Nosotros los adultos utilizamos las artes y la religión para los momentos muertos que todos necesitamos en el transcurso de la puesta a prueba de la realidad y aceptación de la misma.

Si un individuo reclama una indulgencia especial con respecto a esta zona intermedia, reconocemos la psicosis; si el individuo es adulto, utilizamos el epíteto de «loco». En la observación de niños vemos de nuevo la natural graduación que va desde las situaciones corrientes de la naturaleza humana hasta las enfermedades psicóticas. Estas enfermedades psicóticas solamente representan exageraciones aquí o allí y no entrañan ninguna diferencia esencial entre la cordura y la locura.



La figura 14 muestra una de las formas en que puede elaborarse útilmente el dibujo anterior.

En la figura 15 intento mostrar cómo puede comenzar una tendencia a la escisión en la unidad medio-individuo, a causa del inicial fracaso de la adaptación activa por parte del medio.

En el caso extremo de la escisión la vida interior secreta contiene muy poco que provenga de la realidad externa. Es verdaderamente incomunicable.



Allí es donde, en esta etapa precoz, haya una marcada tendencia a la escisión, el individuo corre peligro de ser seducido por una vida falsa y de que entonces los instintos se pongan de parte del medio seductor. Lo peor de la pediatría (es decir, enfatización de la salud física, negación de las reivindicaciones de la psique) es, si cabe la expresión, la explotación organizada de la traición de los instintos a la naturaleza humana. Una seducción afortunada de esta clase puede producir un ser falso que parezca satisfactorio al observador desprevenido, aunque la esquizofrenia está latente y finalmente reclamará atención. El ser falso, desarrollado sobre la base del sometimiento, no puede alcanzar la independencia de la madurez, salvo tal vez una seudomadurez dentro de un medio psicótico.

Ciertamente, cabe manifestar que la adaptación a la necesidad jamás es completa, ni siquiera al principio, cuando la madre está biológicamente orientada a esta función tan especializada. El vacío entre la adaptación completa y la incompleta es afrontado por los procesos intelectuales del individuo, en virtud de los cuales se van teniendo, gradualmente en cuenta los fracasos del medio, comprendiéndolos, tolerándolos e incluso previniéndolos. La comprensión intelectual convierte la adaptación ambiental insuficiente en adaptación suficiente. Naturalmente, en el funcionamiento de este mecanismo el individuo se encuentra en una situación mucho mejor cuando el medio se comporta con firmeza. Debido a su imprevisibilidad, la adaptación variable es traumática y anula el buen efecto de los ramalazos ocasionales de adaptación extremadamente sensible.

Donde haya una capacidad intelectual restringida (basada en unos tejidos cerebrales deficientes), la capacidad del pequeño para convertir una adaptación ambiental insuficiente en otra suficiente se ve disminuida, con el resultado de que ciertas psicosis son más comunes en los deficientes que en la población normal. La posesión de tejidos cerebrales excepcionales puede permitir al pequeño tener en cuenta un serio fallo de la adaptación a la necesidad, pero en tal caso puede haber una prostitución de la actividad mental, de tal manera que clínicamente encontramos una hipertrofia de los procesos intelectuales relacionada con un derrumbe esquizofrénico en potencia.

No quiero insinuar que esto sea todo lo que cabe decir sobre los orígenes de la actividad intelectual o de las psicosis de los deficientes, pero es útil examinar de esta manera el problema. de la actividad mental, ya que demuestra de qué modo dicha actividad puede ser explotada y puede convertirse en un enemigo de la psique.

Las figuras 16 y 17 llaman la atención sobre el hecho de que la personalidad no empieza en calidad de cosa completa si pensamos en el punto de vista del pequeño. Por medio de diversas formas, la unidad de la psique individual se convierte en un hecho, al principio ocasionalmente (16b) y más adelante a lo largo de prolongados y variables períodos de tiempo (16c) (véase Glover, 1932).



P S I K O L I B R O

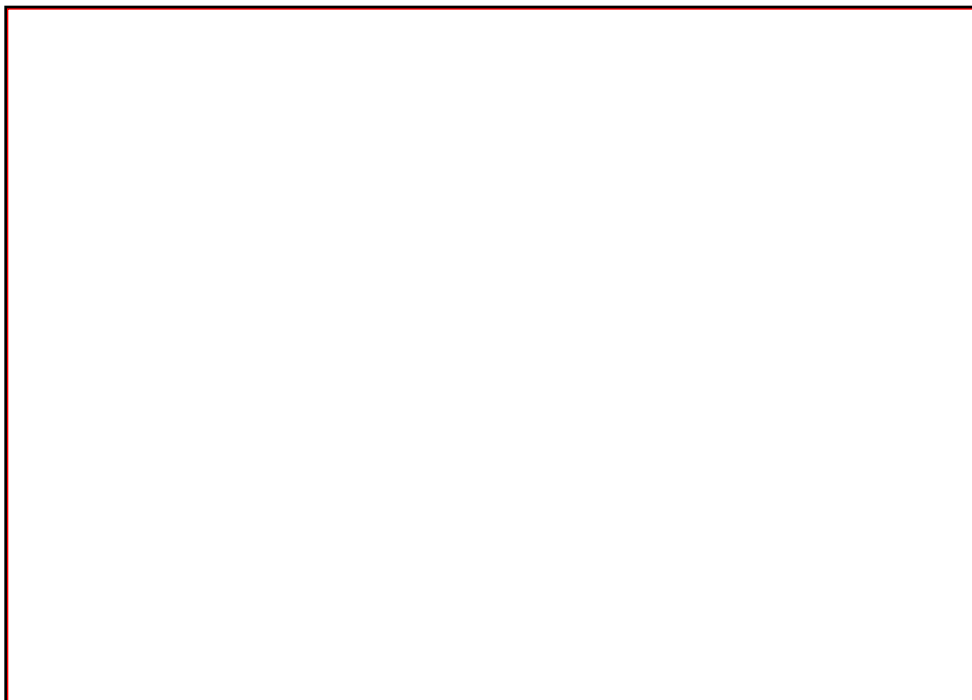
No hace falta ningún dibujo para ilustrar otro hecho importante del desarrollo, que es la forma en que la psique individual se aloja en el cuerpo. Este proceso tiene lugar bastante pronto en ciertos momentos y gradualmente va quedando instaurado de manera más permanente. Sin embargo, puede perderse en asociación con la fatiga o la falta de sueño o las angustias propias de otras fases del desarrollo emocional.

Al llegar aquí puedo citar a Humpty Dumpty (2), que acaba de lograr su integración en una cosa completa. Humpty Duvnpty ha surgido de la organización medio-individuo y se halla sentado en la pared, ya sin ser devotamente sostenido. Se encuentra en una posición notoriamente precaria en su desarrollo emocional, especialmente susceptible de una desintegración irreversible.

La figura 17 muestra el momento en que los fragmentos se unen, momento muy peligroso para el individuo. En lo que respecta a la organización total medio-individuo, la actividad de integración produce un individuo “en crudo», un paranoico en potencia. Los perseguidores en el nuevo fenómeno, el exterior, quedan neutralizados, dentro del desarrollo sano normal por la existencia del cuidado amoroso por parte de la madre, la cual, físicamente (al igual que en el sostenimiento) y psicológicamente (al igual que en la comprensión o empatía que permiten la adaptación sensible), convierte en un hecho el aislamiento primario del individuo. Aquí el fracaso ambiental hace que el individuo se ponga en marcha con un potencial paranoico. Clínicamente esto se manifiesta tan pronto y tan claramente que es fácil perdonar a quienes (ignorando la psicología infantil) lo explican en términos de herencia (3).

No es infrecuente hallar, como defensa de las terribles angustias del estado paranoico en los principios de la vida, la organización de un estado al que se ha denominado de distintas formas (introversión patológica defensiva, etc.). El niño vive permanentemente dentro de su propio mundo interior que, sin embargo, no está firmemente organizado. La complicación representada por la persecución externa es mantenida a raya mediante la no consecución del estado de unidad. Cuando nos relacionamos con esta clase de niños nos vemos flotando dentro y fuera del mundo interior en que vive el pequeño, y cuando estamos dentro nos vemos sujetos a un mayor o menor grado de control omnipotente, pero no a un control procedente de un fuerte punto central. Se trata de un mundo de magia y uno se siente loco al estar en él. Todos los que hayamos tratado niños psicóticos de esta clase sabemos cuán locos debemos estar para habitar en este mundo y, con todo, allí debemos estar y ser capaces de quedarnos durante largos períodos, si queremos obtener algún efecto terapéutico.

Resulta difícil expresar un estado de cosas tan complejo mediante un sencillo dibujo (véase la figura 18). Se trata de una enorme exageración de la preocupación corriente del niño sano durante sus juegos, pero se distingue de los juegos sanos en que carece de un principio y un final en los juegos, por el grado de control mágico, por la falta de organización del material de los juegos con arreglo a un patrón determinado, y por la inagotabilidad del niño.



Conclusión

Los temas tratados en este capítulo forman la base común del cuidado de los niños y de la psiquiatría normal para adultos. Para adentrarme más en el tema debería prestar atención a la posición depresiva y a los orígenes del sentimiento de inquietud, así como a la capacidad para experimentar culpabilidad y a la construcción en el individuo de un mundo interior, de conflictos y tensiones, etc. Todo esto debo omitirlo.

He tratado de demostrar que un estudio de la teoría del cuidado infantil nos lleva a la teoría de la salud mental y del trastorno psiquiátrico.

Es la madre quien sienta las bases de la salud mental a partir de la concepción, a través del cuidado corriente que presta a su hijo dada su especial orientación para esta tarea. La mala salud mental de naturaleza psicótica tiene su origen en los retrasos y las deformaciones, las regresiones y confusiones de las primeras fases del crecimiento de la organización medio-individuo. La mala salud mental surge imperceptiblemente de las dificultades ordinarias inherentes a la naturaleza humana y que dan relieve a la tarea del cuidado infantil, esté a cargo de los padres, de una niñera o del maestro. Así, pues, la profilaxis contra la psicosis es responsabilidad de los pediatras; ¡ojalá lo supieran!

P S I K O L I B R O

(1) Según mi punto de vista, el concepto del esquema corporal tal como es propuesto por Scott (1949) se refiere exclusivamente al individuo y no a la unidad que aquí denominamos "organización medio-individuo".

(2) Personaje perteneciente a una cancioncilla infantil y que se caracteriza por estar cayéndose constantemente.

(3) Melanie Klein ha postulado una posición paranoide en el desarrollo emocional. Yo he descrito lo que he encontrado y creo que está relacionado con lo descrito por Klein.

Biblioteca D. Winnicott

Psiquiatría infantil, el cuerpo tal como lo afectan los factores psicológicos (1931)

En este artículo deseo clasificar los cambios y los síntomas corporales que corresponden a estados emocionales normales y anormales. Es un tema muy vasto y complejo, y es necesario que sea formulado y reformulado por varios pediatras y psiquiatras, en la mayor cantidad de modos posibles. Mi propósito es aproximarme al problema según el enfoque del conocimiento psicoanalítico en desarrollo, o según mi personal comprensión de éste. A fin de simplificar mi formulación propongo establecer una división algo artificial y arbitraria del avance científico psicoanalítico en tres fases:

- a) La comprensión de la vida instintiva personal y de las relaciones interpersonales.
- b) La comprensión de los estados de ánimo y del origen de las ideas persecutorias, procedentes tanto del interior (hipocondría) como del exterior.
- c) La comprensión de las tareas emocionales primitivas, tal como el surgimiento de una relación con la realidad externa, la integración de la personalidad y el sentido del cuerpo.

Se verá de inmediato que el cuerpo del niño es afectado de distinta manera de acuerdo con el tipo de tarea. Si dos niños se pelean por un arma de juguete, lo principal es que ambos se excitan, se enfurecen o se aterrorizan: posiblemente uno de ellos reciba un corte o un puñetazo, y entonces tiene que agregarse esto.

Si el niño está deprimido, se le ocurrirá que hay cosas malas en su interior, o que está vacío; la fantasía que se forma de su cuerpo es afectada indirectamente por ello. Por último, a un niño que sólo de vez en cuando puede sentir que es una misma cosa con su cuerpo, le interesará mucho cualquier elemento que aumente el sentido de su cuerpo, y hasta puede encontrar valiosas, en este sentido, la sarna o la irritación de la piel.

Nuestra primera preocupación en el estudio del niño según estos lineamientos consiste en comprender y describir la psicología de las emociones. Podrían citarse muchos trabajos, pero quizá deba admitirse que aún quedan por hacer muchas investigaciones en cuanto a lo que le sucede al cuerpo del niño cuando éste (en diversas edades) se excita con la comida, con el propio movimiento o el del agua, o se excita agresivamente, se pone furioso, le tiene miedo a algo, se siente bastante angustiado durante un período prolongado, etcétera.

En cada caso, lo que queremos conocer es la experiencia instintiva real y los efectos de una excitación continua sin clímax, así como el efecto que tiene en el cuerpo una inhibición específica de un proceso instintivo. Además, debemos estudiar el efecto de un conflicto o superposición de orgías, o de diversos tipos de excitación, como cuando el proceso excretorio del niño, a medias terminado, es afectado por el temor que le produce la proximidad de su padre o su madre, o tal vez por una idea que se le ocurrió mientras realizaba el acto.

Por ejemplo, tres chicos corren hacia la escuela. Uno lo hace porque está ansioso por llegar; cuando llegue, querrá empezar las clases en seguida, o al menos ver a la maestra, saludarla y ser saludado por ella. El segundo corre porque se le hizo tarde: su madre tardó en prepararle el desayuno porque su hermanito más pequeño sufrió un accidente; lo único que quiere es llegar a tiempo. El tercero corre porque se siente perseguido. Su vida está dominada por perseguidores imaginarios. Lo que le interesa es llegar a la escuela para ser protegido de sus enemigos. Tal vez quiera ponerse a dormir cuando esté en la escuela, o si no hay descanso posible, creará perseguidores reales a partir de los demás niños o de sus maestros, a fin de obtener alivio frente a lo desconocido.

Fácilmente se echa de ver que la fisiología de estos tres niños al llegar a la escuela pertenecerá a tres variedades distintas, si contásemos con los delicados instrumentos que podrían darnos ese conocimiento preciso. Es poco probable que el primero presente síntomas corporales; el segundo casi seguro que estará cansado y le llevará media hora recobrase, o tal vez sufra un desmayo o tenga vómitos, y sólo entonces se recobre; el tercero, el niño perseguido que, de todos modos, no es muy robusto ni come bien, posiblemente se quejará de dolores internos o de cualquiera otra cosa.

Éste es sólo uno de los miles de ejemplos que podrían ilustrar la forma en que una actividad cualquiera (en este caso, la de un niño que corre) puede tener diferentes resultados según el estado emocional del niño en ese momento.

Uno de los estados emocionales más puros para estudiar es el del bebé totalmente enfurecido. Por un rato, ninguna otra cosa le importa. En ese estado (en un niño de menos de un año) ¡el ritmo cardíaco llega a 220 pulsaciones por minuto! En épocas posteriores, el recuerdo de esa furia puede ser doloroso y provocar trastornos cardíacos y desazón.

[_____]

<http://www.psilibro.tk>

Biblioteca D. Winnicott

Psicología de la separación 1958

Artículo escrito en marzo de 1958 para uso de los asistentes sociales

Recientemente se ha escrito mucho sobre el tema de la separación y sus efectos; éstos pueden enunciarse basándose en los resultados de la observación clínica. Hoy en día se ha llegado a un acuerdo considerable con respecto a qué se puede esperar cuando se separa de la figura parental al bebé, o niño de corta edad, por un lapso demasiado prolongado. Se ha comprobado que existe una relación entre la tendencia antisocial y la privación.

A continuación intentaré estudiar la psicología de la reacción ante la pérdida, aprovechando los grandes aportes hechos a nuestra comprensión del tema desde que Freud publicó su trabajo Duelo y melancolía, influido, a su vez, por las ideas de Karl Abraham.

Para comprender a fondo la psicología de la angustia de separación, es necesario e importante que procuremos relacionar la reacción ante la pérdida con el destete, la aflicción, el duelo y la depresión.

Quienes trabajan con niños privados deben adoptar ante todo, como base teórica de su labor, el principio de que la enfermedad no deriva de la pérdida en sí, sino de que esa pérdida haya ocurrido en una etapa del desarrollo emocional del niño o bebé en que éste no podía reaccionar con madurez. El yo inmaduro es incapaz de experimentar el duelo. Por lo tanto, cuanto haya que decir acerca de la privación y la angustia de-separación debe fundarse en una comprensión de la psicología del duelo.

Psicología del duelo

El duelo en sí es un indicador de madurez en el individuo.

Su complejo mecanismo incluye el siguiente proceso: el individuo que ha sufrido la pérdida de un objeto introyecta a éste y lo odia dentro del yo. Desde el punto de vista clínico, lo muerto del objeto introyectado varía de un momento a otro, según predomine el odio o el amor hacia él. Durante el duelo el individuo puede ser feliz por un tiempo, como si el objeto hubiese resucitado, porque ha revivido en su interior, pero aún tiene por delante más odio y la depresión volverá tarde o temprano. Algunas veces vuelve sin una causa obvia; otras, retorna traída por sucesos fortuitos o aniversarios

que recuerdan la relación mantenida con el objeto y subrayan, una vez más, el modo en que le falló al individuo al desaparecer. Con el tiempo, en los individuos sanos, el objeto interiorizado empieza a liberarse del odio (tan poderoso al principio) y el individuo recobra la capacidad de ser feliz pese a la pérdida del objeto y a causa de su resurrección dentro del yo.

Un bebé que no ha alcanzado determinada etapa de madurez no puede llevar a cabo un proceso tan complejo. Hasta el individuo que ha llegado a esa etapa necesita que se cumplan determinadas condiciones para poder elaborar el proceso de duelo. El ambiente que lo rodea debe prestarle apoyo y sostén mientras efectúe esa elaboración; asimismo, el individuo debe estar libre del tipo de actitud que impide experimentar tristeza. A veces los individuos que ya son capaces de hacer el duelo se ven impedidos de elaborar los procesos por falta de comprensión intelectual, como sucede cuando en la vida de un niño se teje una conspiración de silencio en torno a una muerte. En algunos de estos casos, una información simple sobre el hecho basta para posibilitarle al niño el cumplimiento del proceso de duelo; de lo contrario, caerá en la confusión. Lo mismo puede decirse con respecto a la información que se da a un niño acerca de su adopción.

Se ha señalado convenientemente que una parte del odio hacia el objeto perdido puede ser consciente; sin embargo, cabe prever que habrá más odio del que se siente. Cuando este odio y la ambivalencia hacia el objeto perdido son hasta cierto punto conscientes, no hay duda de que nos hallamos una vez más ante una señal de buena salud.

Podemos examinar globalmente el tema de la privación basándonos en esta breve enunciación de la psicología del duelo, y percibir que el asistente social trata el efecto de la pérdida (ya ocurrida o en curso) que el yo inmaduro del individuo es incapaz de afrontar con madurez, o sea, mediante el proceso de duelo. El asistente social necesita tener un diagnóstico. En otras palabras, tiene que ser capaz de comprender en qué etapa de su desarrollo emocional se hallaba el bebé o niño cuando ocurrió la pérdida, para poder evaluar el tipo de reacción que ella ha provocado. Por supuesto, cuanto más cerca esté el niño de poder hacer el duelo, tanto mayor será la esperanza de que pueda recibir ayuda aun cuando padezca alguna enfermedad clínica grave. Por otro lado, cuando la pérdida activa unos mecanismos muy primitivos, el asistente social quizá deba admitir que está sujeto a una limitación fundamental con respecto a la ayuda que puede prestarle a ese bebé o niño.

Este no es el lugar adecuado para enumerar las reacciones primitivas ante una pérdida, que indican un grado de madurez insuficiente para el duelo. No obstante, puedo dar algunos ejemplos. A veces podemos demostrar que la pérdida simultánea de la madre y su pecho crea una situación en la que el bebé pierde no sólo el objeto, sino también el aparato para utilizarlo (la boca). La pérdida puede ahondarse hasta abarcar toda la capacidad creativa del individuo, en cuyo caso, más que una desesperanza de redescubrir el objeto perdido, habrá una desesperanza basada en la incapacidad de salir en busca de un objeto.

Entre estos dos extremos -reacciones muy primitivas ante la pérdida y duelo- hay toda una escala de fallas de comunicación atormentadoras. Dentro de este campo se observa clínicamente toda la sintomatología de la tendencia antisocial; el robo aparece aquí como una señal de esperanza, quizá bastante temporaria pero positiva mientras dure, antes de que el individuo recaiga en la desesperanza. A medio camino entre los dos extremos descritos hay un tipo de reacción ante la pérdida que indica la anulación de lo que Melanie Klein dio en llamar el establecimiento de la posición depresiva en el desarrollo emocional. Cuando todo marcha bien, el objeto (la madre o figura maternal) permanece cerca del bebé hasta que éste llega a conocerlo plenamente, en el momento de su experiencia instintiva, como una parte de la madre que está siempre presente. En esta fase el individuo experimenta un aumento gradual de su sentido de preocupación; si en su transcurso pierde a la madre, el proceso se revierte. El hecho de que la madre no esté allí cuando el bebé se siente preocupado provoca la anulación del proceso integrador, de manera tal que la vida instintiva queda inhibida o disociada de la relación general entre el niño y el cuidado que le prestan.

En tal caso, el sentido de preocupación se pierde; en cambio, cuando el objeto (la madre) continúa existiendo y desempeñando su rol, el sentido de preocupación se robustece paulatinamente. El florecimiento de este proceso da como resultado esa madurez que denominamos "capacidad de hacer el duelo".

Biblioteca D. Winnicott

El psicoanálisis y el sentimiento de culpabilidad ⁽¹⁾

- 1958 -

En esta conferencia no iré más allá de la afirmación que hizo Burke, hace doscientos años, en el sentido de que la culpabilidad reside en la intención. Sin embargo, he de hacer notar que las ideas intuitivas de los hombres ilustres, e incluso las elucubraciones de poetas y filósofos, carecen de aplicabilidad clínica. El psicoanálisis ha puesto ya al alcance de la sociología y de la terapia individual muchos elementos que hasta la fecha quedaban enterrados en afirmaciones como la de Burke.

El psicoanalista aborda el tema de la culpabilidad como cabe esperar de quien está acostumbrado a pensar en términos de crecimiento, de evolución del individuo humano, del individuo en cuanto persona y en relación con el medio que lo rodea. Para el analista, el estudio del sentimiento de culpabilidad entraña igualmente el estudio del desarrollo emocional del individuo. Por lo general, el sentimiento de culpabilidad se considera el resultado de las enseñanzas religiosas a morales. En el presente trabajo trataré de estudiar este sentimiento no como algo que debe inculcarse en el individuo, sino como algo que forma parte, que es un aspecto más de su desarrollo. Las influencias culturales son sin duda importantes, de una importancia vital, pero lo cierto es que estas influencias pueden considerarse como un conjunto integrado por numerosas pautas personales o individuales. Dicho de otro modo, la clave de la psicología social y colectiva (o de grupo) la constituye la psicología del individuo. Los que opinan que la moralidad es una disciplina que debe inculcarse educan a los niños de acuerdo con este principio, con lo cual se privan a sí mismos de la satisfacción que produce ver como el sentido de la moralidad se desarrolla en los niños de un modo natural, dentro de un marco positivo que les es dado de forma personal e individual.

No creo necesario examinar los distintos tipos de temperamento humano. A decir verdad, no tenemos pruebas concluyentes de que existan individuos cuya naturaleza impida el desarrollo de un sentido propio de la moralidad (dejando aparte, claro está, los casos de deficiencias mentales). Por el contrario, lo que sí nos es dado constatar es la existencia de individuos en los que dicho sentido se ha desarrollado con mayor o menor plenitud. Así, pues, intentaré explicar estas variaciones. Sin duda alguna hay niños y adultos cuyo sentimiento de culpabilidad es deficiente, sin que ello esté específicamente relacionado con ninguna incapacidad o capacidad intelectual.

Mi tarea resultará más fácil dividiendo el examen del problema en tres partes principales:

1. El sentimiento de culpabilidad en aquellos individuos en los que se ha desarrollado la capacidad de experimentar dicho sentimiento.

2. El sentimiento de culpabilidad en el punto de partida del desarrollo emocional del individuo.

3. El sentimiento de culpabilidad como rasgo que, en algunos individuos, se hace conspicuo por su ausencia.

Finalmente haré referencia a la pérdida y recuperación de la capacidad de experimentar el sentimiento de culpabilidad.

1. Casos en los que cabe dar por existente la capacidad de experimentar culpabilidad

¿Cómo aparece el concepto de culpabilidad en la teoría psicoanalítica? Creo que no me equivoco al decir que los primeros trabajos que Freud dedicó a este tema se referían a las vicisitudes del sentimiento de culpabilidad en aquellos individuos en los que cabía dar por sentada la existencia de una capacidad para sentir culpa. Así, pues, Hablaré del concepto que tenía Freud en relación con el significado de la culpabilidad para el inconsciente normal o «sano», y hablaré también de lo que dijo sobre la psicopatología del sentimiento de culpabilidad.

Freud nos demuestra en qué medida es cierto que la culpabilidad reside en la intención, en una intención inconsciente. Así, el sentimiento de culpabilidad no es el resultado del crimen, sino todo lo contrario: el crimen es el resultado de la culpabilidad, de una culpabilidad que es propia de la intención criminal. Sólo desde el punto de vista legal podemos hablar de culpabilidad refiriéndonos a un crimen; cuando se trata de una culpabilidad moral nos referimos a una realidad interna. Freud fue capaz de dar sentido a esta paradoja. Al formular sus primeras teorías, Freud hablaba del id (o ello), refiriéndose a las pulsiones o impulsos instintivos, y del ego (o yo), refiriéndose a aquella parte del ser que guarda relación con el medio ambiente. El ego se encarga de modificar el medio ambiente o entorno con el fin de dar satisfacción al id, al mismo tiempo que reprime los impulsos del id con el fin de sacar el máximo provecho de lo que ofrece el entorno, igualmente para satisfacción del id. Más adelante, en 1923, Freud acuñó el término superego (o superyó) con el objeto de denominar aquellos elementos de los que el ego se vale para controlar al id.

Vemos, pues, que Freud aborda la naturaleza humana en términos económicos, simplificando deliberadamente el problema con el propósito de dar fundamento a una formulación teórica. Todos sus trabajos en este sentido se basan en un determinismo implícito, en el supuesto de que la naturaleza humana puede examinarse objetivamente y que se halla sujeta a las mismas leyes que la física. Planteado en términos de ego-id, el sentimiento de culpabilidad es muy poco más que una angustia con una cualidad especial, una angustia producida por el conflicto entre el amor y el odio. El sentimiento de culpabilidad entraña la tolerancia de la ambivalencia. No resulta difícil admitir como cierta la estrecha relación existente entre la culpabilidad y el conflicto personal producido por la coincidencia de unos sentimientos de odio y amor, pero Freud supo investigar este conflicto Basta sus mismas raíces, demostrando que los dos sentimientos están relacionados con la vida instintiva. Como es bien sabido, al analizar pacientes adultos (de tipo más bien neurótico que psicótico) Freud se encontraba con frecuencia con que sus exploraciones se remontaban hasta la primera infancia del paciente, marcada por una angustia intolerable y por el conflicto amor-odio. Simplificando al máximo los términos del complejo de Edipo, diremos que en tales casos un niño mentalmente sano establecía con su madre una relación en la que el instinto se hallaba implicado y en la que los sueños presentaban una relación amorosa con

respecto a la madre. Ello llevaba al sueño de la muerte del padre, lo que a su vez producía el temor al padre y a que éste destruyese el potencial instintivo del hijo. Se trata del llamada «complejo de castración». Simultáneamente, existían los sentimientos de amor y respeto que el niño sentía hacia su padre. Se producía entonces un conflicto entre las dos facetas de la naturaleza del niño: la que lo impulsaba a odiar a su padre y desear dañarlo y, por el contrario, la que lo hacía amarlo, conflicto que se traducía en un sentimiento de culpabilidad. La misma: existencia de tal sentimiento entrañaba que el niño era capaz de tolerar dicho conflicto que, de hecho, es inherente a toda vida sana.

Todo esto resulta fácil de comprender; sin embargo, sucede que sólo gracias a Freud se ha reconocido que, en circunstancias normales, la angustia y la culpabilidad tienen su punto culminante en un período determinado; es decir, se producen dentro de un marco de vital importancia: el niño pequeño, con sus instintos biológicamente determinados, que vive en familia y experimenta su primera relación triangular. He de hacer notar que he simplificado a propósito el planteamiento de lo que acabo de decir, y que no pienso tratar ahora del complejo de Edipo en su manifestación a través de las relaciones entre parientes cercanos, ni tampoco hablaré de su sustitución en el caso de los niños criados lejos de sus padres o en una institución.

En las primeras manifestaciones psicoanalíticas son escasas las referencias al elemento destructivo presente en el impulso amoroso, y lo mismo sucede con respecto a la agresividad, que sólo dentro de la normalidad queda plenamente integrada en lo erótico. A la larga fue necesario incorporar todo esto a la teoría del origen de la culpabilidad; de ello hablaré más adelante. En la primera etapa, la culpabilidad nace del choque entre el amor y el odio, choque que se hace inevitable si en la acción de amar se incluye el elemento instintivo que le es propio. El prototipo cobra realidad en la edad en que se dan los primeros pasos.

En el ejercicio de su profesión, todo psicoanalista se familiariza con la sustitución de los síntomas por el desarrollo normal de los mismos: la aparición del sentimiento de culpabilidad y una mayor conciencia y aceptación del contenido de la fantasía que hacen lógico el sentimiento en cuestión. ¡Cuán ilógico parece a veces el sentimiento de culpabilidad! En *Anatomy of Melancholy*, de Burton, hay una buena colección de casos clínicos que ilustran los aspectos absurdos del sentimiento de culpabilidad. En un análisis prolongado y profundo del paciente, éste se siente culpable de cualquier cosa, incluso de algunos factores adversos presentes en su primer medio ambiente que, en rigor, son fácilmente discernibles como fenómenos fortuitos. He aquí un ejemplo sencillo:

Un niño de ocho años presentaba crecientes síntomas de angustia hasta que acabó por escaparse de la escuela. Se comprobó que padecía de un insoportable sentimiento de culpabilidad debido a la muerte de un hermano, hecho acaecido con anterioridad al nacimiento del niño en cuestión. Hacía poco que había oído hablar de ello, sin que los padres sospechasen que la noticia lo había trastornado. En este caso no hizo falta someter al muchacho a un prolongado análisis. Bastaron unas cuantas sesiones terapéuticas para que el niño se diese cuenta de que la terrible angustia que le producía aquella muerte no era más que un desplazamiento del complejo de Edipo. Se trataba de un niño normal y, con un poco de ayuda, pronto pudo volver a la escuela y superar los demás síntomas.

El superego

La introducción de esta nueva instancia de la personalidad, en 1923, constituyó un gran avance en la evolución, inevitablemente lenta, de la metapsicología psicoanalítica. El propio Freud fue el precursor en este campo y quien tuvo que soportar las críticas de un mundo que se sentía turbado ante la importancia

que él concedía a la vida instintiva de los niños. Poco a poco, mediante la aplicación de las técnicas freudianas, otros investigadores fueron adquiriendo experiencia y, al introducir el término superego, Freud contaba ya con numerosos colegas. El propósito de Freud al presentar el nuevo término era indicar que el ego, al contender con el id, se valía de ciertas fuerzas a las que era conveniente dar un nombre propio. Paulatinamente, el niño iba adquiriendo nuevas fuerzas que incrementaban su capacidad controladora. Recurriendo otra vez a la simplificación del complejo de Edipo, diré que el niño realizaba una introyección de su respetado y temido padre y, por consiguiente, llevaba consigo unas fuerzas controladoras que se basaban en lo que él, el niño percibía y aprehendía del padre. Esta figura paterna introyectada resultaba sumamente subjetiva y se veía matizada por otras figuras paternas - ajenas al padre propiamente dicho- percibidas por el niño y por las pautas culturales de la familia. (La palabra introyección significa simplemente «aceptación mental y emocional»; carece, pues, de las implicaciones, más funcionales, que lleva consigo la palabra incorporación.) La existencia de un sentimiento de culpabilidad significa, por tanto, que el ego, por así decirlo, está llegando a un acuerdo con el superego: la angustia ha madurado hasta convertirse en culpabilidad.

El concepto de superego nos permite ver con claridad la proposición de que la génesis de la culpabilidad es cuestión de una realidad interior; es decir, que la culpabilidad reside en la intención. También aquí se halla la explicación más profunda del sentimiento de culpabilidad que produce la masturbación y las actividades autoeróticas en general. La masturbación no es ningún crimen de por sí, pero en el conjunto de la fantasía masturbatoria se reúne la totalidad de la intención consciente e inconsciente.

Partiendo de esta versión muy simplificada de la psicología del niño, el psicoanálisis pudo empezar el estudio del desarrollo del superego tanto en los niños como en las niñas, así como de las diferencias que indudablemente existen entre unos y otras en lo que se refiere a la formación del superego, las pautas de conciencia, y el desarrollo de la capacidad de sentir culpabilidad. El concepto del superego ha evolucionado considerablemente. La idea de la introyección de la figura paterna ha resultado excesivamente simplista. Existe una primera fase del superego en todo individuo: el objeto de introyección puede ser humano y parecerse al padre, pero, en fases anteriores, los objetos introyectados, que sirven para controlar los impulsos y productos del id, son infrahumanos y sumamente primitivos. Así, nos encontramos estudiando el sentimiento de culpabilidad de todo individuo, en la infancia y en la niñez, tal como evoluciona desde un temor tosco, poco matizado, hasta devenir en algo parecido a una relación con un ser humano objeto de reverencia, un ser capaz de comprender y perdonar. (Se ha dicho que existe cierto paralelismo entre la maduración del superego en el niño y la aparición del monoteísmo, según se describe en la historia del pueblo judío primitivo.)

En todo momento, mientras conceptualizamos los procesos que sirven de fundamento al sentimiento de culpabilidad, tenemos muy presente que este sentimiento, incluso cuando es inconsciente y a primera vista irracional, denota cierto grado de desarrollo emocional, de salud del ego y de esperanza.

La psicopatología del sentimiento de culpabilidad

Es frecuente encontrar personas que se hallan agobiadas, incluso reducidas a la impotencia, por un fuerte sentimiento de culpabilidad, que llevan sobre sus espaldas del mismo modo que Christian lleva su carga en Pilgrim's Progress ⁽²⁾. Sabemos que se trata de personas que potencialmente son aptas para realizar un esfuerzo constructivo. A veces, cuando encuentran una oportunidad adecuada para llevar a cabo un trabajo constructivo, el sentimiento de culpabilidad deja de atosigarlas y realizan dicho trabajo excepcionalmente bien; sin embargo, la desaparición de la oportunidad puede provocar la reaparición del sentimiento de culpabilidad, que es intolerable e inexplicable. Nos encontramos ante un caso de anormalidades del superego. Al analizar con éxito a individuos que se hallan oprimidos por un sentimiento de culpabilidad, vemos que éste va disminuyendo de modo gradual, paralelamente a la

disminución de la represión o al reconocimiento, por parte del paciente, del complejo de Edipo, con la consiguiente aceptación de la responsabilidad de todo el odio y amor que el mismo entraña. Ello no quiere decir que los pacientes pierdan su capacidad de experimentar un sentimiento de culpabilidad (salvo en aquellos casos en que se haya producido un falso desarrollo del superego basado, de forma anormal, en la intrusión de una fortísima influencia autoritaria proveniente del medio ambiente de los primeros años).

Podemos estudiar semejantes excesos del sentimiento de culpabilidad en individuos que pasan por normales y que, de hecho, a veces se encuentran entre los miembros más valiosos de la sociedad. Sin embargo, resulta más fácil examinar el problema atendiendo a lo que tiene de enfermedad. Las dos enfermedades que debemos estudiar a este respecto son la melancolía y la neurosis obsesiva. Hay una interrelación entre estas dos enfermedades, existiendo pacientes que pasan de la una a la otra.

En la neurosis obsesiva, el paciente se encuentra siempre tratando de arreglar algo, si bien para el observador, y tal vez para el mismo paciente, es evidente que no va a lograrlo. Sabemos que lady Macbeth no puede deshacer el pasado y alejarse de sus malas intenciones por el simple expediente de lavarse las manos. En la neurosis obsesiva se llega a veces a un ritual que se parece a la caricatura de una religión, como si el Dios de ésta estuviera muerto o temporalmente ausente. El pensamiento obsesivo se caracteriza a veces por el empeño en anular una idea por medio de otra, sin llegar a conseguirlo. Detrás de todo el proceso hay confusión y de nada sirven los esfuerzos que el paciente haga para poner orden, pues se trata de una confusión mantenida inconscientemente con el fin de ocultar algo muy sencillo: que en alguna esfera específica y desconocida por el paciente el odio es más fuerte que el amor.

Citaré el caso de una niña que no podía ir a la playa porque entre las olas veía a alguien que gritaba pidiendo auxilio. Un intolerable sentimiento de culpabilidad la obligaba a hacer cuanto pudiese, por absurdo que fuera, para que se tomaran las necesarias medidas de vigilancia y salvamento. Lo absurdo del síntoma pudo demostrarse al ver que la niña no podía tolerar la visión de la playa ni siquiera en una postal. Si por casualidad veía una en algún escaparate, tenía que enterarse de quién había tomado la foto, porque en ella había alguien que se estaba ahogando; se veía en la obligación de organizar la operación de salvamento, pese a que sabía perfectamente que la foto había sido tomada meses, incluso años antes. A la larga, esta niña, cuyo caso era muy grave, pudo llevar una vida razonablemente normal, mucho menos obstaculizada por sentimientos irracionales de culpabilidad; pero el tratamiento fue necesariamente prolongado.

La melancolía es una forma organizada de los accesos de humor depresivo a que se encuentran sujetas casi todas las personas. En algunos casos, el paciente aquejado de melancolía se ve paralizado por un sentimiento de culpabilidad, quizás acusándose así mismo, año tras año, de haber sido el causante de la Guerra Mundial. Ningún argumento surte efecto en él. Cuando es posible llevar a cabo el análisis de un caso semejante, se comprueba que, durante el tratamiento, esta culpabilidad colectiva asumida por una sola persona da paso al miedo que el paciente siente ante la posibilidad de que en él el odio sea más fuerte que el amor. Su enfermedad es un intento de hacer lo imposible. Absurdamente, el paciente reclama para sí la responsabilidad del desastre general, pero, al hacerlo, evita llegar a su propia destructividad.

La muerte de su padre, acaecida en circunstancias poco corrientes, produjo en una niña de cinco años una profunda reacción depresiva. El padre había adquirido un automóvil en un momento en que la niña pasaba por una fase en la que el odio hacia su padre corría parejo con el amor que sentía hacia él. De hecho, la pequeña soñaba con la muerte del padre, y cuando éste propuso que diesen un paseo en coche, ella imploró para que su padre desistiera. Él insistió, lo cual era natural, ya que los niños son propensos a este tipo de pesadillas. La familia salió a dar el paseo y dio la casualidad de que se produjo un accidente: el coche dio una vuelta de campana y entre sus ocupantes la niña fue la única que salió ilesa. Se acercó al padre, que yacía en la carretera, y lo golpeó con el pie para despertarlo. Pero él había muerto. Tuve ocasión de observar a esta niña durante su grave enfermedad depresiva, en la que se

hallaba sumida en un estado de apatía casi total. La pequeña pasaba horas y horas en mi consultorio sin que sucediera nada. Cierta día se acercó a la pared y la golpeó suavemente con el pie, con el mismo pie que utilizara para despertar a su padre. Entonces pude expresar con palabras el deseo de la niña de despertar a su padre, a quien amaba, aunque, al golpearlo con el pie, había expresado también cierto sentimiento de enojo. A partir del momento en que golpeó la pared con el pie, la niña fue volviendo paulatinamente a la vida y, al cabo de más o menos un año, pudo regresar a la escuela y llevar una vida normal.

Vemos, pues, que al margen del psicoanálisis, es posible comprender por pura intuición la causa de una inexplicable culpabilidad y de las enfermedades melancólicas y obsesivas. No obstante, probablemente sea acertado decir que sólo el instrumento aportado por Freud -el psicoanálisis y sus derivados- nos permite ayudar al individuo aquejado por un sentimiento de culpabilidad a encontrar, en su misma naturaleza, el verdadero origen de su aflicción. Visto de este modo, el sentimiento de culpabilidad es una forma especial de angustia asociada con la ambivalencia o, si se prefiere, la coexistencia del amor y el odio. Sin embargo, la ambivalencia y su tolerancia por parte del individuo entrañan un grado considerable de desarrollo y salud mental.

2. La culpabilidad en su punto de partida

Vamos a estudiar seguidamente el punto de donde parte esta capacidad para el sentimiento de culpabilidad, señalando ante todo que este punto existe en todos los individuos. Melanie Klein (1935) llamó la atención de los psicoanalistas hacia una importante fase del desarrollo emocional que ella denominó «posición depresiva». Su trabajo sobre el origen de la capacidad para el sentimiento de culpabilidad en el individuo humano constituye un resultado importante de la aplicación continuada del método freudiano. Resulta imposible, en una conferencia como la presente, hacer justicia a las complejidades del concepto «posición depresiva», pero trataré de hacer una somera exposición del mismo.

Conviene tener en cuenta que, mientras los primeros trabajos psicoanalíticos hacían hincapié en el conflicto entre el amor y el odio, especialmente en una situación tricorporal o triangular, Melanie Klein ha dedicado mayor atención a desarrollar la idea desemejante conflicto dentro de una sencilla relación bicorporal, la del niño con su madre, conflicto que tiene su origen en las ideas destructivas que acompañan al impulso amoroso. Como es natural, se trata de una fase preedípica; es decir, anterior a la instauración del complejo de Edipo.

Es de observar el desplazamiento del énfasis: anteriormente recaía en la satisfacción obtenida por el niño de sus experiencias instintivas; ahora, en cambio, recae en la finalidad, a medida que ésta va apareciendo poco a poco. Al afirmar que la intención del niño estriba en irrumpir despiadadamente en el interior de su madre, para arrebatarse cuanto de bueno hay allí, la señora Klein, por supuesto, no pretende negar el hecho de que las experiencias instintivas produzcan satisfacción. Téngase en cuenta, además, que tampoco las primeras formulaciones psicoanalíticas descartaban por completo la finalidad. Sin embargo, lo que ha hecho Melanie Klein ha sido desarrollar la idea de que el primitivo impulso amoroso tiene una finalidad agresiva: al ser despiadado, lleva consigo un número variable de ideas destructivas que no se ven afectadas por ningún tipo de inquietud. Puede que al principio estas ideas sean muy restringidas, pero, antes de que el niño cuente muchos meses de edad, probablemente podremos percibir con cierta claridad que en él se registra una incipiente inquietud relacionada con los resultados de los momentos instintivos pertenecientes a su creciente amor a la madre. Si el comportamiento de la madre es sumamente adaptable (a veces sin necesidad de esfuerzo alguno por su parte), podrá dar al niño tiempo suficiente para comprender y aceptar el hecho de que el objeto de su despiadado ataque es ella, la madre, la misma persona que es responsable único y total del cuidado del

niño. Como puede verse, el niño tiene dos inquietudes: una con respecto al efecto del ataque contra la madre; la otra en relación con los resultados que se produzcan en la propia personalidad del niño según haya predominado la satisfacción o, por el contrario, la frustración y la ira. (He utilizado la expresión «primitivo impulso amoroso» si bien en los escritos de Melanie Klein de lo que se habla es de la agresión asociada con las frustraciones que, inevitablemente, vienen a perturbar las satisfacciones instintivas del niño a medida que éste se va viendo afectado por las exigencias de la realidad.)

Es mucho lo que aquí se da por sentado. Suponemos, por ejemplo, que el niño se está convirtiendo en una unidad, que está adquiriendo la capacidad de percibir a su madre en cuanto persona. Asimismo, damos por sentada su aptitud para reunir los componentes instintivos agresivos y eróticos en una experiencia sádica, así como su aptitud para encontrar un objeto en plena excitación instintiva. Todos estos procesos son susceptibles de malograrse en las primeras fases, las correspondientes al principio de la vida, inmediatamente después del nacimiento, y que dependen de la madre y de su forma natural de gobernar al hijo. Al hablar de los orígenes del sentimiento de culpabilidad, damos por sentado el desarrollo sin complicaciones de las primeras fases. En lo que se denomina «posición depresiva», el niño depende menos de la sencilla aptitud de la madre para “llevar” un bebé -aptitud que la caracterizaba durante las primeras fases- que de su capacidad para llevar el cuidado del pequeño a lo largo de un período de tiempo en el que el niño puede atravesar una serie de experiencias complejas. Si se le da tiempo, tal vez unas cuantas horas, el niño es capaz de interpretar los resultados de una experiencia instintiva. La madre, toda vez que sigue presente, tendrá oportunidad de recibir y comprender el posible impulso natural de dar o reparar que experimente el niño. Especialmente en esta fase, el niño no es capaz de soportar una serie de cambios en las personas que cuidan de él, ni una prolongada ausencia de la madre. La segunda aportación hecha por Klein en este campo consiste en la necesidad que siente el niño de hallar una oportunidad para efectuar la reparación o restitución que permitan que su sadismo oral sea aceptado por su inmaduro ego.

Bowlby (1958) ha mostrado un especial interés en que el público sea consciente de que todo niño pequeño necesita cierto grado de seguridad y continuidad en las relaciones externas. En el siglo XVII,

Robert Burton citó las siguientes causas de la melancolía: «Las causas innecesarias, externas, adventicias o accidentales: las que proceden de la nodriza.» En parte se refería a la transmisión de materias nocivas a través de la leche, pero no era eso todo. Por ejemplo, cita a Aristóteles en el sentido de que [...] En ningún caso recurriría a una nodriza, sino que toda madre, sea cual fuere su condición, debería criar a sus propios hijos: [...] la madre será más cuidadosa, cariñosa y solícita que cualquier mujer servil o a sueldo; esto todo el mundo lo reconoce... »

El origen de la inquietud se ve mejor analizando a un niño o adulto que mediante la observación directa de los niños. Huelga decir que, al formular estas teorías, es preciso dejar espacio para las tergiversaciones y demás falseamientos que se producen en todo proceso analítico. Con todo, nuestro trabajo nos permite hacernos una visión de este importantísimo aspecto del individuo humano: el origen de la capacidad para el sentimiento de culpabilidad. Gradualmente, a medida que el niño se va dando cuenta de que la madre sobrevive a sus ataques y acepta sus gestos reparatorios, él mismo se va capacitando para aceptar la responsabilidad de la fantasía total derivada del impulso instintivo, que antes era simplemente despiadado. La crueldad da paso a la compasión; la indiferencia, a la inquietud. (Estos términos se refieren al desarrollo inicial.)

En el análisis cabría decir que el «no me importa lo más mínimo» es sustituido por un sentimiento de culpabilidad. A este punto se llega mediante un proceso evolutivo. No hay nada más fascinador para el analista que observar la evolución gradual de la capacidad individual para tolerar los elementos agresivos del primitivo impulso amoroso. Como ya he dicho, esto entraña el reconocimiento paulatino de la diferencia entre la realidad y la fantasía, así como de la capacidad materna para sobrevivir al momento instintivo y, por tanto, estar presente para recibir y comprender el sincero gesto de reparación.

Como se comprenderá fácilmente, esta importante fase del desarrollo se compone de innumerables repeticiones, distribuidas a lo largo de un período de tiempo. Existe un ciclo beneficioso compuesto por a) la experiencia instintiva, b) la aceptación de la responsabilidad que llamamos culpabilidad, c) una interpretación, y d) un sincero gesto de restitución. A veces, si en algún punto algo sale mal, este ciclo puede convertirse en vicioso, en cuyo caso vemos que la capacidad para el sentimiento de culpabilidad desaparece y es reemplazada por una inhibición del instinto o por cualquier otro mecanismo primitivo de defensa, como por ejemplo la división de los objetos en buenos y malos, etc. Sin duda, alguien se preguntará lo siguiente: dentro del desarrollo del niño normal, ¿a qué edad podemos decir con certeza que su capacidad para el sentimiento de culpabilidad ya ha quedado establecida? Mi respuesta es que nos estamos refiriendo al primer año de la vida del niño y, de hecho, a todo el período durante el cual el niño sostiene una clara relación humana y bicorporal con la madre. No hay ninguna necesidad de afirmar que estas cosas suceden a edad muy temprana, aunque probablemente así sea. A los seis meses de edad, no es difícil constatar que el pequeño tiene una psicología sumamente compleja, siendo posible que los comienzos de la posición depresiva se den a esa edad. Son inmensas las dificultades que presenta la fijación de una fecha concreta para el origen de los sentimientos de culpabilidad en el niño normal y, si bien el tema reviste suficiente interés para que merezca investigarse, lo cierto es que no afecta en ningún modo la labor analítica.

Los trabajos posteriores de Melanie Klein contienen gran cantidad de material pertinente al tema que estamos tratando y que, por desgracia, no podré citar aquí. Klein ha enriquecido, sobre todo, nuestra comprensión de la compleja relación que existe entre la fantasía y el concepto freudiano de la realidad interior, concepto claramente procedente de la filosofía. Klein ha estudiado las influencias mutuas entre lo que el niño percibe como beneficioso o perjudicial de las fuerzas u objetos contenidos en su personalidad. Esta tercera aportación de Klein a este campo trasciende al problema de la eterna lucha que se desarrolla en la naturaleza interna del hombre. A través del estudio del desarrollo de la realidad interna en el bebé y en el niño, nos es dado vislumbrar por qué hay una relación entre los conflictos más profundos, los que se manifiestan en la religión y las artes, y los estados depresivos o enfermedades melancólicas. En el centro se halla la duda, la duda sobre el resultado final de la lucha entre las fuerzas del bien y del mal o, recurriendo a términos psiquiátricos, entre los elementos benignos y persecutorios dentro y fuera de la personalidad. En la posición depresiva, dentro del desarrollo emocional del niño o de un paciente, observamos la evolución del bien o del mal según las experiencias instintivas hayan sido satisfactorias o frustratorias. El bien se hace inmune al mal, estableciéndose una pauta personal, sumamente compleja, a modo de sistema defensivo contra el caos de dentro y de fuera.

De acuerdo con mi punto de vista personal, la obra de Klein ha hecho posible que la teoría psicoanalítica empiece a dar cabida a la idea del valor del individuo, mientras que en los comienzos del psicoanálisis se hablaba simplemente de salud y de mala salud neurótica. El valor se halla estrechamente ligado con la capacidad para el sentimiento de culpabilidad.

3. El sentimiento de culpabilidad cuando se hace conspicuo por su ausencia

Llegamos ahora a la tercera parte de mi conferencia y en ella ante todo me referiré brevemente a la carencia del sentido de la moral. Sin duda, hay personas que carecen de capacidad para el sentimiento de culpabilidad. Los extremos de semejante incapacidad deben de ser poco frecuentes. Pero no es raro encontrar individuos cuyo normal desarrollo es solamente parcial y que en parte son incapaces de sentir inquietud o culpabilidad, ni siquiera remordimiento. Resulta tentador buscar aquí la explicación en el factor temperamental, factor que, por supuesto, jamás debe ignorarse. No obstante, el psicoanálisis nos ofrece otra explicación: las personas que carecen del sentido de la moral son las mismas que, en las

primeras fases de su desarrollo, carecieron del marco emocional y material que hubiese permitido la formación de la capacidad para el sentimiento de culpabilidad.

Que quede bien entendido que no trato de negar el hecho de que cada niño lleva en sí mismo la tendencia hacia el desarrollo de la culpabilidad. Dadas ciertas condiciones físicas de cuidado y salud, el niño llegará a caminar y a hablar simplemente porque ha llegado el momento de su desarrollo en que dichas funciones se materializan. Sin embargo, cuando se trata del sentimiento de culpabilidad, las necesarias condiciones ambientales son mucho más complejas; a decir verdad, en ellas se incluye todo aquello que es natural y seguro en el cuidado de bebés y niños. Durante las primeras fases del desarrollo emocional del individuo, no debemos buscar un sentimiento de culpabilidad. El ego no es lo suficientemente fuerte, ni está lo bastante organizado, como para aceptar la responsabilidad de los impulsos del id. Así, pues, la dependencia es casi absoluta. Si existe un desarrollo satisfactorio en las primeras fases, entonces se producirá una integración del ego que posibilitará el comienzo de la capacidad para la inquietud. Poco a poco, si las circunstancias son favorables, la capacidad para el sentimiento de culpabilidad irá creciendo en el individuo en delación con la madre; esto está íntimamente relacionado con la oportunidad de reparación. Una vez establecida la capacidad para la inquietud, el individuo empieza a estar capacitado para experimentar el complejo de Edipo, así como para tolerar la ambivalencia inherente a la última fase, cuando el niño, si ha madurado, participa en relaciones triangulares igual que las personas mayores.

En este contexto lo único que puedo hacer es reconocer que en ciertas personas, o en parte de ellas, se produce un estancamiento del desarrollo emocional durante sus primeras fases, con la consiguiente ausencia del sentido de la moral. Allí donde no hay un sentido moral de índole personal, será necesario recurrir a un sentido moral inculcado, si bien la socialización resultante adolecerá de inestabilidad.

El artista creador

Resulta interesante observar que el artista creador es capaz de alcanzar un tipo de socialización que soslaya la necesidad del sentimiento de culpabilidad y la consiguiente actividad reparadora y retributiva que forma la base del trabajo constructivo corriente. De hecho, es posible que el artista y el pensador creador no lleguen a comprender, incluso que desprecien, los sentimientos de inquietud que constituyen la motivación de una persona menos creadora. De los artistas cabe decir que algunos no son capaces de experimentar culpabilidad y, pese a ello, logran la socialización gracias a su talento excepcional. A las personas corrientes, dominadas por la culpabilidad, esto les parece desconcertante; y, sin embargo, sienten un oculto respeto hacia esa falta de piedad que de hecho, en tales circunstancias, consigue más que el trabajo impulsado por la culpabilidad.

Pérdida y recuperación del sentimiento de culpabilidad

En el tratamiento de niños y adultos con tendencias antisociales, tenemos ocasión de presenciar la pérdida y la recuperación de la capacidad para el sentimiento de culpabilidad, y a menudo podemos valorar las variaciones de la seguridad ambiental que producen tales efectos. Es aquí, al tratar de la pérdida y la recuperación del sentido de la moral, donde nos es posible estudiar la delincuencia y los casos de reincidencia en el delito. En 1915, refiriéndose a los actos adolescentes y preadolescentes (tales como robos, estafas, incendios provocados) de personas que con el tiempo se integraron en la sociedad, Freud escribió lo siguiente: «Los trabajos analíticos nos condujeron al sorprendente descubrimiento de que semejantes actos se cometían principalmente porque [el subrayado es mío] estaban prohibidos, y porque su ejecución iba acompañada de una sensación de alivio mental en la persona que los cometía. El

autor del hecho sufría un opresivo sentimiento de culpabilidad, cuyo origen le era desconocido, y después de cometer la mala acción, notaba que su opresión quedaba paliada. Al menos, su sentimiento de culpabilidad quedaba enlazado con algo concreto.» (Freud, 1915, p. 332.) Si bien Freud se refería a fases avanzadas del desarrollo, lo que escribió es igualmente aplicable a los niños.

Basándonos en nuestra labor analítica, podemos dividir el comportamiento antisocial en dos grandes grupos. El primero no ofrece nada de particular y está estrechamente relacionado con las travesuras propias de todo niño normal y que, centrándonos en el comportamiento, se manifiestan mediante acciones como robar, mentir, destruir y orinarse en la cama. Una y otra vez comprobamos que semejantes actos se cometen a modo de intento inconsciente de dar sentido al sentimiento de culpabilidad. El niño o el adulto no alcanza a ver la fuente de ese sentimiento de culpabilidad que le resulta intolerable, y el hecho de no poder explicarse dicho sentimiento lo induce a la rabia. La persona antisocial encuentra alivio en la invención de un crimen, de índole leve, que sólo de forma oculta guarda relación con el crimen que aparece en la fantasía reprimida que corresponde al complejo de Edipo originario. Esto es todo lo cerca de la ambivalencia correspondiente al complejo de Edipo que podrá llegar la persona antisocial. Al principio, el crimen o hecho delictivo de índole sustitutiva no satisface al delincuente, pero, si se repite compulsivamente, llegará a adquirir las características de un beneficio secundario, lo cual lo hará aceptable para el ser. Nuestro tratamiento tiene mayores probabilidades de éxito cuando es posible aplicarlo antes de que el beneficio secundario revista mucha importancia. En este tipo de comportamiento, el más corriente entre los antisociales, la represión actúa más sobre la fantasía que sirve de explicación a la culpabilidad que sobre ésta misma.

Por el contrario, en los casos de comportamiento antisocial encuadrados dentro del segundo grupo, más graves y menos frecuentes, lo que se pierde es precisamente la capacidad para el sentimiento de culpabilidad. Es aquí donde nos encontramos con los crímenes más horribles, donde vemos cómo el criminal trata desesperadamente de sentirse culpable, con pocas probabilidades de que lo logre. Con el fin de que se desarrolle su capacidad para el sentimiento de culpabilidad, esta clase de persona debe hallar un medio ambiente de índole particularizada; de hecho, somos nosotros quienes debemos facilitarle un medio ambiente que corresponda al que normalmente se necesita para el niño inmaduro. Por desgracia, es difícil encontrar semejante ambiente, capaz de absorber todas las tensiones producidas por la crueldad y el carácter impulsivo del paciente. Nos enfrentamos con un niño, pero un niño dotado de la fuerza y la astucia de un niño mayor que él, incluso de un adulto.

En el tratamiento del tipo más frecuente de comportamiento antisocial a menudo logramos la curación realizando un reajuste del medio ambiente, ateniéndonos a la comprensión que Freud nos ha proporcionado.

Citaré el ejemplo de un muchacho que robaba en la escuela. En lugar de castigarlo, el director comprendió que se trataba de una enfermedad y recomendó que se consultase a un psiquiatra. El muchacho en cuestión, cuya edad era de nueve años, se hallaba luchando con una privación propia de una edad más temprana y lo que necesitaba era pasar una temporada en casa. Su familia había vuelto a unirse, lo cual le daba nuevas esperanzas. Comprobé que el muchacho se había hallado bajo los efectos de una compulsión al robo, y que oía una voz, la voz de un brujo, que le ordenaba hacerlo. Una vez en casa, el muchacho empezó a dar muestras de enfermedad, infantilismo, dependencia, incontinencia y apatía. Sus padres dejaron que las cosas siguieran su curso normal y, pasado un tiempo, se vieron recompensados por el restablecimiento espontáneo del muchacho.

Hubiese sido fácil apartar al muchacho del sendero que condujo a su curación. Por supuesto, él ignoraba la intolerable carga de soledad y vaciedad que había detrás de su enfermedad y que le hacía adoptar al brujo en sustitución de una más natural organización del superego. Esta soledad se remontaba a un período de separación de la familia cuando él tenía cinco años. Si el director de la escuela le hubiese infligido un castigo corporal, o le hubiese recriminado su conducta, el muchacho se hubiese reafirmado en ella, organizando para sí una identificación más plena con el brujo; entonces se hubiese hecho dominante y desafiante y, a la larga, se hubiese convertido en una persona antisocial. Se trata de un caso

frecuente en la psiquiatría infantil, y lo he escogido simplemente porque ha sido publicado y el lector podrá consultarlo para conocer más detalles (Winnicott, 1953).

No nos es posible albergar la esperanza de curar a muchos de aquellos que ya se han convertido en delincuentes, pero sí nos es dado esperar el llegar a comprender cómo impedir el desarrollo de la tendencia antisocial. Cuando menos podemos evitar que se interrumpa el desarrollo de la relación entre la madre y el bebé. Asimismo, aplicando estos principios a la crianza normal de los niños nos es posible ver la necesidad de cierto grado de rigor en el tratamiento de los niños cuyo propio sentimiento de culpabilidad no ha superado la fase primitiva. Imponiendo unas prohibiciones de carácter limitado daremos oportunidad a que se produzcan esas travesuras, de índole igualmente limitada, que llamamos normales y entre las que se halla una gran parte de la espontaneidad del niño.

Freud, más que cualquier otro autor, fue quien preparó el camino para llegar a la comprensión del comportamiento antisocial y del crimen en cuanto secuelas de una intención criminal inconsciente y síntomas de un deficiente cuidado del niño. Me atrevo a decir que, al proponer estas ideas y mostrarnos de qué modo podemos ponerlas a prueba para aprovecharlas, Freud hizo una gran aportación al campo de la psicología social, aportación que puede rendir unos resultados de gran trascendencia.

P S I K O L I B R O

(1) Conferencia perteneciente a un ciclo de disertaciones pronunciadas como parte de los actos organizados para conmemorar el centenario del nacimiento de Freud. Fue dada en Friend's House, en abril de 1956, y publicada por primera vez en *Psycho-Analysis and Contemporary Thought*, ed. J. D. Sutherland, Londres, Hogarth, 1958.

(2) *Pilgrim's Progress*: Obra de John Bunyan (1628-1688) en la que se describe en términos alegóricos el camino del alma hacia su salvación.

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

¿Qué es lo que fastidia?, 1960

Tres charlas radiales emitidas por la BBC el 14, el 21 y el 28 de marzo de 1960.

I

D. W. W.: Hay algunas personas que se sienten algo incómodas si comprueban que sus sentimientos hacia los niños pequeños no siempre son cariñosos. Si escuchan la conversación siguiente, notarán que estas madres están bastante seguras acerca del amor que les tienen a sus hijos, lo dan por descontado y no tienen tapujos en referirse a los aspectos desagradables de la vida hogareña. Se les pidió, concretamente, que contaran qué les resultaba fastidioso, y al parecer no tuvieron dificultad alguna en

responder a esta invitación. La charla comienza así:

-Bueno, quise que vinieran esta tarde aquí a contarme qué tiene para ustedes de fastidioso ser madres. Sra. W., para empezar, ¿cuántos hijos tiene usted?

-Tengo siete, entre los 20 y los 3 años.

-¿Es realmente una tarea molesta para usted la de ser madre?

-Bueno, sí, si tengo que decirle la verdad, lo es, creo, en general. Creo que la verdadera dificultad en una familia son pequeñas molestias como el hecho de que los chicos estén constantemente desaseados, y siempre haya que estar tras ellos para llevarlos a la cama... Esa clase de cosas me provocan fastidio.

-¿Y usted qué opina, Sra. A?

-Yo tengo sólo dos hijos, uno recién empieza a caminar y el otro es un bebé, y por supuesto el que me irrita es el primero, pobre. Como dijo la Sra. W., son las pequeñas cosas, y también la falta de tiempo para hacer frente a los chicos -siempre parece que una tiene que andar a los apurones, y cuando estamos a punto de salir, mi pequeño siempre quiere ir a hacer alguna otra cosa.

-¿Sra. S.?

-Sí, yo tengo dos niñas, una de tres y la otra de uno apenas, y me parece que concuerdo con las otras dos madres en que el tiempo es uno de los problemas, que nunca hay tiempo suficiente para hacer todo lo que una quisiera.

-¿Quiere decir que habría otras cosas que usted quisiera hacer, aparte de cuidar a los chicos, y no puede..., cosas para usted misma?

-Sí, creo que las hay. Me encanta cuidar a los chicos y... en general me resulta gratificante, pero una anda siempre apurada. Pienso que cuando estoy cansada me resulta particularmente difícil. A veces me canso, por supuesto. Hago lo que puedo para no cansarme, pero no es fácil...

-¿Cuál es, a su juicio, el motivo del cansancio de las madres? ¿Cree que es porque tienen demasiadas cosas que hacer en un mismo tiempo limitado, o porque en cierto modo están luchando con esa situación?

-No, creo que es porque son demasiadas cosas que hacer en poco tiempo. Digamos, a las seis de la tarde, una acaba de darles la merienda a los chicos, hay que lavar la vajilla de la merienda, y hay que darle de comer al otro y preparar la cena para el marido... todo en una hora más o menos. (Risas.)

D. W .W.: Este es un buen comienzo. Si son varios los chicos en la casa, ésta no puede permanecer aseada, y es imposible mantener el aseo como actitud. Una siempre está corriendo, porque no puede descuidar el reloj, y todo eso. Y los niños (por lo menos los más chicos) no han llegado todavía a la edad en que les resulta divertido amoldarse a los adultos e imitarlos.

El mundo fue hecho para ellos: actúan sobre la base de esta premisa. Luego está la cuestión del cansancio, siempre importante. Cuando una está cansada, las cosas que habitualmente le interesan pueden volvérselle fastidiosas, y si no ha dormido lo suficiente tendrá que luchar contra el sueño, lo cual la deja en peores condiciones para disfrutar de todas las cosas interesantes que hacen los niños, los signos cotidianos de su desarrollo.

Notarán que en este momento me estoy refiriendo a las madres y a sus sentimientos, y no a los chicos que ellas cuidan. Es muy fácil

idealizar la tarea de la madre. Sabemos muy bien que todo trabajo tiene frustraciones y rutinas tediosas, y que hay momentos en que sería lo último que uno elegiría hacer. ¿Por qué no pensar que esto mismo es aplicable al cuidado de bebés y de niños? Creo que dentro de unos años estas madres ya no recordarán con exactitud lo que ahora sienten, y les interesará mucho volver a escuchar esta grabación cuando hayan llegado a los serenos mares de la condición de abuelas .

... todo en una hora más o menos.

-Desde las cinco y media hasta las siete y media, en casa hay un caos total... A esa hora ya no sabemos si estamos yendo o viniendo. Se supone que a ciertas horas deben suceder ciertas cosas, pero nunca ocurre así, porque alguna otra cosa espantosa sucede...; alguien derrama su leche, o algo horrible... Incluso puede suceder que el gato se suba a la cama de alguno y los niños no pueden dormir, ya sea porque el gato está o porque el gato no está, y se bajan de la cama seis veces para ver qué estoy haciendo, y es un caos total. (Risas.)

D. W. W.: ¡Me encanta esto que dice sobre el gato, ya sea que esté o que no esté! No depende de que una haga las cosas bien o mal. Lo que no funciona son las cosas tal como son, lo cual hace que parezca que si estuvieran al revés andarían bien... pero por supuesto no es así. O quizá lo que ocurre es que una no advierte todo lo que anda bien, y en cambio todo lo que anda mal, aunque sea un poquito, se convierte en un problema espantoso que da origen a gritos y alaridos.

En el próximo tramo una madre alude a algo que debe ser muy común, la sensación de que una capacidad propia se está "oxidando" en ella, o de que algo que le divertía aprender debió postergarse indefinidamente.

-¿Cree que le gustaría hacer ciertas cosas para usted misma, como escribir una novela o preparar una torta especial, o cualquier otra cosa que le guste y que los niños le impiden hacer?

-Bueno, a mí me interesa mucho el trabajo asistencial y todo eso. Me gustaría hacer cosas que, según me han dicho, puedo hacer, o participar en ellas, aunque hasta ahora no pude por falta de tiempo. Y me resultó muy frustrante no poder hacer nada de esto porque tenía que quedarme en casa.

-Sí, el año pasado asistí a unas clases de costura y me entretenían muchísimo, pero cuando vino el segundo niño, me di cuenta de que no podía llegar a tiempo, y cuando eran más o menos las ocho me decía: "Oh, Dios, realmente sería un engorro salir ahora".

-¿Hay algo que le gustaría hacer?

-Sí, me gusta mucho la costura, y ésa es una tarea muy irritante cuando los niños... (Risas.) De veras me gusta, me absorbe totalmente, más bien dejo que el tiempo siga su curso, lo cual crea trastornos, tampoco soy un reloj. Me gusta mucho olvidarme del tiempo.

-Para mí una de las cosas irritantes es tener que interrumpir, parar cualquier cosa que esté haciendo por la mañana para preparar la comida..., el almuerzo, cuando yo me arreglaría con un par de huevos duros... pero tengo un marido también, así que... (Hablan entre sí.)

D. W. W. : Aquí aparecen los maridos junto con los hijos, pretendiendo cosas y aniquilando por completo todo el empeño de la esposa-madre para preservar un interés propio, que le demanda concentración. Entonces no es nada raro que la esposa quiera ser

como el hombre, tener un empleo pulcro y aseado, un horario de oficina o reglas y normas fijadas por el sindicato que la protejan precisamente de todo lo que para ella es fastidioso. En esta etapa posiblemente no pueda entender cómo es que algunos hombres envidian a las mujeres por permanecer en la casa, apabulladas por sus quehaceres domésticos y en el más espléndido desorden de niños y de bebés. Así que volvamos al desorden y el desaseo.

-Para mí el desaseo es un problema espantoso, porque no tengo ninguna muchacha que me ayude en casa, y cuando termino de limpiarla y ordené todo, a los veinte minutos, ¡es increíble!, parece como si no la hubiera tocado en dos o tres años, por todos lados hay juguetes que ellos dicen que necesitan y papelitos que tenían que cortar. No tendría que quejarme por esto... Es algo que ellos tienen que hacer, desde luego, y es una gran frustración cuando una no puede armar ningún lío al respecto y debe dejar que sigan con eso.

-Bueno, a mí me pasó que cuando mis chicos eran pequeños, hasta los cuatro años más o menos, digamos hasta que fueron a la escuela, su primera escuela, querían estar siempre donde yo estaba; y si estaba cocinando, bueno, eso significaba que ellos querían cocinar también, y si estaba haciendo algo en las habitaciones de arriba, ellos también venían arriba. No se separaban de mí, me seguían a todos lados, y eso es sumamente fastidioso, me parece, a veces.

D. W. W.: ¿Y qué pasa si el desorden se limita a un solo lugar?

-¿Les resulta más sencillo dejarlos que deambulen a su voluntad por toda la casa, o tratan de que se queden en sus cuartos?

-No, en mi casa hay una habitación que espero y rezo para que no

me la conviertan en un revoltijo, pero invariablemente transforman cualquier habitación en un revoltijo..., se meten en todas partes.

-¿Cree que es posible confinarlos en un solo lugar?

-Bueno, no sé si es que yo tuve suerte, pero Christopher parece haber comprendido que debe quedarse jugando en el cuarto de los niños.

-¿Qué edad tiene?

-Dos años, algo más de dos años.

-¿Puede verla a usted desde el cuarto de los niños?

-No, no, está lejos de la cocina, pero vivimos en un departamento, así que estamos todos en la misma planta, basta con que camine un poco... Viene a jugar a la cocina también, lo cual, por supuesto, para mucha gente está mal. No se me ocurrió poner una barrera hasta que ya era demasiado tarde. En la sala y el comedor tenemos en las puertas perillas al estilo antiguo, él no puede darlas vuelta con la manito, así que hasta ahora conseguí mantener esas habitaciones ordenadas.

D. W. W.: No hay nada que hacer: es preciso aceptar que las madres que tienen varios niños pequeños suelen estar en un aprieto. En ese momento no saben qué hacer. Tal vez, a medida que los niños crezcan, la paz retorne al redil... pero tal vez no.

-Todas las noches libramos unas batallas fabulosas sobre el tema de la cena de los perros..., a quién le toca darles a los perros la comida. Se van rotando para eso, pero siempre, por algún motivo, la persona a la que le toca el turno no puede hacerlo. (Risas.) Y pasarán unos buenos veinte minutos, con los perros ahí alineados,

esperando, antes de que reciban su cena, por causas de estas terribles peleas que yo... De pronto me parecen muy fastidiosas estas peleas que se dan en las grandes familias. No sólo en torno de la comida de los perros, pero cuando uno se dispone a sentarse a la mesa alguien dirá algo, y antes de un segundo ya estarán todos gritándoles a todos por una cuestión de principios, ustedes me entienden... Tenemos espantosas peleas por toda clase de asuntos.

D. W. W. : Estos ejemplos ilustran de cuántas formas puede ser fastidioso atender a los niños pequeños; y sin embargo, también es cierto que uno los quiere y los ama mucho. El problema es la invasión de la privacidad de la madre. Sin duda, en algún lugar hay un pequeño fragmento de ella que es sacrosanto, al que ni siquiera su hijo tenga acceso. ¿Deberá defenderlo o rendirse? Lo terrible es que si la madre esconde algo en algún lugar, eso es justamente lo que el pequeño querrá. Si lo único que hay es un secreto, debe descubrirse y sacarlo afuera. La cartera de la madre conoce muy bien todo esto. La próxima semana me gustaría desarrollar este tema de las tensiones que sufre la madre.

P S I K O L I B R O

II

D. W. W.: Al término de la semana pasada, luego de que varias madres de niños pequeños conversaran sobre lo que les fastidia en general a las madres, quise hacer hincapié en una idea que me gustaría retomar: la forma en que es invadida y expuesta la privacidad de las madres. Deseo desarrollar esta idea porque pienso que tiene mucho que ver con lo que puede fastidiar a los progenitores, y en especial a las madres.

Les recuerdo que estas madres son de las que están contentas de estar casadas y tener hijos, y los quieren, y no les gustaría que las cosas fuesen de otro modo; pero cuando se les pidió concretamente que mencionaran lo que les molestaba, lo hicieron de buen grado. Algunas tal vez no tuvieron el mismo tipo de experiencias. En un extremo, algunas la pasaron peor, vivieron en medio de un embrollo sin tiempo en absoluto para ellas mismas, y tuvieron que pedir ayuda. Aquí el embrollo salió triunfante y la madre se tornó irritable o, por alguna otra causa, no pudo ocuparse de sí misma como le hubiese gustado. En el otro extremo, hay madres que no tienen ningún sentimiento de desorden o de invasión de su vida; pudieron mantener limpia y pulcra la sala y de algún modo sus bebés y niños pequeños se amoldaron a una pauta preestablecida y la mayor parte del tiempo hubo paz. En este caso, la madre, con su sistema en esencia rígido de lo que está bien y de lo que está mal, dominó la escena, y los niños tuvieron que adaptarse, lo quisieran o no. Por supuesto, hay un montón de cosas que decir en favor de la paz y el orden, siempre y cuando se lo consiga sin anular demasiado a espontaneidad de los niños.

Siempre será menester que recordemos que existe toda clase de padres y toda clase de hijos, y sobre esta base podemos examinar las variantes que se presentan sin afirmar que una clase es buena y la otra es mala. ¿Pero no les parece que los extremos, en uno y otro sentido, son por lo común signos de que algo funciona mal en algún lado?

A menudo se escucha decir a los padres que en la época victoriana todo era sencillo, los niños se quedaban en el cuarto que les había sido asignado, y nadie, no importa lo que hiciera o dejara de hacer, pensaba que estaba promoviendo o destruyendo la salud mental del niño. Sin embargo, aun en la época victoriana la gran mayoría de la gente criaba a los chicos rondándoles alrededor por todos lados, haciendo barullo y desorden, y sin la ayuda de niñeras con

delantal almidonado. Cada época tiene sus costumbres, pero creo que hay algo que siempre permaneció igual, y es esta horrible tendencia del niño pequeño a meterse justo en el centro de la madre, donde ésta guarda sus secretos. La cuestión es: ¿puede la madre defenderse con éxito y guardar sus secretos sin privar al mismo tiempo al niño de un elemento esencial, el sentimiento de que la madre es accesible para él? Al comienzo, el niño la poseía, y entre la posesión y la independencia tiene que haber, por cierto, algún albergue accesible a mitad de camino.

El observador tendrá fácilmente presente que sólo durante un lapso limitado esta madre abre las puertas de su casa a sus hijos. Tuvo sus secretos antes y los volverá a tener; y se considerará enormemente dichosa de haber sido infinitamente molestada durante un tiempo por los infinitos reclamos de sus hijos.

Para la madre que está metida en esto, no hay pasado ni futuro: sólo la experiencia presente, en la que no le queda ningún territorio propio que no sea explorado, ningún Polo Norte o Polo Sur sin que algún intrépido explorador lo encuentre y lo anime con su calor, ningún Everest sin que un trepador alcance la cumbre y se la coma. El fondo de su océano es examinado con un batiscafo, y si ella llegase a tener algún misterio, la otra cara de la Luna, también él sería alcanzado, fotografiado y transformado de misterio en hecho científicamente probado. Nada en ella es sagrado.

¿Quién querría ser madre? ¿Quién, realmente, más que la madre efectiva de los hijos? Y otras personas muy especiales: esas niñeras que encuentran el modo de trabajar junto a los progenitores.

Tal vez ustedes se pregunten: ¿cuál es el propósito de tratar de poner en palabras lo que fastidia a una madre? Creo que a las madres las ayuda poder expresar sus padecimientos en el momento en que los experimentan. El resentimiento contenido

arruina el amor que está por detrás de todo. Supongo que ése es el motivo de que profiramos juramentos o blasfemias. Una palabra dicha en el instante oportuno congrega en sí todo el resentimiento y lo da a publicidad, tras lo cual podemos iniciar tranquilos un nuevo período en lo que estamos haciendo, sea lo que fuere. En la práctica, he comprobado que a las madres las ayuda ponerse en contacto con sus resentimientos más amargos.

Dicho sea de paso, la mayoría de las madres no precisan ayuda, pero para aquellas que sí la necesitan escribí una vez una lista de una docena, más o menos, de razones fundamentales por las cuales las madres piensan que odian a sus hijos y no temen contemplar sus otros sentimientos. Por ejemplo, este bebé particular no es el bebé que la madre imaginó, no responde exactamente a la idea de un bebé que ella tenía en mente. En cierto sentido, el cuadro que ella se hizo podría parecerle su propia creación en mayor medida en que este bebé que se ha convertido en algo tan real en su vida. El bebé real no vino, ciertamente, por arte de magia; ese varón o niño llegó luego de un laborioso proceso, que tanto durante el embarazo como durante el parto le hizo correr peligros a la madre. Ese bebé que ahora es suyo la lastima cuando mama, por más que el proceso de lactancia sea muy gratificante. Poco a poco la madre descubre que el hijo la trata como a una sirvienta no remunerada y le exige atención, y que al principio nada le importa cómo se siente ella. En algún momento el bebé la muerde, todo en nombre del amor. Se supone que la madre amará de todo corazón y por completo a su bebé en un comienzo, no sólo lo que tiene de lindo sino también lo que tiene de desagradable y de desordenado. No pasa mucho tiempo antes de que el bebé comience a desilusionarse de la madre y a hacérselo saber, rehusándose a comer el buen alimento que se le ofrece, de modo tal que la madre empiece a tener dudas sobre sí misma. Y el amor excitado del bebé es un amor interesado, y una vez que obtuvo satisfacción a la madre se la deja de lado como si fuera la cáscara de una naranja. ¿Debo continuar con esta lista de razones por las cuales una madre podría

odiar a su bebé?

En estas etapas tempranas, el bebé no sabe en absoluto qué es lo que la madre hace bien y qué sacrificios hace para que todo funcione, pero si las cosas salen mal, aparecen sus quejas en la forma de gritos y alaridos. Después de una mañana espantosa de alaridos y berrinches, la madre sale de compras con su bebé, y éste le sonrío a un extraño, que exclama: "¡Qué ricura!" o "¡Miren que criaturita encantadora!" La madre tiene permanentemente aguda conciencia de que si le falla a su bebé en el comienzo, tendrá que pagar las consecuencias durante un largo período, y si logra éxito no tiene motivos para esperar gratitud. Ustedes, por su cuenta, podrán enumerar una decena o más de razones propias.

Probablemente no haya ninguna peor que la que he escogido para examinar aquí la forma en que los niños invaden los espacios más íntimos y reservados. Trataré, en lo posible, de ver si puedo mostrarles cuál es el sentido de esto.

Al principio no hay dificultades, porque el bebé está en la madre y forma parte de ella. Aunque sólo es un inquilino, por así decir, el bebé en el útero se suma a todas las ideas de bebés que se le atravesaron alguna vez a la madre, y al comienzo el bebé es, de hecho, su secreto. El secreto que se convierte en bebé.

La madre tiene muchísimo tiempo, en los nueve meses que siguen, para desarrollar una particular relación con este fenómeno del secreto convertido en bebé, y cuando lleva algunos meses de embarazo ya es capaz de identificarse con el bebé que está en ella. Para llegar a esto tiene que encontrarse en un estado mental sereno, y constituye una ayuda enorme para ella que el marido la acompañe absolutamente, y se ocupe del mundo en nombre de ambos.

Creo que esta particular relación con el bebé llega a su fin, pero no exactamente con el nacimiento. Pienso que se prolonga unas

semanas más, a menos que circunstancias infortunadas hagan que la mamá tenga que bajar a la tierra -por ejemplo, si debe dejar la sala de la maternidad, o despedir a una niñera inútil, o si el marido se enferma, o algo por el estilo-.

Si una tiene suerte y no se presentan complicaciones molestas, ese estado particular puede empezar a desaparecer gradualmente. En tal caso, la madre inicia un proceso de restablecimiento de sí misma como persona adulta en el mundo, que lleva varios meses. Por más que este proceso es penoso para el bebé, él necesita que la madre sea capaz de llevarlo a cabo. Empieza entonces una lucha tremenda: el bebé, que ha dejado de ser el secreto, pretende inmiscuirse en todos los secretos de la madre. Aunque su batalla esté perdida de antemano, presentará un reclamo tras otro, en una perpetua carrera en pos del oro, pero el oro nunca le es suficiente y algún nuevo reclamo tendrá que hacer. De cualquier manera, la madre recobra su condición de individuo separado y sus minas de oro se tornan cada vez más inaccesibles.

Sin embargo, no se recobra del todo. Si lo hiciera, eso significaría que habría dejado de ser una progenitora. Y por supuesto, si tiene varios hijos, el proceso se inicia de nuevo cada vez, y una llega a los 45 años y sólo entonces puede mirar alrededor y preguntarse dónde está parada en el mundo.

He comenzado a examinar un gran tema, y aquí sólo tengo tiempo de añadir una sola cosa más. Por mis charlas con innumerables madres y mi observación del crecimiento de sus hijos, creo que las que quedan en mejor situación son las que se entregan desde el principio, las que pierden todo. Lo que ganan es que en el curso del tiempo pueden recobrase, pues sus hijos renuncian poco a poco a esas pretensiones perpetuas y se alegran de que sus madres sean individuos con derechos propios, como ellos mismos llegan muy pronto a ser.

Tal vez sepan ustedes que los niños a quienes se priva de ciertos elementos esenciales de la vida hogareña (en verdad, del tipo de cosas de las que hemos estado hablando) suelen albergar un resentimiento permanente, una inquina contra algo; pero como no saben qué es ese algo, la sociedad tiene que soportar la tensión y a esos niños se los llama antisociales.

Tengo bastantes esperanzas, pues, en lo que respecta a estas madres que describen su lucha contra el reloj frente a las hordas invasoras de sus hijos. A la postre, esta batalla no la libran cadáveres, sino niños que no son deprivados, que no son niños problemáticos o delincuentes. Son niños que llegan a adolescentes siendo capaces de defender sus derechos. Y la madre puede permitirse esto también cuando sus niños existen por derecho propio. Puede entonces ser ella misma, con todos sus secretos, lo cual la retrotrae -aunque con una diferencia- a la época previa a la invasión de sus hijos.

III

D. W. W.: La semana pasada yo hablé todo el tiempo, eligiendo un aspecto del problema de estas madres porque lo consideré importante. No me olvido de que las madres de niños pequeños suelen estar cansadas y a menudo no duermen bien, pero preferí hablar de la pérdida de su privacidad. Esta semana me gustaría volver a oír la charla de las madres. En los fragmentos que siguen se enterarán de las peleas que tienen lugar entre los niños en una familia, su lucha encarnizada, podríamos decir, y el efecto que esto

tiene en los nervios de la madre.

Madres: -Veo que se pelean tanto...; me pregunto por qué será realmente. Uno pensaría que en vez de hermanos que se quieren son los peores enemigos...; gritan y se ponen a pelear... Pienso que por debajo de todo eso se quieren mucho. Si viene un extraño, forman una banda y se defienden uno al otro, o si uno cualquiera se enferma, salen corriendo para traer lo que se precise; pero se la pasan peleando de la mañana a la noche, y me parece que me hace mal a los nervios eso de entrar y escuchar "Lo hiciste tú", "No, lo hiciste tú", "Sí, lo hiciste tú", "Sí, lo harás", "No, no lo haré", "Sí, lo harás", "Te odio". Y dan portazos y se empiezan a dar golpes uno al otro, ¿se dan cuenta?, y yo que corro a separarlos. Se pelean de una manera horrible.

-Supongo que es un modo de descargar energía... nerviosa o de otro tipo.

-Espero que así sea, pero resulta muy irritante.

-Es terrible para los nervios de la madre. Sí, yo también puedo recordar que pasaba eso. Solíamos pelearnos con mi hermana menor... y mi mamá terminaba agotada.

-Esto desgasta y destroza a las madres. No es que pase nada. Bueno, si pasa algo grave, pienso que uno sabe hacerle frente por que es bastante inusual...; es una crisis que alguien puede llevar hasta... (Hablan entre sí.) Lo que molesta es la pelea constante cotidiana, como una gota sobre una piedra, ¿no?... una gota, y otra, y otra.

D.W.W.: ¡Sí, una gota, y otra, y otra! ¿Y con qué fin? Hay un fin, y ustedes lo saben. La semana pasada dije que en mi opinión cada niño se interna en la madre y reclama lo que hay allí, y ahora

quiero añadir que si encuentra algo allí lo usa, lo consume. No da cuartel, no muestra piedad, no hace nada a medias. La madre es usada sin miramientos. El niño llega hasta su fuente de energía y empieza a drenar de ahí con una repetición tediosa. La tarea principal de la madre consiste en sobrevivir. En el próximo fragmento aparece esta repetición tediosa.

Madres: -Nosotros les contamos cuentos a la noche, antes de ir a la cama, y me resultan fastidiosos, porque he tenido que contárselos noche tras noche sin excepción... y si alguna vez salimos, por supuesto que lo sienten, ¿no?, los chicos...

-Sí, sí que lo sienten.

-Una no puede dejar de contarles ni una sola línea, no puede ni siquiera decirles... lo que sería lo normal... Hay que hacerlo todas las santas noches, ya sea que una esté sana o enferma, viva o muerta... Hay que leerles dos cuentos espantosos, y a veces pienso que es como si... (Hablan entre sí.)

-Sí, yo agarraría ese librito y lo rompería a pedazos.

D. W. W.: "... y lo rompería a pedazos". Unos cuantos de los que escuchan sin duda se pondrán contentos de oír estas palabras, ahora que fueron pronunciadas. Sin embargo, habrá que seguir repitiendo los cuentos, y repitiéndolos con precisión, y los niños seguirán precisando estos limitados territorios que conocen en detalle y en los que no hay sorpresas para ellos. Es justamente esta certidumbre de que no se encontrarán con sorpresas la que contribuye a su descanso y prepara la escena para que puedan entregarse al sueño.

La cita siguiente se ocupa de las etapas poco gratificantes en las que un niño que hasta entonces estaba evolucionando bien, por una u otra razón tiene que volver atrás, o deja de responder como

antes, o se vuelve decididamente rebelde. Aquí una pequeña tramita sus celos respecto del bebé renunciando a sus logros y convirtiéndose ella misma en un bebé.

Madres: -Mi hija mayor aprendió a vestirse sola hace ya unos... unos nueve meses, pero de repente decidió que no va a vestirse sola nunca más. Es perfectamente capaz de hacerlo. No puede subirse los cierres ni abotonarse los botones traseros, pero sí los delanteros. Sin embargo, decidió decir "No", que va a ser una beba, y se repantiga en mi regazo como la chiquita... Así que ahí estamos, ahora tengo que vestir a las dos de mañana y desvestirlas a las dos de noche.

-Bueno, yo puedo prever este asunto de dejar que se vistan solos. Todavía no tengo que hacerlo porque él no es capaz de hacerlo solo aún, pero ya veo que en el futuro va a ser un motivo de irritación para mí... ver cómo se pone al revés las cosas con toda parsimonia... (Hablan entre sí.)... porque yo no puedo..., a mí me gusta hacer todo rápido.

D. W. W.: Esta es otra cuestión fastidiosa, adaptarse al ritmo de cada niño. Algunos son por temperamento más lentos que su madre, y algunos más rápidos. Es un gran problema para una madre adaptarse a las necesidades de cada cual en esta cuestión de la rapidez o la lentitud. Particularmente fastidioso es para una madre rápida adaptarse a un niño algo retrasado; pero si la madre y el hijo dejan de estar en contacto mutuo en este tema de la sincronización, el niño pierde su capacidad para actuar, se vuelve tonto, y cada vez deja más cosas a cargo de la madre o la niñera. Y no es menos malo para el niño que él sea rápido y la madre lenta, como es dable imaginar. Tal vez la madre sea lenta porque está deprimida, pero el niño ignora las razones y no puede darles cabida. Sin duda, algo puede lograrse mediante una planificación,

pero los niños pequeños suelen echar por tierra los mejores planes, simplemente porque no ven ninguna necesidad de prever el futuro. Ellos viven en el presente. En el próximo fragmento oiremos algo sobre la planificación.

Madres: -Bueno, en parte esta falta de tiempo deriva de que una tiene que organizarse para salir..., tiene que planear la tarde de modo de acomodarse a la mamada que tiene que dar a las dos, y regresar para la mamada de las seis. Creo que lo principal son las compras; yo voy a un mercado que queda a unos seis kilómetros, porque es muy barato, y conseguir tener listos a los dos niños, uno que toma la mamadera y el otro que come con cuchara, los dos vestidos y listos para salir, es toda una hazaña... Y uno de ellos se duerme de todos modos, lo que hace que debamos salir más tarde... y a la vuelta esté a las corridas tratando de llegar a tiempo para volver a darle la mamadera al otro. Y después hay otras cosas, como ir de vez en cuando a tomar el té a algún lado... Esta tarde, por ejemplo, nos llevó una hora organizarnos hasta que los tres estuvimos listos.

-Es un trabajo terrible.

-Quiero decir que para cuando una ya está lista, los otros dos...

-Sí, los otros dos parecen tener..., se ponen un poco pesados.

-El problema es la planificación..., tener que pensar cuál es el mejor momento para salir.

-Pequeños ejemplos como ése son probablemente los más fastidiosos de todos... Sí, creo que son los más irritantes.

-Quiero decir que, después de todo, yo quiero a mis dos hijos. No me parecen irritantes todo el tiempo, sólo en pequeñas cosas.

-Algo que a mí me molesta un poco es la próxima comida..., pensar qué van a comer..., qué cosa les voy a dar.

-¿Planea usted la comida con mucha anticipación?

-No, no, no soy de planificar. Sino que, usted sabe... A medida que se aproxima la hora de comer, algo... (Risas.)... algo se materializa. Yo voy a hacer compras una vez por semana, así que siempre tengo suficientes provisiones en la casa para la semana siguiente; pero cuándo y en qué voy a usarlas, eso no lo decido hasta que ya falta muy poco.

-Bueno, yo tengo una buena suerte increíble con respecto al almuerzo, porque la comida favorita de Christopher es la carne picada. Ya estoy harta de la carne picada. (Risas.)

-A veces a los niños les gustan muy pocas cosas, ¿no? Se vuelve fácil...

-Sí, es muy fácil.

D.W.W.: Se introduce una nota de esperanza. Pero una madre planea y organiza las cosas como puede, aunque no es capaz de satisfacer las necesidades de cada uno de sus hijos con la dictadura del reloj, la distancia que separa la casa del mercado y el hecho de que sus fuerzas son limitadas. En definitiva, el cuadro que se nos presenta es el de una madre luchando por hacer frente al mismo tiempo a las necesidades individuales de los niños y al mundo tal como ella lo conoce.

Madres: -Pero otra gran fuente de irritación es tener que interrumpir mis tareas hogareñas, tener que dejar de pasar la aspiradora o algo así... En un momento pienso que puedo terminar de hacer la pieza en diez minutos si tan sólo me dejaran tranquila,

pero alguien aparece por detrás y me dice: "Tengo que ir a la pelela", se sienta en la pelela y una tiene que estar ahí parada..., tiene que estar ahí parada y...

-Sí, una no puede irse a hacer otra cosa?

-Y para él es un juego. (Risas.)

-Y entonces algo hierve en la cocina, y tú dejaste la aspiradora encendida porque pensaste que en un minuto volvías, y...

-Oh, para mí estas interrupciones constantes son algo muy irritante... De pronto oigo un grito de algún lado y tengo que dejar lo que esté haciendo... aunque esté cocinando, con las manos llenas de harina y todo, y salir corriendo a ver qué pasó.

-Bueno, si yo tengo las manos con harina, les digo: "Miren, ¿no querrán que haga eso con manos como éstas; no?".

-¿Y funciona?

-Sí, lo dejo para más tarde. Me temo que recurro mucho a eso, como también cuando se suceden las cosas irritantes, del tipo de "Oh, qué mala suerte, nos dejamos tal o cual cosa en casa", dice Elizabeth, íbamos a alguna parte y ella quería llevar su muñeca o canasta para las compras... Entonces yo le contesto: 'Bueno, qué lástima, tendrás que traerla la próxima vez'. En ese momento es como un sueño".

D.W.W.: Para todo hay un límite, y a medida que el niño crece cada vez se definen mejor los límites a las exigencias que tiene derecho a imponerle a su madre. ¿Y quién fijará este límite? En alguna medida, la madre comprueba que poco a poco puede defenderse.

**Madres: -Mucho depende de cómo haya pasado la noche también.
(Risas.)**

-Yo había tenido una noche horrible y realmente estaba malhumorada con él ese día, y si me daba alguna señal de que se iba a poner molesto, me temo que yo iba a estallar.

-¿Y a él eso lo pone peor?

-No, no, creo que percibe que yo ya estoy en las últimas y que es mejor que se quede tranquilo. Y lo sorprendente es que se queda.

D. W. W.: Pero presumo que a la postre es el padre quien tiene que intervenir en defensa de su esposa. También él tiene sus derechos. No sólo desea que su esposa vuelva a tener una vida propia, sino que además quiere tenerla para sí, aunque a veces esto implique la exclusión de los hijos. Así que con el correr del tiempo el padre se pone firme, lo cual me retrotrae a mi charla de unas semanas atrás sobre "Decir `No' ". En uno de esos programas señalé que es particularmente cuando se pone firme el padre se vuelve significativo para el niño pequeño, siempre y cuando antes se haya ganado, con su conducta amistosa, el derecho a adoptar esa firmeza.

Por cierto que puede ser fastidioso cuidar niños pequeños, pero la alternativa, la regimentación del niño, es la idea más espantosa que puede ocurrírsele a una madre. Así que supongo que los niños continuarán fastidiando a las madres y éstas seguirán contentas de haber tenido la oportunidad de ser sus víctimas.

Biblioteca D. Winnicott

Las raíces de la agresión

1964

Escrito para *The Child, the Family and the Outside World*, 1964

El lector se habrá percatado ya -por diversas referencias sueltas, dispersas a lo largo de este libro- de que sé que los bebés y los niños berrean, muerden, patean, le tiran del cabello a la madre y tienen impulsos agresivos, destructivos o, de algún modo, desagradables.

El cuidado de los bebés y los niños se complica al ocurrir episodios destructivos, que tal vez necesiten ser manejados y, sin duda, requieren comprensión. Si yo pudiera describir teóricamente las raíces de la agresión, contribuiría a la comprensión de estos incidentes cotidianos. Sin embargo, me pregunto cómo podría hacerle justicia a un tema tan extenso y difícil, y recordar al mismo tiempo que muchos de mis lectores no estudian psicología, sino que están dedicados al cuidado práctico del bebé o el niño.

En pocas palabras, la agresión tiene dos significados: por un lado, es directa o indirectamente una reacción ante la frustración; por el otro, es una de las dos fuentes principales de energía que posee el individuo. Si ahondamos en esta formulación simple, surgirán problemas inmensamente complejos; por tal razón, en este trabajo sólo puedo ofrecer una elaboración inicial del tema fundamental.

Todos convendrán en que no podemos limitarnos a hablar de la agresividad tal como se manifiesta en la vida del niño. El tema es más amplio y, en todo caso, siempre nos referimos a un niño en desarrollo. Lo que nos interesa más profundamente es el modo en que una cosa nace y crece a partir de otra.

A veces la agresión se manifiesta de manera palmaria y se agota por sí sola, o bien necesita que alguien la enfrente e impida de algún modo que el individuo agresivo cometa daños. Con la misma frecuencia los impulsos agresivos no aparecen en forma abierta, sino encubiertos bajo alguna manifestación contraria. Quizá sea una buena idea examinar varias de estas manifestaciones contrarias, pero antes debo formular una observación general.

Es prudente suponer que todos los individuos son básica y esencialmente semejantes, pese a los factores hereditarios que hacen de nosotros lo que somos y nos diferencian a unos de otros. Con esto quiero decir que en la naturaleza humana hay algunas características que presentan todos los bebés, todos los niños y toda persona de cualquier edad, y que una exposición amplia del desarrollo de la personalidad humana, desde la más temprana infancia hasta la independencia adulta, podría

aplicarse a todos los seres humanos sean cuales fueren su sexo, raza, color de piel, religión o medio social. Las apariencias pueden variar, pero siempre hay denominadores comunes en las cuestiones humanas. Un bebé tiende a ser agresivo, en tanto que otro casi no manifiesta agresividad alguna desde que nace y, sin embargo, ambos tienen el mismo problema. La diferencia de actitud obedece simplemente a que los dos manejan de manera distinta su carga de impulsos agresivos.

Si observamos a un individuo para tratar de ver cómo surge en él la agresión, nos encontramos ante el hecho concreto del movimiento infantil. Este comienza aun antes del nacimiento y se manifiesta no sólo en las vueltas que da el feto en el vientre materno, sino también en los movimientos más bruscos de sus extremidades, perceptibles para la madre. El feto o el bebé recién nacido mueven una parte de su cuerpo y, al moverla, choca con algo. Un observador podría decir que ha dado un golpe o puntapié, pero aquí falta el principio esencial del acto de golpear o patear, porque el feto o el bebé recién nacido todavía no se han convertido en personas capaces de tener un motivo claro para una acción determinada.

Así pues, en todo bebé existe esta tendencia a moverse, a obtener algún tipo de placer muscular por medio del movimiento, y a sacar partido de la experiencia de moverse y toparse con algo. Si seguimos el curso de esta característica del individuo, con exclusión de todas las demás, podríamos describir el desarrollo de un bebé señalando una progresión desde el movimiento simple hasta acciones que expresan rabia, o bien hasta estados de ánimo que denotan odio (o control del odio). Podríamos seguir adelante y describir cómo un golpe accidental puede transformarse en un golpe dado con la intención de hacer daño; quizá detectemos una actitud paralela de protección de ese objeto a la vez amado y odiado, rastrear la organización de las ideas e

Más aun: podríamos impulsos destructivos de un niño, tomado como individuo, hasta obtener una pauta de conducta. En un proceso de desarrollo sano, todo lo antedicho puede manifestarse como el modo en que las ideas destructivas (conscientes e inconscientes), y las reacciones que ellas provocan, aparecen en los sueños y juegos del niño y en la agresión dirigida contra aquellos elementos de su ambiente inmediato que se considera dignos de ser destruidos.

Estos golpes tempranos inducen al bebé a descubrir el mundo exterior, distinto de su self, y a empezar a relacionarse con los objetos externos. Por lo tanto esa conducta, que pronto será agresiva, al principio es un mero impulso que conduce a un movimiento y a los comienzos de la exploración del mundo exterior. Siempre existe este tipo de vínculo entre la agresión y el establecimiento de una diferenciación neta entre lo que es el self y lo que no es el self.

Espero haber dejado en claro que todos los seres humanos se asemejan entre sí, pese al hecho cierto de que cada individuo es esencialmente distinto de los demás, de modo que ahora podré referirme a algunos de los muchos contrarios de la agresión.

Por de pronto, está el contraste entre el niño audaz y el tímido. El primero tiende a lograr el tipo de alivio que proporciona la expresión abierta de la agresión y la hostilidad; el segundo propende a no encontrar esta agresión en el self, sino en otra parte, y a asustarse de ella o esperar con aprensión su venida desde el mundo exterior. El primero es un niño afortunado, porque descubre que la hostilidad expresada es limitada y gastable; el segundo nunca llega hasta un punto final satisfactorio, sino que persiste en dar por sentado que tendrá dificultades... y a veces las tiene realmente.

Algunos niños presentan una clara tendencia a ver en la agresión ajena un reflejo de sus propios impulsos agresivos controlados (o sea, reprimidos). Dicha tendencia puede tomar mal cariz si se agota la provisión de persecución y el niño debe suplirla con delirios. En tal caso, nos encontramos ante un niño que siempre espera ser perseguido y quizá se vuelve agresivo en defensa propia

contra un ataque imaginario. Este comportamiento es patológico, pero su pauta puede detectarse en casi todos los niños como una fase de su desarrollo.

Veamos otro contrario de la agresión: el contraste entre el niño que se vuelve agresivo con facilidad y el que retiene la agresión "dentro de sí mismo", convirtiéndose en un niño tenso, formal y excesivamente controlado. La consecuencia natural de esta segunda actitud es cierta inhibición de todos los impulsos y, por ende, también de la creatividad, por cuanto ésta se halla ligada a la irresponsabilidad de la infancia y la niñez, y a un estilo de vida abierto y espontáneo. Aunque este niño pierda parte de su libertad interior, puede decirse que su conducta es beneficiosa porque, gracias a ella, el niño comienza a desarrollar el dominio de sí mismo junto con cierta consideración hacia los demás, en tanto que el mundo es protegido contra un comportamiento que, de otro modo, sería cruel. Todo niño sano adquiere la capacidad de ponerse en la situación de otra persona y de identificarse con los objetos e individuos externos.

El excesivo dominio de sí mismo presenta varios aspectos desagradables. Por ejemplo, un niño "bueno", incapaz de matar una mosca, puede sufrir erupciones periódicas de sentimientos y conductas agresivas (tener una rabieta, cometer una maldad) que no tendrán valor positivo para nadie y mucho menos para él, que a veces ni siquiera recuerda más tarde lo ocurrido. Lo único que pueden hacer los padres en tales casos es buscar el modo de superar ese episodio tan desagradable y abrigar la esperanza de que, con el tiempo, su hijo llegará a expresar la agresión de manera más significativa.

Los sueños constituyen una alternativa más madura para la conducta agresiva. El soñante destruye y mata en su fantasía; este tipo de sueño va asociado a diversos grados de excitación corporal y no es un mero ejercicio intelectual, sino una experiencia real. El niño que es capaz de manejar sus sueños se está preparando para todo tipo de juego, ya sea a solas o con otros niños. Si el sueño contiene una carga excesiva de destrucción o implica una amenaza demasiado grave contra objetos sagrados, o si sobreviene el caos, el niño despierta sobresaltado y gritando. La madre desempeña su papel al estar disponible y ayudar al niño a salir de la pesadilla, a fin de que la realidad exterior pueda cumplir una vez más su función tranquilizadora. El niño puede tardar casi media hora en despertar por entero a la realidad, y es posible que la pesadilla en sí sea para él una experiencia extrañamente satisfactoria.

A esta altura de mi exposición, debo diferenciar con claridad el sueño común del ensueño diurno. No me refiero aquí al acto de enhebrar fantasías estando despierto. La diferencia esencial entre el sueño común y el ensueño diurno radica en que el soñante está dormido y se lo puede despertar; tal vez olvide su sueño, pero lo soñó, y esto es lo importante. (También existe el sueño verdadero que rebasa los límites del dormir e invade la vida de vigilia del niño, pero ésta es otra historia.)

Me he referido al juego, que se alimenta de la fantasía y del reservorio de lo que puede ser soñado, y de los estratos más profundos de lo inconsciente. Salta a la vista el papel importante que desempeña la aceptación de los símbolos en el desarrollo sano del niño. Un objeto "representa" a otro, proporcionando así un gran alivio frente a los crudos y desagradables conflictos que genera la verdad desnuda.

Cuando un niño ama tiernamente a la madre y al mismo tiempo desea comerla, cuando ama y odia a la vez al padre y no puede desplazar ese odio o ese amor a un tío, cuando quiere deshacerse del nuevo hermanito y no puede expresar tal sentimiento de manera satisfactoria perdiendo un juguete, se produce una situación desagradable. Algunos niños son así y simplemente sufren...

Con todo, la aceptación de los símbolos suele empezar a una edad temprana, dejándole al niño un espacio para maniobrar en su experiencia de vida. Por ejemplo, cuando el bebé adopta muy pronto un objeto específico para abrazarlo y mimarlo, dicho objeto representa al bebé y a su madre. Es un

símbolo de unión, como lo es el pulgar para el niño habituado a chupárselo, y este símbolo en sí mismo puede ser atacado y/o valorado por encima de toda pertenencia ulterior.

El juego se basa en la aceptación de símbolos y , por consiguiente, encierra posibilidades infinitas. Gracias a él, el niño puede experimentar cuanto encuentre en su realidad psíquica interior y personal, que es la base de su creciente sentido de identidad. Allí habrá amor, pero también agresión.

En cada niño en proceso de maduración aparece otra alternativa muy importante frente a la destrucción: la construcción. En condiciones ambientales favorables, y mediante un proceso complejo que he intentado describir en parte, se establece una relación entre un afán constructivo y la aceptación personal, por parte del niño en crecimiento, de la responsabilidad por la vertiente destructiva de su carácter. La aparición y el mantenimiento del juego constructivo es una señal importantísima de buena salud. No se lo puede implantar -como tampoco se puede implantar la confianza-, sino que aparece con el tiempo. Es el resultado de la totalidad de las experiencias vividas por el niño en el ambiente inmediato suministrado por los padres o por quienes actúan como tales.

Podemos poner a prueba la relación entre agresión y construcción quitándole a un niño (o a un adulto) la oportunidad de hacer algo por sus allegados y seres queridos, o de "contribuir con algo" [contribute in] de participar en la tarea de atender a las necesidades de la familia. Cuando hablo de "contribuir con algo" o participar, me refiero a hacer determinadas cosas por gusto o para asemejarse a alguien, pero percatándose al mismo tiempo de que eso es lo que se necesita para asegurar la felicidad de la madre o el funcionamiento del hogar. Es algo así como "encontrar su lugar". Un niño participa simulando que cuida del bebé, tiende la cama, maneja la aspiradora o hace pasteles. Para que esta participación lo satisfaga, es preciso que alguien tome en serio el trabajo simulado. Si los demás se ríen de él, se convierte en simple mímica y el niño experimenta una sensación de impotencia física y de inutilidad. No es raro que en tal momento sobrevenga un estallido de franca agresión o destructividad.

Aparte de ser provocada a título experimental, esta situación puede presentarse en la vida corriente cuando nadie comprende que en un niño la necesidad de dar es aun mayor que la necesidad de recibir.

La actividad de un bebé sano se caracteriza por los movimientos naturales y la tendencia a golpear o golpearse contra los objetos, así como por el uso gradual de ambos junto con las acciones de berrear, escupir, orinar y defecar- al servicio de sus sentimientos de rabia, odio o venganza. El niño llega a amar y odiar al mismo tiempo, aceptando la contradicción. Uno de los ejemplos más importantes de la conjunción del cariño y la agresión es el afán de morder, que cobra sentido aproximadamente a partir de los cinco meses. A la larga se incorpora al placer de comer, sea cual fuere el alimento ingerido; pero al principio lo excitante era morder el objeto bueno, el cuerpo de la madre, y eso genera en el bebé ideas relacionadas con el acto de morder. De este modo acaba por aceptar los alimentos como símbolos del cuerpo de la madre, del padre o de otro ser querido.

Todo este proceso es muy complicado. Al bebé y al niño les lleva mucho tiempo dominar las ideas y excitaciones agresivas, adquirir la capacidad de controlarlas sin perder por ello la capacidad de ser agresivos -en el odio o en el amor- cuando resulte oportuno.

Oscar Wilde dijo: "Todo hombre mata lo que ama". Vemos a diario que, junto con el cariño, debemos esperar el daño. Quienes se dedican al cuidado de los niños notan que éstos tienden a amar aquello que dañan. Hacer daño es una parte importante de la vida del niño; el interrogante es: ¿cómo hallará nuestro hijo el modo de emplear estas fuerzas agresivas en la tarea de vivir, amar, jugar y, más adelante, trabajar?

Y esto no es todo: aún tenemos que determinar el punto de origen de la agresión. Como hemos visto, el proceso de desarrollo del recién nacido incluye los primeros movimientos naturales y los gritos; pueden causarle placer, pero no tienen un significado claramente agresivo porque el bebé todavía no está bien organizado como persona. Aun así, queremos saber de qué modo un bebé destruye el mundo quizás en una fase muy temprana de su vida. Es un interrogante de vital importancia, por cuanto el residuo de esta destrucción infantil "no fusionada" puede destruir en forma efectiva el mundo en que vivimos y al cual amamos. En la magia infantil, el niño puede aniquilar el mundo con sólo cerrar los ojos y recrearlo con una nueva mirada y una nueva fase de necesidad. Las sustancias tóxicas y las armas explosivas dotan a la magia infantil de una realidad que es el polo opuesto de lo mágico.

La inmensa mayoría de los bebés reciben un cuidado suficientemente bueno en las etapas más tempranas de su vida; gracias a él alcanzan cierto grado de integración de su personalidad, por lo que resulta improbable que se produzca una irrupción masiva de una destructividad carente de sentido. La medida preventiva más importante que podemos tomar es reconocer el papel que desempeñan los padres, al facilitar los procesos de maduración de cada bebé en el curso de la vida familiar. En especial, podemos aprender a evaluar el papel que desempeña la madre en los inicios mismos de la vida del hijo, cuando éste pasa de una relación puramente física con su madre a otra en la que responde a la actitud de ella, y cuando lo puramente físico empieza a ser enriquecido y complicado por factores emocionales.

Aún queda pendiente un interrogante: ¿conocemos el origen de esta fuerza inherente al ser humano, que sustenta la actividad destructiva o el sufrimiento equivalente cuando el individuo se autocontrola? Detrás de todo esto encontramos la destrucción mágica, normal en las fases más tempranas del desarrollo del bebé y que corre paralela a la creación mágica. La destrucción primitiva o mágica de todos los objetos tiene que ver con el hecho de que para el bebé los objetos cambian: dejan de ser "parte de mí" para convertirse en algo "distinto de mí"; ya no son fenómenos subjetivos, sino percepciones objetivas. Por lo común este cambio se produce en forma muy paulatina, siguiendo los cambios graduales que experimenta el bebé en desarrollo. Empero, cuando el suministro materno es deficiente, estos mismos cambios ocurren súbitamente y de un modo imprevisible para el bebé.

La madre que guía a cada hijo con sensibilidad y delicadeza a través de esta etapa vital de su desarrollo temprano le da tiempo para adquirir toda clase de habilidades, que le permitirán afrontar el sacudón de reconocer la existencia de un mundo que escapa a su control mágico. Si se le da tiempo para que desarrolle sus procesos de maduración, el bebé podrá ser destructivo, odiar, patear y berrear, en vez de aniquilar mágicamente ese mundo. De este modo, la agresión efectiva se considera un logro. Las ideas y la conducta agresivas adquieren un valor positivo comparadas con la destrucción mágica, en tanto que el odio se transforma en una señal de civilización, cuando tenemos presente el proceso global de desarrollo emocional del individuo y, en particular, sus etapas más tempranas.

En otro trabajo he intentado explicar precisamente estas etapas sutiles a través de las cuales - cuando el -quehacer materno y la parentalidad son suficientemente buenos- la mayoría de los bebés acceden a una vida sana, adquiriendo además la capacidad de dejar a un lado el control y la destrucción mágicos, de disfrutar con la agresión que llevan dentro de sí al mismo tiempo que gozan con las gratificaciones, las tiernas relaciones afectivas y la riqueza interior que constituyen la vida de un niño.

Biblioteca D. Winnicott

Los recuerdos del nacimiento, el trauma del nacimiento y la angustia (1949)

Escrito leído ante la sociedad Psicoanalítica Británica, el 18 de mayo de 1949.

En este escrito deseo presentar ciertos ejemplos clínicos que ilustran las fantasías y posibles recuerdos de la experiencia del nacimiento.

Ha habido cierta confusión en la teoría psicoanalítico desde que Freud propuso la valiosa idea de que la sintomatología de la angustia puede estar relacionada con el trauma del nacimiento. No está claro si los recuerdos del nacimiento son de carácter individual o racial, si el nacimiento puede ser normal o si el trauma es parte inherente al mismo o bien un acompañamiento variable y circunstancial. Asimismo, ¿cuál es exactamente la naturaleza del trauma en términos de la psicología del Yo? Hay, por lo tanto, mucho terreno para la investigación y tal vez las ideas siguientes puedan estimular la reflexión.

No es fácil determinar qué citas de Freud podrían hacerse a este respecto. Para hacer justicia a Freud habría que escribir un trabajo aparte en el que se siguieran sus cambios de opinión acerca de la relación entre la angustia y el trauma del nacimiento. Esto sería un excelente ejercicio, y ya ha sido llevado a cabo, en especial por Greenacre (1). En todo caso, no hace falta que me esfuerce en hacer justicia a las opiniones de Freud aquí. Al releer muchas de sus referencias al tema después de haber escrito la parte principal del presente trabajo, creo poder encontrar en la obra de Freud todo lo que en mi trabajo sugiero. Quizá lo mejor sea citar aquella frase suya donde dice: “Ahora bien, resultaría muy satisfactorio si la angustia, como símbolo de separación, se repitiera en cada separación subsiguiente, pero por desgracia nos vemos privados de establecer esta correlación por el hecho de que el nacimiento no es experimentado subjetivamente como una separación de la madre, ya que el feto, siendo una criatura completamente narcisista, es totalmente inconsciente de su existencia como objeto”. Comparando el nacimiento con el destete, Freud dice: «La situación traumática de echar de menos a la madre difiere en un aspecto importante de la situación traumática del nacimiento. Al nacer no existía ningún objeto, por lo que ningún objeto puede ser echado de menos. La angustia fue la única reacción que se produjo» (Freud, 1926).

Lo que a mí me interesa es precisamente este tema del feto y el niño que está naciendo, la “criatura completamente narcisista”; quiero saber qué es exactamente lo que sucede. Me gusta pensar que Freud estaba tanteando el tema sin sacar una conclusión definitiva debido a que le faltaban algunos datos que eran esenciales para la comprensión del tema. Así, pues, al considerar la opinión de Freud tenemos constantemente que tratar de recordar lo que él, científico, haría de vivir ahora y de seguir activo en el campo psicoanalítico, sin dejar, sin embargo, de tener presentes los progresos en nuestra comprensión de los niños.

Lo principal, en realidad, es que Freud creía en la importancia del nacimiento y su trauma, que creía en ella

como pensador intuitivo. No es frecuente encontrar médicos que crean que la experiencia del nacimiento sea importante para el bebé, que tenga alguna significación en el desarrollo emocional del individuo, y que las huellas mnémicas de la experiencia podrían persistir y suscitar problemas incluso en el adulto. Los que conocieron a Freud, entre los cuales no me cuento yo, puede que tengan información sobre lo que en sus últimos tiempos creyese acerca de la importancia del trauma del nacimiento. En «Psicología de grupo» Freud dice: «De esta manera, al nacer damos un paso desde un narcisismo absolutamente autosuficiente hasta la percepción de un mundo exterior cambiado y hasta los comienzos del descubrimiento de los objetos». Luego prosigue: «... y con esto va asociado el hecho de que no podemos soportar el nuevo estado de cosas durante mucho tiempo y de que periódicamente lo abandonamos durante el sueño para regresar a nuestro anterior estado de ausencia de estímulos y evitación de los objetos» Aquí, empero, Freud nos presenta un nuevo tema y yo no doy por sentado que el sueño tenga una simple relación con la existencia intrauterina. Éste es tema que debe tratarse independientemente.

Pensaba yo que Freud creía que en la historia de cada individuo había huellas mnémicas de la experiencia del nacimiento, huellas que determinaban el patrón que la angustia seguiría a lo largo de la vida del individuo. Sin embargo, al parecer, Greenacre piensa que Freud relacionaba la angustia con el nacimiento por medio de una especie de teoría del inconsciente colectivo en la que el nacimiento sería una experiencia arquetípica. (Utilizo expresiones jungianas a propósito porque me parece que vienen al caso.) Pero sea lo que sea lo que Freud escribiera o dejase de escribir, si es cierto que cuando oyó hablar de un niño dado a luz mediante cesárea comentó que sería interesante recordar el hecho, que a la larga podía afectar al patrón de la angustia en aquel individuo, entonces es cierto que pensaba que la experiencia personal del nacimiento es importante para el individuo.

Mucho de lo que quiero decir ya ha sido expresado por Greenacre (1945) al decir:

En resumen, parece que el efecto general del nacimiento es, por medio de su enorme estimulación sensorial, organizar y convertir el narcisismo fetal, produciendo o promoviendo un impulso narcisista propulsivo además del tipo más relajado de proceso de maduración fetal que ha existido en el útero. Suele haber un patrón para la libidinización agresiva de ciertas partes del cuerpo según las zonas de estimulación especial. Específicamente, el nacimiento estimula el cerebro de tal modo que promueve su desarrollo hasta poder pronto empezar a controlar efectivamente los asuntos del cuerpo; contribuye a la organización de los patrones de angustia, con lo cual incremento la defensa del pequeño y deja unas huellas individuales únicas que se superponen a las pautas de angustia y libidinosas genéticamente determinadas en el pequeño.

El asunto necesita ser estudiado. Los dos artículos de Greenacre (1941) merecen mucha más atención que la que hasta el momento he podido dedicarles. En el resumen del primero de sus dos escritos, dice: «La reacción angustiosa que está genéticamente determinada, probablemente se manifiesta primero en una correspondencia irritable del organismo a nivel reflejo; esto se hace aparente en la vida intrauterina en una serie de reflejos separados o flojamente reunidos que en el nacimiento pueden organizarse hasta dar la reacción angustiosa», y así sucesivamente. Con esto se verá que Greenacre pide una reconstrucción del problema de la relación entre la angustia y el trauma del nacimiento a la luz de la labor que se está llevando a cabo en torno al comportamiento infantil.

En el segundo artículo, de carácter más clínico, y más relacionado con la labor psicoanalítico, Greenacre llama la atención sobre el valor que surge de poner en correlación historias infantiles precoces con material entresacado en el curso de la subsiguiente terapia. En el resumen dice: «Está claro que la consideración de estos casos nos retrotrae a la necesidad de mayor observación de los niños, tarea que a mí me parece la fuente del más rico material psicoanalítico». No obstante, creo que Greenacre estaría de acuerdo en que no hay método más importante para el estudio del trauma del nacimiento que el que tenemos específicamente a nuestra disposición: el psicoanálisis de adultos y niños. «Los demás métodos también son importantes y en especial incluyen los estudios basados en la observación de los niños al nacer, antes del nacimiento e inmediatamente después de él, y también el tipo de investigación que solamente puede ser llevado a término

por un especialista en neurología. »

Quisiera llamar la atención sobre el trabajo (1942) del doctor Grantly Dick Read. Este autor ve el proceso del nacimiento desde el punto de vista de la obstetricia y gran parte de su éxito se debe a que el conocimiento de la vertiente física de los procesos natales añade la creencia en la importancia que tiene la confianza de la madre. Su objetivo reside en impedir o superar el temor en la madre, temor que según él dificulta extremadamente su función en el momento del parto. El doctor Read siente inclinación por el psicoanálisis y por la teoría psicoanalítica y está muy dispuesto a creer que la psicología de un individuo es algo que puede ser estudiado prenatalmente y en el momento del nacimiento, y que las experiencias de esta fase precoz son significativas. Pienso que en esto les lleva la delantera á muchos tocólogos y pediatras.

La opinión personas que les estoy proponiendo en el presente escrito se basa en la labor analítica (2). Mis ideas se dividen en tres grupos.

Mi primera proposición es la de que hay diversos tipos de material que aparecen en el análisis. Cuando a ellos les añado el trauma del nacimiento no quiero decir que los tratamientos se puedan hacer atendiendo a este segundo tipo de material solamente. El analista debe estar preparado para esperar el tipo de material, sea cual fuere, que se le aparezca, incluyendo el material del nacimiento. A decir verdad, el analista debe esperar que surjan factores ambientales de toda índole. Así, por ejemplo, es necesario reconocer y calibrar el tipo de medio circundante correspondiente a la experiencia intrauterina, y el tipo de ambiente que corresponde a la experiencia natal; igualmente, la capacidad de la madre para dedicarse al recién nacido, la capacidad del equipo padre-madre para adoptar la responsabilidad conjunta a medida que el bebé va desarrollándose hasta convertirse en un niño pequeño; y también la capacidad del marco social para permitir que la dedicación materna y la cooperación de ambos padres jueguen su papel, así como para continuar y extender estas funciones, permitiendo que a la larga el individuo desempeñe su propio papel en la creación y mantenimiento del marco social.

Dicho de otro modo, ninguna consideración del trauma del nacimiento tendrá valor a no ser que se pueda mantener el sentido de la proporción. Sin embargo, al analizar un tema determinado, no hay que tener miedo a sobreestimar provisionalmente su importancia (3).

Mi segunda proposición es que, al igual que otros analistas, compruebo en mi labor analítica y de otro tipo que hay evidencia de que la experiencia personal del nacimiento es significativa y retenida a modo de material mnémico. Se cree generalmente que en los estados psicóticos se recuerdan las mismas cosas que en estados más normales son inaccesibles a la conciencia. observarán que al plantear mi segunda proposición he utilizado la expresión “experiencia del nacimiento” en lugar de la de «trauma del nacimiento». Volveré sobre este punto, pero antes quiero describir un episodio sucedido durante el análisis de un chico aparentemente deficiente y cuyo defecto era probablemente efecto secundario de la psicosis precoz y no ocasionado por una limitación cerebral.

Este muchacho, que a la sazón contaba cinco años, se pasó uno o dos meses de su análisis poniendo a prueba mi capacidad para aceptar sus aproximaciones sin exigirle nada y para adaptarme activamente a sus necesidades de una manera que a su madre le resultaba imposible. Se me acercaba repetidamente para volver a alejarse en seguida, poniendo a prueba mi capacidad para aceptarle. A la larga vino a sentarse en mi regazo. Durante la totalidad de este período no hubo ningún intercambio de palabras. El siguiente paso de su relación conmigo se presentó bajo la siguiente o inesperada forma: El chico se metía dentro de mi bata, se ponía cabeza abajo y se deslizaba hacia el suelo por entre mis piernas. Esto lo hacía una y otra vez.

Una vez que este procedimiento quedó bien establecido -procedimiento que parecía consecuencia de su decisión de que yo podía ser utilizado a guisa de la madre que él necesitaba-, solía levantarse del suelo exigiendo que le diese miel. Conseguí la miel (más tarde fue aceite de hígado de bacalao y Malta, cosas mucho más fáciles de obtener durante la guerra) y a menudo cogía tanta como podía y se la comía con gran placer sin

perder un instante. Éste fue el comienzo de una tremenda fase de actividad oral con exceso de salivación. Mientras esperaba a que le abriese la puerta, el chico formaba un charquito de saliva en el suelo. Con anterioridad a esto, sus deseos orales solamente se habían manifestado en forma de objetos alucinados (que él llamaba «Käfers») que aparecían en las paredes y a los que tenía mucho miedo. La interpretación que le había permitido librarse de tales insectos alucinados fue la siguiente: la de que estaban en su propia boca. En la fase siguiente él mismo se convirtió en un «Käfer» y fue entonces cuando empezó la etapa del análisis que les acabo de describir, en la cual me estuvo poniendo a prueba en tanto madre capaz de adaptación activa.

Después de esta experiencia me sentí dispuesto a creer que las huellas mnémicas del nacimiento son susceptibles de persistir. Desde luego la misma cosa en plan de juego ha vuelto a salir en muchos análisis y aún más veces en los juegos de niños normales en los de uno mismo cuando era pequeño.

El siguiente caso presenta igualmente ciertos rasgos que ayudan al estudio de la experiencia del nacimiento.

La señorita H es enfermera (de cincuenta años). Cuando tenía unos veinticinco años estuvo en tratamiento conmigo. A la sazón yo era médico residente en el St. Bartholomew's Hospital y había leído sólo uno o dos libros sobre psicoanálisis. Esta paciente padecía una neurosis muy severa, incluyendo una constipación como nunca había visto ni he vuelto a ver. Había sido taquimecanógrafa pero después de la ayuda que yo le presté se hizo enfermera de hospital. Más adelantase especializó en el cuidado de niños psicóticos. Posee una comprensión intuitiva nada corriente de las necesidades de los niños que se hallan en estado de regresión.

En el tratamiento de esta paciente (tratamiento de carácter catártico) ella solía tenderse y dormir, y luego se despertaba bruscamente presa de alguna pesadilla. Yo la ayudaba a despertarse repitiendo una y otra vez las palabras que ella había gritado en plena crisis de angustia. De esta manera, cuando se despertaba yo podía mantenerla en contacto con la situación angustiada y hacerle recordar toda suerte de incidentes traumáticos procedentes de su azarosa primera infancia.

Nunca supe que pensar de la reconstrucción que hacía de su nacimiento. Las huellas del nacimiento aparecían fantásticamente adornadas con cosas claramente correspondientes a todas las fases del desarrollo y de la sofisticación del o de la adolescente, si no del adulto. Sin embargo, el efecto a mí me parecía real en su terrible intensidad. Aunque que no creía en los detalles descritos a modo de recuerdo, me encontré dispuesto a creer en el afecto que los acompañaba.

Recientemente, esta paciente ha estado cuidando de una pequeña de siete años, un caso psicótico (autístico), que estaba sometida a análisis. De repente la señorita H cayó enferma y, sin poder avisar a nadie, simplemente dejó de acudir a su trabajo, consistente en llevar a la pequeña al tratamiento y luego cuidarla durante el día. Tuve ocasión de visitarla y me encontré con que empezaba a recuperarse de una enfermedad que no le era desconocida pero que nunca había sido tan aguda. De pronto había sentido la necesidad de acostarse a causa de lo que ella llamaba «un apagón». Se había quedado absolutamente rígida, encogida sobre un costado, incapaz de hacer nada, y casi inconsciente. Llamaron a un médico, que dijo que no lograba encontrar ningún mal en su cuerpo. Mientras permaneció en este estado fue completamente indiferente a la comida. Gradualmente fue recobrando la conciencia y permitió que la trasladasen a un lugar agradable y en cosa de unos siete o diez días pudo reanudar sus actividades. Esta enfermera a menudo me tiene al corriente de los detalles de los casos puestos a su cuidado, pero nunca, antes de esta ocasión, me había preguntado acerca de ella misma después del tratamiento a que la había sometido hacía veinte años. En aquella ocasión, sin embargo, antes de volver a su trabajo, vino a verme y, sentándose, me dijo:

«¿Qué me dice del apagón? ¿A qué se debió?». Yo no tenía ni idea, y así se lo dije. Luego ella siguió hablando y gradualmente me di cuenta de que, si bien no esperaba recibir una sesión terapéutica sin embargo, sí me estaba dando, desde su inconsciente, el material que iba a permitirme explicarle «el apagón».

Me enteré de que había estado viviendo con aquella pequeña de siete años, con la que se había identificado

íntimamente, como hace siempre con los pequeños psicóticos a los que cuida. Me dijo que con el fin de comprender el estado de la niña, la había estado imitando más y más, haciendo esto y aquello, repitiendo cuanto hacía la pequeña «con el objeto de cogerle el tranquilo al estado mental y corporal de la niña». Ahora bien, sucedió que la pequeña estaba atravesando un estado de aguda angustia y había desarrollado un gran temor a viajar en el metro. La señorita H había estado tratando de llevarla en el metro para distraerle la atención para demostrarle por medio de la experiencia que el metro no era tan malo como ella creía. Una gran cantidad de material de esta índole me demostró súbitamente que debía decirle a la señorita H que ella misma estaba reviviendo, conjuntamente con la pequeña, la experiencia del nacimiento. No se trataba de ninguna reconstrucción histórica. De hecho había tenido que reexperimentar el aspecto físico, que en su caso concreto había incluido una sensación de asfixia. La interpretación con arreglo a estos principios produjo un efecto de lo más espectacular. La señorita H se sintió mejor, sintió que comprendía lo que estaba sucediendo y regresó llena de confianza a su trabajo. El médico que llevaba su caso me dijo: “Por algún motivo la señorita H parece estar mucho mejor desde su enfermedad”. Después de aquello siguió haciendo una buena labor con la pequeña, y con una comprensión objetiva mayor de la angustia que reviste verdadera importancia en el caso de la pequeña.

Los pacientes histéricos nos dan la impresión de que estar, actuando, pero nosotros sabemos mejor que ellos que el afecto verdadero se exhibe y esconde en las manifestaciones histéricas.

En muchos análisis de niños los juegos de nacimientos son importantes. Puede que en tales juegos el material haya surgido de lo que el paciente haya averiguado acerca del nacimiento, por medio de historias, información directa y observación. Sin embargo, la impresión que uno se lleva es la de que el cuerpo del pequeño sabe lo que es el nacimiento.

De nuevo vuelvo al empleo de la expresión «experiencia del nacimiento» en lugar de «trauma del nacimiento». Esto me lleva a la tercera proposición que quiero hacerles. Creo que los comentarios de Freud se hacen mucho más comprensibles cuando separa la experiencia del nacimiento del trauma del nacimiento. Greenacre hace hincapié en esto. Es posible que la experiencia del nacimiento sea tan suave que su importancia sea relativamente escasa. Ésta es mi propia opinión en la actualidad. Por el contrario, la experiencia del nacimiento que sea anormal por encima de cierto límite se convierte en un trauma del nacimiento, y entonces se hace inmensamente significativa.

Cuando la experiencia natal haya sido normal, no es probable que el material correspondiente aparezca en el análisis de una manera que atraiga la atención. Sin duda estará presente, pero a menos que el analista sea propenso a pensar en ella, no es probable que el paciente llame la atención sobre ella. Habrá situaciones más urgentes a propósito de la angustia, que ocuparán el interés tanto del paciente como del analista.

Sin embargo, cuando la experiencia del nacimiento haya sido traumática, habrá marcado una pauta que se manifiesta en diversos detalles que habrá que interpretar y afrontar individualmente en el momento apropiado.

No obstante, deseo poner de relieve que la interpretación en términos de trauma del nacimiento no producirá de golpe un alivio total y permanente. Más bien, como el trauma del nacimiento es real, resulta una lástima permanecer ciegos ante él y en ciertos casos y momentos el análisis necesita de manera absoluta la aceptación del material natal entre todo el material restante.

Resultaría útil señalar tres categorías de experiencia del nacimiento. La primera consiste en una experiencia normal, es decir, sana, que constituye una experiencia positiva de importancia limitada; aporta un patrón para una vida natural. Esta vida natural puede ser reforzada por diversos tipos de experiencias normales subsiguientes, de manera que la experiencia natal pasa a ser un factor de una serie favorable al desarrollo de la confianza, al sentimiento de continuidad, a la estabilidad, a la seguridad, etc.

En la segunda categoría se halla la experiencia natal corriente y más bien traumática que luego se mezcla con varios factores ambientales también traumáticos, reforzándolos y siendo reforzada por ellos.

A un nivel posterior hago referencia al extremo de la experiencia natal traumática, la cual aporta una tercera categoría o grado.

Se verá que me resulta difícil creer que lo que sucede en la angustia se ve determinado por el trauma del nacimiento, ya que ello significaría que el individuo que nace naturalmente no sufre angustia o no dispone de ningún medio para mostrar que sufre angustia. Esto sería absurdo.

A esta altura quisiera discutir la palabra «angustiado». Me es imposible pensar que un bebé sienta angustia al nacer, ya que en un momento tan precoz no hay represión ni inconsciente reprimido. Si la angustia significa algo sencillo como el miedo o la irritabilidad reactiva, todo va bien. Me parece que la palabra «angustiado» es aplicable cuando un individuo es presa de una experiencia física (sea ésta excitación, ira, temor o cualquier otra cosa) que él no puede ni evitar ni comprender; es decir, el individuo no es consciente de las principales motivaciones de lo que está sucediendo. Al decir que «no es consciente» me refiero al inconsciente reprimido. En el caso de que fuese algo más consciente de lo que está sucediendo, el individuo dejaría de sentir angustia y en su lugar estaría excitado, temeroso, enfadado, etc.

En «Más allá del principio del placer», Freud afirma: «Angs, denota un cierto estado como de expectativa de peligro y preparación para el mismo, aun cuando se trate de un peligro desconocido». Pero no parece que con ello exprese lo que yo estoy tratando de decir: que el individuo tiene que haber alcanzado cierto grado de madurez, con capacidad para la represión, antes de que la palabra “angustia” le pueda ser aplicada provechosamente. Esto es un ejemplo de la consideración que me induce a pedir que la teoría de la relación entre el trauma del nacimiento y la angustia se mantenga en suspenso mientras se trabaja en la psicología del niño antes, durante y después del nacimiento.

Así, pues, mi tesis actual es una tesis compuesta: que las experiencias normales del nacimiento son buenas y susceptibles de promover la fuerza y la estabilidad del yo.

Quisiera ahora llamar la atención sobre el modo en que el trauma del nacimiento penetra en la situación analítica, mostrando claramente que el hablar con el paciente acerca del trauma en cuestión es algo que resulta extremadamente semejante a esquivar el tema principal. Tendría dudas sobre el valor de una interpretación que se basara en el trauma del nacimiento en el caso de un paciente que no se hallara en estado de profunda regresión durante la situación analítica y que no estuviera clínicamente enfermo entre las sesiones analíticas.

Una de las dificultades de nuestra técnica psicoanalítica estriba en conocer, en un momento dado, qué edad tiene el paciente en la relación de transferencia. En algunos análisis, el paciente tiene su propia edad durante la mayor parte del tiempo; entonces se puede alcanzar todo lo necesario de los estados infantiles por medio de los recuerdos y fantasías del paciente, que él expresa como adulto. Creo que en semejantes análisis no habrá ninguna interpretación útil del trauma del nacimiento, o bien el material natal se manifestará en los sueños, los cuales son interpretables a todos los niveles. Sin embargo, se puede profundizar el análisis si hace falta, no siendo necesario que el paciente esté muy enfermo para que en algunos momentos de la sesión analítica se convierta en un niño pequeño. En tales momentos hay muchas cosas que el analista debe comprender sin pedir una descripción inmediata mediante palabras de lo que está sucediendo.

Me estoy refiriendo a algo que es más infantil que el comportamiento de un pequeño que juega con sus juguetes. Según las predilecciones del analista, y según el diagnóstico del paciente, será aconsejable no trabajar con el paciente en estos términos. Lo que estoy procurando dejar bien sentado es que, si las experiencias natales penetran en la situación analítica, habrá muchas pruebas de otra índole que demostrarán que el paciente se halla en un estado extremadamente infantil.

La experiencia del nacimiento

Se entiende, pues así lo hizo notar Freud, que la experiencia del nacimiento no tiene nada que ver con ninguna clase de conciencia de una separación de la madre, de su cuerpo. Nos es posible postular cierto estado mental para el no nacido. Creo que podemos decir que las cosas van bien si el desarrollo personal del yo del pequeño no se ha visto trastornado en su aspecto emocional y físico. Ciertamente, antes del nacimiento existe un principio de desarrollo emocional y es probable que antes del nacimiento exista una capacidad para un progreso falso y nada sano en el desarrollo emocional; en la salud, los trastornos ambientales de cierta consideración constituyen estímulos valiosos, pero más allá de cierto grado estos trastornos no son útiles por cuanto provocan una reacción. En esta fase tan precoz del desarrollo el yo no tiene suficiente fuerza para que se produzca una reacción sin pérdida de identidad.

Estoy en deuda con una paciente por una forma de expresar esto que provino de una apreciación muy profunda y acertada de la posición del pequeño en una fase precoz. Esta paciente tenía una madre deprimida, de acentuada rigidez y que siguió, una vez nacida la niña, sosteniéndola fuertemente por temor a que se le cayese. Es por esto que la descripción se hace en términos de presión. Juntos hicimos el siguiente planteamiento que a la larga demostró tener una importancia vital para aquel análisis. La comprensión de esto alcanzó el mismo fondo de sus dificultades, describiendo fielmente el alcance de la regresión que tuvo que efectuar antes de empezar a avanzar de nuevo en su desarrollo emocional. Esta paciente dijo: «Al principio el individuo es como una burbuja. Si la presión exterior se adapta activamente a la presión interior, entonces la burbuja es lo significativo, es decir, el ser del pequeño. No obstante, si la presión ambiental es superior o inferior a la presión existente dentro de la burbuja se adapta a la presión exterior». Junto a su comprensión de esto, la paciente sintió que por primera vez, en el análisis, la sostenía una madre relajada, es decir, una madre que estaba viva, despierta y dispuesta a realizar una adaptación activa a través de su dedicación a la pequeña.

Antes del nacimiento, especialmente si éste se retrasa, es muy fácil que se produzcan experiencias repetidas en las que, de momento, el énfasis recae más en el medio ambiente que en el ser; y es probable que el pequeño no nacido se vea más y más atrapado en esta especie de relación con el medio ambiente, a medida que se va acercando la hora del nacimiento. Así, en el proceso natural la experiencia del nacimiento constituye una muestra exagerada de algo que al pequeño ya le es conocido. Por el momento, durante el nacimiento, el pequeño es un reactor y lo que importa es el medio ambiente; después del nacimiento se produce el retorno a un estado de cosas en el cual lo importante es el pequeño, sea cual fuere el significado de esto. En la salud, antes del nacimiento, el pequeño está preparado para sufrir algún ataque del medio ambiente y ya ha vivido la experiencia de un retorno natural desde la reacción a un estado en que no es necesario reaccionar, único estado en el que el ser puede empezar a existir.

No puedo plantear de forma más sencilla el proceso normal del nacimiento. Se trata de una fase temporal de reacción y, por consiguiente, de pérdida de identidad, ejemplo importante -para el cual el pequeño ya está preparado- de la interferencia con el “ir tirando” personal, un ejemplo que no es tan poderoso ni prolongado que quiebre el hilo del proceso personal continuado del pequeño.

Habrán notado que no estoy defendiendo la idea de que el comienzo de la respiración resulte algo esencialmente traumático. El nacimiento normal no es traumático por cuanto no es significativo. A la edad que tiene al nacer, el pequeño no está preparado para recibir de forma prolongada los ataques del medio.

Precisamente por ser significativa para el pequeño la experiencia del trauma natal es psicológicamente traumática. El «ir tirando» personal del individuo se ve interrumpido por sus reacciones ante una serie de ataques prolongados. Cuando el trauma natal es significativo, todos los detalles del ataque y de la reacción quedan, por así decirlo, grabados en la memoria del paciente del modo a que estamos acostumbrados cuando el paciente revive las experiencias traumáticas de su vida posterior (la clase de experiencias que a veces son afortunadamente recobradas mediante abreacción o hipnosis). Al reunir ejemplos de ataque no trataré de conservar ningún orden ya que no me he decidido sobre cómo hacerlo; en el estudio de un paciente analítico, sin embargo, uno se encuentra con un orden de detalles que no puede por menos que impresionar.

Cabe señalar que lo más importante es el trauma que representa la necesidad de reaccionar. En esta fase del desarrollo humano la reacción equivale a la pérdida temporal de identidad. Esto da un sentimiento extremo de

inseguridad y pone los cimientos para la espera de más muestras de pérdida de continuidad del ser, e incluso una desesperanza congénita (pero no heredada) con respecto a la consecución de una vida personal.

Las fases repetidas de inconsciencia (utilizo aquí la palabra en su sentido físico), ya sean debidas a cambios del cerebro o a la anestesia administrada a la madre, no es probable que resulten significativas. Cuando el paciente da muestras de haber quedado inconsciente una o varias veces en esta situación es probable que se trate de una nueva representación del momento en que se rompió el hilo de la continuidad del ser debido a las fases repetidas de reacción prolongada ante los ataques ambientales tales como la presión. La inconsciencia (como sucede después de una conmoción) no es recordada.

Entre los rasgos típicos del verdadero recuerdo natal se halla el sentimiento de ser presa de algo externo, de tal manera que uno se ve reducido a la impotencia. Observarán que no estoy diciendo que el bebé sienta que la madre lo está aprisionando. El hecho es que los ataques externos exigen que el bebé se adapte a ellos, mientras que en el momento de nacer lo que hace falta es que el medio se adapte al bebé. El pequeño es capaz de soportar la necesidad de reaccionar ante los ataques durante un período limitado de tiempo. Hay aquí una relación muy clara entre lo que el bebé experimenta y lo que experimenta la madre al verse confinada, como se dice. Se registra un estado durante el parto (4) en el cual, una madre, en la salud, debe ser capaz de resignarse a un proceso comparable casi exactamente a la experiencia que vive el bebé al mismo tiempo.

A este sentimiento de impotencia pertenece la naturaleza intolerable de experimentar algo sin tener la más mínima idea de cuándo va a terminar ese algo. Un prisionero de guerra nos dirá que lo peor de tal experiencia es el desconocer cuándo va a terminar; esto hace que tres años de cautiverio resulten peores que una sentencia de veinte años. Es fundamentalmente por esta razón que en la música la forma reviste tanta importancia. A través de la forma, el fin está a la vista desde el principio. Podríamos ayudar a muchos bebés si nos fuera posible, durante el parto prolongado, decirles o transmitirles la idea de que el proceso del nacimiento durará solamente un tiempo determinado. Sin embargo, el bebé es incapaz de comprender nuestro lenguaje; más aún, el bebé no puede recurrir a ningún precedente, a ninguna vara de medir. El bebé con edad de nacer posee un conocimiento rudimentario de los ataques que provocan reacción, de manera que el proceso normal de nacimiento puede ser aceptado por el bebé a modo de nuevo ejemplo de lo que ya ha sucedido; pero un parto difícil va mucho más allá que cualquier experiencia prenatal de peligros que susciten una serie de reacciones.

En el caso de una paciente en cuyo análisis hubo una oportunidad especialmente buena para observar el proceso natal, toda vez que éste fue revivido repetidas veces, pude detectar cada uno de los núcleos del yo a medida que fueron apareciendo en una reacción adecuada al tipo de ataque recibido. Para citarles algunos les diré que observé el núcleo de las vías urinarias, del flato, del ano, el núcleo fecal, de la piel, de la saliva, de la frente, de la respiración, etc. Puede que estas consideraciones arrojen algo de luz sobre la dificultad que tenemos para describir el débil yo del individuo inmaduro sabiendo como sabemos cuán tremendamente fuerte es cada uno de los núcleos del yo. Lo débil es la integración de una organización total del yo.

En el presente contexto hay mucho que decir acerca de lo que sucede cuando, con una organización del yo extremadamente inmadura, el niño debe enfrentarse a un medio que insiste en ser importante. Puede haber una falsa integración que entrañe algún tipo de pensamiento abstracto que sea antinatural. También aquí se presentan dos alternativas: en un caso existe un desarrollo intelectual precoz; en el otro, se produce un fallo en el desarrollo intelectual. Cualquier cosa que esté entre estos dos extremos no sirve para nada. Este desarrollo intelectual constituye un estorbo porque emana de una fase demasiado precoz de la historia del individuo, de manera que patológicamente no está relacionada con el cuerpo y sus funciones y con los sentimientos e instintos y sensaciones del yo total (5).

Aquí cabe observar que el pequeño que se ve trastornado al tener que reaccionar a la fuerza, se ve trastornado en su «ser». Este estado de «ser» solamente puede existir bajo ciertas condiciones. Al reaccionar, el pequeño no es un «ser». El medio atacante todavía no puede ser percibido por el pequeño en tanto proyección de la agresión personal, ya que todavía no se ha llegado a la fase en la que esto signifique algo. A mi modo de ver, un severo trauma de nacimiento (de índole psicológica) puede provocar un estado, al que denominaré

«congénito», de paranoia, aunque no hereditario. La observación de muchos pequeños en mi clínica me da la impresión de que es posible que inmediatamente después del nacimiento exista una fuerte base paranoide. No puedo dar mejor ejemplo que el de la descripción de un sueño de una paciente (mujer; veintiocho años; diagnóstico: esquizofrenia con rasgos paranoides) como reacción a la lectura de la obra El trauma del nacimiento, de Rank.

Soñó que se hallaba bajo un montón de grava. La totalidad de la superficie de su cuerpo era sumamente sensible, hasta un grado difícil de imaginar. Tenía la piel quemada, que para ella representaba una forma de decir que su piel era extremadamente sensible y vulnerable. Toda ella estaba quemada. La mujer sabía que si alguien acudía en su ayuda, el dolor iba a resultarle insoportable, tanto física como mentalmente. Sabía el peligro que iba a representar que alguien acudiese para quitar la grava y tratar de curarla, y la situación era intolerable.

Puso de relieve el hecho de que junto a esto hubiera unos sentimientos comparables con los que corresponden a su intento de suicidio. «Una ya no puede soportar nada. Es lo horrible de poseer un cuerpo, y una mente que ya ha pasado por demasiado. Era todo ello a la vez, el que fuese tan completo, lo que hacía que resultase tan imposible. Si al menos la gente me dejase en paz. Si no me estuvieran atosigando todo el tiempo.» Sin embargo, lo que sucedió en el sueño era que alguien acudía y derramaba aceite sobre la grava dentro de la cual se hallaba ella. El aceite atravesaba la grava y llegaba a su piel, cubriéndola. Luego la dejaban completamente tranquila durante tres semanas, al cabo de las cuales podían quitar la grava sin hacerle daño; y cuando le quitaron su piel había sanado casi por entero. Había, sin embargo, una pequeña llaga entre los pechos, una zona triangular a la que no había llegado el aceite y de la cual surgía algo parecido a un pene pequeño o a un cordel. Hubo necesidad de atender a aquello, lo cual, por supuesto, resultaba levemente doloroso pero perfectamente soportable. Era algo sin importancia y alguien lo arrancó simplemente.

Aquí hay un trasfondo mucho menos sofisticado que el del sueño de la paciente H, ya que la paciente no era histérica, sino psicótica. Por eso es evidente el afecto verdadero. La persona que comprendía y vertía aceite sobre la paciente era yo, el analista, y el sueño indicaba un grado de confianza adquirido a través de mi forma de llevar el caso. No obstante, el sueño en sí es una reacción ante un ataque (la lectura del libro de Rank) y el análisis sufrió un retroceso temporal.

La cabeza.

En el nacimiento corriente la cabeza del niño constituye la avanzadilla encargada de la tarea de dilatar las zonas blandas de la madre. Hay diversas formas de recordar esto. Cabe retenerlo como importante modo de progresión que puede ser descrito con la palabra «reptación». Esta palabra aparece en un libro de Casteret llamado My Caves. El autor describe la forma en que atraviesa agujeros al explorar cuevas profundas. Lo que importa de la reptación es que los brazos no intervienen para nada, ni tampoco las manos. A decir verdad, el autor no sabe cómo puede producirse un movimiento de avance. Supongo que en la huella mnémica del nacimiento normal no habría ningún sentimiento de desamparo. El pequeño sentiría que los movimientos natatorios que, como sabemos, es capaz de realizar el feto, así como los movimientos que he llamado de «reptación», producen el avance. El pequeño puede percibir fácilmente el nacimiento en sí; en el caso normal, verá que se trata del resultado afortunado de su esfuerzo personal debido a una sincronización más o menos exacta. No creo que los hechos justifiquen la teoría de que en el proceso natal en sí existe esencialmente un estado dentro del cual el bebé se siente desamparado. Sin embargo, muy a menudo el retraso produce exactamente esto: el desamparo o un sentimiento de retraso infinito.

Es muy fácil que haya un retraso en el momento en que existe constricción en torno a la cabeza, y creo firmemente que el tipo de jaqueca que se describe como una cinta atada en torno a la cabeza es a veces un derivado directo de sensaciones natales recordados somáticamente. En el trabajo analítico es posible relacionar

esta cinta que oprime la cabeza con la experiencia de verse atrapado en un ataque ambiental que no tiene un fin previsible. Es posible concebir que hay una gran variedad de sensaciones que no son tan claramente delineables, tales como ruidos, afluencia de sangre a la cabeza, sensación de congestión en la parte superior, y la sensación de que «algo cede, como si la sangre estuviera escapándose». Éstos y otros síntomas frecuentes de la cabeza en el campo psicosomático están relacionados con el delirio psicótico en el que se produce una descarga a través de la parte superior de la cabeza, y he podido comprobar que los cascos y las capuchas son importantes por cuanto aportan la confianza de que el self no escapará por el punto mencionado. La acción de arrancar la cabellera tiene una significación primaria y no es un mero desplazamiento de la castración. Relacionadas con esto están las múltiples variaciones sobre el tema de los cuernos y los unicornios, que tal vez hundan una importante raíz en la extensión de la personalidad hacia adelante que se da en el proceso del nacimiento, y en virtud de la cual el cuerpo se impulsa a sí mismo.

Existe aquí una base para la fantasía consistente en el reingreso en la madre con la cabeza por delante. Esto quedó en evidencia durante un análisis. La paciente, la segunda de un par de mellizas, no era esperada y durante largo tiempo después del nacimiento no fue atendida. Durante el análisis hubo un momento en que el dilema de la paciente fue si debía retener la relación que le era conocida o convertirse en una entidad aparte sin que se le presentase ningún objeto externo. La primera alternativa proporcionaba una falsa relación objetal y en el análisis estuvo representada por una compulsión a tener la mano sobre la cabeza, representando la mano el cuerpo de la madre. Con gran facilidad esto se entretejió con una falsa homosexualidad en la que la paciente penetraba de cabeza en el cuerpo de la mujer. En este caso los brazos resultaban notablemente inútiles. En el primer sueño que me presentó la paciente hallaba tratando de efectuar el coito sin valerse de los brazos, habiéndosele desarrollado una artritis reumatoide confinada en principio a los codos y muñecas, de tal manera que los brazos, para los que no tenía ninguna aplicación fundamental, habían sido virtualmente eliminados. Huelga decir que el erotismo oral quedaba severamente inhibido como parte del mismo complejo y la paciente ya se había hecho arrancar todos los dientes.

La identificación de todo el cuerpo con los genitales masculinos se presenta en la labor analítica. No hay que olvidar que esto puede tener su base en la experiencia del nacimiento, donde el cuerpo actúa como un todo, y sin los brazos y sin erotismo oral o de ninguna otra clase (excepto el de los músculos utilizados para los movimientos natatorios o de reptación). El cuerpo prosigue sencillamente a través de un medio ambiente que se ha hecho más angosto.

El pecho.

Después de las experiencias de la cabeza siguen en importancia las del pecho. Esta parte de mi descripción puede subdividirse en tres partes: primero el recuerdo de unas cintas realmente constrictivas a diversos niveles en torno al pecho. Puede que estas constricciones sean deseadas, hecho que comprobamos especialmente en ciertas perversiones, pero también en detalles ordinarios de nuestra indumentaria. Cabría decir que el individuo que conserva una fuerte huella mnémica de esto, es decir, de una constricción alrededor del pecho, prefiere sentir una constricción conocida y controlada que seguir sufriendo la falsa ilusión de una constricción basada en huellas mnémicas del nacimiento.

La segunda parte de esta descripción se efectúa en términos de función. He comprobado que la huella mnémica de la restricción de la expansión pectoral durante el proceso natal traumático puede ser muy fuerte, y una de las cosas importantes acerca de ello es el contraste existente entre la actividad pectoral reactiva y la actividad pectoral de verdadera ira. Durante el proceso natal, como reacción ante la construcción de los tejidos maternos, el pequeño se ve obligado a realizar lo que (de haber un poco de aire disponible) sería un movimiento de inspiración. Después del nacimiento, si todo marcha bien, el llanto del pequeño instaura la expresión de que está vivo por medio de la espiración. Esto es un ejemplo, en términos de función física, de la diferencia entre reaccionar y simplemente seguir «siendo». Cuando se produce un retraso y alguna dificultad

excepcional, el paso hacia el llanto normal no se da de forma lo bastante definida y el individuo se queda siempre con algo de confusión cerca de la ira y su expresión. La ira reactiva obra en menoscabo de la instauración del yo. Sin embargo, bajo la forma de llanto, la ira puede ser egosintónica a partir de una edad muy temprana, una función expulsiva con un objetivo claro: vivir tal como se desea, y no reactivamente.

El tercer punto referente al pecho y al nacimiento consiste en la sencilla sensación de falta de algo, una falta que podría ser aliviada si fuese posible liberar la respiración. En un caso donde había antecedentes de placenta previa y nacimiento muy retardado, así como de asfixia aguda, la paciente, que sólo contaba seis años de edad, se quejaba de una constante sensación de «falta de oxígeno». Ya había experimentado antes que al aire parecía faltarle algo, y cuando oyó hablar del oxígeno aprovechó la idea inmediatamente. Esta sensación persistía en forma de síntoma muy importante. No hay que olvidar, en mi opinión, la experiencia de dificultades respiratorias durante el nacimiento cuando uno busca las diversas raíces de los trastornos respiratorios y perversiones que incluyen la obstrucción de la respiración. El deseo de asfixiarse puede ser muy fuerte y se presenta en forma de fantasía masturbatoria, en cuya puesta en práctica (acting out) han fallecido muchos que no tenían ningún propósito suicida. Se halla presente en el suicidio a la inversa, llamado por lo común «asesinato». En virtud de una inversión de papeles, la asfixia activa puede cobrar la forma de una amabilidad pervertida en la que la persona activa siente que la pasiva anhela ser asfixiada. Hay un poco de todo esto, así como de todo lo demás, en la sana y apasionada relación sexual.

El estudio de la necesidad de poder pasarse sin respirar, necesidad que puede encontrarse en las prácticas místicas de diversas religiones orientales, no puede ser completo a menos que el recuerdo corporal del nacimiento del individuo sea tornado en consideración. Existen, por supuesto, otras cosas igualmente importantes que intervienen en la mística negación de la respiración, especialmente en el intento de negar la diferencia entre la realidad interior y la exterior.

Conclusiones

Con el fin de conservar su forma personal de ser, el individuo, al principio, necesita un mínimo de ataques ambientales que susciten reacción. Todos los individuos tratan realmente de hallar un nuevo nacimiento en el cual el hilo de su propia vida no se vea trastornado por un número de reacciones superior al que pueda ser experimentado sin pérdida del sentimiento de continuidad de la existencia personal. La salud mental del individuo es establecida por la madre, la cual, por estar dedicada a su pequeño, es capaz de llevar a cabo una adaptación activa. Esto presupone que en la madre existe un estado básico de relajación, así como la comprensión del modo de vivir propio del pequeño, que también nace de la capacidad materna para identificarse con él. Esta relación entre la madre y el pequeño tiene un principio antes de que el niño nazca y en algunos casos continúa a lo largo del proceso natal y después del mismo. Tal como yo lo veo, el trauma del nacimiento es la pausa en la continuidad del “seguir siendo” del pequeño, y cuando esta pausa es significativa, los detalles de la forma en que se perciben los ataques, así como de la reacción del pequeño ante los mismos, son a su vez factores significativos y contrarios al desarrollo del yo. Por consiguiente, en la mayoría de casos el trauma del nacimiento es moderadamente importante y determina gran parte de la necesidad general de renacer. En algunos casos, este factor adverso es tan grande que el individuo no tiene oportunidad (aparte del renacimiento que tiene lugar en el curso del análisis) de realizar una marcha progresiva y natural en su desarrollo emocional, aun cuando los subsiguientes factores externos sean extremadamente buenos.

Si tenemos en cuenta el aspecto teórico del origen de la angustia, sería dar un paso en falso relacionar un fenómeno tal, universal como es la angustia con un caso especial de nacimiento: el traumático. Sería lógico, sin embargo, tratar de relacionar la angustia con la experiencia natal normal, pero en este trabajo sugiero que no sabemos aún lo bastante acerca de cuáles son las experiencias normales del nacimiento desde el punto de vista del pequeño y, por lo tanto, no podemos decir que exista una relación íntima entre la angustia y el nacimiento normal y no traumático. La experiencia natal traumática, a mi entender, determina no tanto el

patrón de angustia subsiguiente como el patrón de subsiguiente persecución.

Resumen

El estudio del trauma del nacimiento es importante por derecho propio.

Las claves que conducen a la comprensión de la psicología infantil, incluyendo el trauma del nacimiento, deben hallarse por medio de la experiencia psicoanalítica allí donde la regresión constituya un rasgo. Esta comprensión cobra prioridad sobre la comprensión intuitiva e incluso sobre el estudio objetivo de los niños y de la relación madre-niño en sus primeras fases.

Cuando en el análisis aparece material relacionado con el nacimiento y en forma significativa, el paciente, sin duda, da otras señales de hallarse en un estado extremadamente infantil. Puede que un niño determinado esté jugando a algo que contenga un simbolismo natal, y del mismo modo, un adulto nos dará cuenta frecuentemente de alguna fantasía relacionada, consciente o inconscientemente, con el nacimiento. Esto no es lo mismo que la puesta en práctica (acting out) de las huellas mnémicas derivadas de la experiencia natal, la que aporta el material para el estudio del trauma del nacimiento. Son los pacientes psicóticos quienes tienden a revivir semejantes fenómenos de la primera infancia, dejando a un lado, la fantasía que utiliza símbolos.

He postulado una experiencia natal normal que no es traumática. No he podido probarla. Sin embargo, con el fin de que mis ideas queden claras, he dado por sentada la existencia de una experiencia natal normal y he inventado dos grados de nacimiento traumático: uno común y con sus efectos anulados en su mayor parte por el subsiguiente buen control del pequeño, y el otro decididamente traumático, difícil de contrarrestar incluso por medio de los más atentos cuidados, y que deja su huella permanente en el individuo.

En el caso de que se comprobase que estas suposiciones son acertadas, habría que formular ciertas consideraciones teóricas.

Toda vez que la angustia es un fenómeno universal, no puede ser puesta en correlación directa con un caso especial de nacimiento, a saber: el nacimiento traumático.

Tal es la clave del conocido hecho de que clínicamente haya una relación entre las manifestaciones de la angustia y los detalles del trauma natal esté en que el citado trauma determina el patrón de las subsiguientes persecuciones; de esta manera el trauma natal determina de modo indirecto la forma en que la angustia se manifiesta en algunos casos.

Uno de los derivados de esta teoría consiste en que la misma nos proporciona una forma de considerar la paranoia congénita, que es bastante común, pero no heredada. El punto sobre el que tanto insisto se halla contenido en el título y texto de los dos artículos de Greenacre. Greenacre habla de la predisposición a la angustia aunque no afirma exactamente que la experiencia natal traumática determine el patrón de la persecución esperada. Lo que sugiere una experiencia natal traumática puede determinar la existencia así como el patrón de una disposición paranoide. Dicho de otro modo, si se acepta la teoría kleiniana de la angustia paranoide, en la cual el alivio en el análisis procede exclusivamente de la plena aceptación por parte del paciente del sadismo oral y de la ambivalencia para con el objeto «bueno», hay que considerar lo que se piensa acerca de los casos bastante frecuentes en los cuales los antecedentes paranoides datan del nacimiento. Mi sugerencia, que se basa en mi trabajo psicoanalítico, es la de que en ciertos casos, cuyos antecedentes se remontan al nacimiento, hay una predisposición tan fuerte a las ideas de persecución (así como un patrón fijo de la misma) que probablemente en tales casos la paranoia no sea consecuencia del sadismo oral. Dicho de otra manera, en mi opinión hay ciertos casos de paranoia latente en los que el análisis de la paranoia según la línea de recuperación del pleno alcance del sadismo oral no aporta la solución completa, porque hace falta, además, que dentro del marco analítico se reviva la experiencia natal traumática. Se hace necesario desplazar un factor

ambiental.

Quisiera que se me entendiese claramente. Ningún caso paranoide puede ser analizado simplemente permitiendo al paciente que reviva el trauma del nacimiento. Lo único que les estoy sugiriendo es que en un porcentaje de casos paranoides existe un factor más: que el nacimiento fue traumático y marcó en el pequeño un patrón de expectativa de interferencias con el «ser» básico. Probablemente, con mayor experiencia, uno podría separar estos casos de otros casos paranoides atendiendo al cuadro clínico así como mediante un historial cuidadosamente preparado.

En otro orden de cosas, encuentro un eslabón entre el trauma natal y los trastornos psicósomáticos, especialmente ciertas jaquecas y diversos tipos de trastornos respiratorios. En este caso uno podría decir que el trauma natal puede influir en el patrón de la hipocondría.

Ahora es posible hacer una afirmación positiva. Freud reconoce la existencia de una continuidad entre la vida intrauterina y la extrauterina. Me parece que ignoramos en qué medida Freud era capaz de apoyar esta intuición, extraída de su labor analítica. En la observación de un caso determinado he podido darme la satisfacción de que el paciente fuera capaz de traer a la sesión analítica, bajo ciertas condiciones muy especiales, una regresión de parte del ser a un estado intrauterino. En tal caso, el paso de una existencia intrauterina a otra extrauterina y viceversa entraña experiencias que son propias del nacimiento del individuo, y esto hay que distinguirlo del movimiento, generalmente más importante y común, que se registra en la fantasía, de entrada y salida del cuerpo de la madre y del mundo interior del paciente.

Ciertamente, cabe dar por sentado que a partir de la concepción el cuerpo y la psique se desarrollan juntos, al principio fundidos entre sí, más tarde separándose gradualmente. Ciertamente, se puede afirmar que antes del nacimiento de la psique (separada del soma) existe un «ir tirando» personal, una continuidad en la experimentación. Esta continuidad, a la que cabría calificar de principios del ser, se ve periódicamente interrumpida por fases de reacción ante los ataques. El ser empieza a incluir recuerdos de fases limitadas en las que la reacción ante algún ataque viene a interrumpir la continuidad. Al llegar el momento de nacer, el pequeño está preparado para tales fases, y lo que sugiero es que en el nacimiento no traumático la reacción ante el ataque que entraña el nacimiento no sobrepasa a la reacción para la cual está preparado el feto.

Generalmente se supone que la nueva experiencia de la respiración tiene que ser traumática. Lo más probable es que no sea la iniciación de la respiración sino el retraso de la misma, asociado con un nacimiento retrasado, lo que aporta el factor traumático. Mi experiencia psicoanalítica me induce a pensar que no es necesariamente cierto en todos los casos que la iniciación de la respiración sea significativa.

A mí me parece que es en relación con el límite de las fases intolerables de reacción que el intelecto empieza a funcionar como algo distinto de la psique. Es como si el intelecto recogiera y juntase los ataques a los que hubo que reaccionar y los conservase con detalles y orden exactos, protegiendo de esta manera a la psique hasta que haya un regreso al estado de continuidad existencial. En una situación de índole más traumática el intelecto se desarrolla excesivamente e incluso puede parecer que gana en importancia a la psique y que después del nacimiento el intelecto puede seguir esperando y saliendo al encuentro de las persecuciones con el fin de reunir las y conservarlas, sin dejar el objetivo de preservar la psique. El valor de esta defensa queda demostrado cuando el individuo se presenta para ser analizado, toda vez que en el marco analítico comprobamos cómo pueden ser recordadas las persecuciones primarias cuidadosamente recogidas. Entonces, por fin, el paciente puede permitirse el lujo de olvidarlas.

Estoy en deuda con la doctora Margaret Little por su observación en el sentido de que esto puede explicar la forma en que, en la paranoia, las persecuciones desparramadas se integran y organizan como en el cuadro clínico común. La tarea de organizarlas la lleva a cabo el intelecto del individuo en defensa de la psique, y por esta razón la misma organización de persecuciones desparramadas es ardientemente defendida.

Corolario de todo esto es que en algunos casos hay tal confusión en la persecución que el intelecto no logra

P S I K O L I B R O

agruparla y retener su orden. En tal caso, en vez de un intelecto perfeccionado, clínicamente nos encontramos con un aparente defecto mental, y eso a pesar de que el desarrollo originario del tejido cerebral era normal.

Sería posible desarrollar este tema mediante una descripción de las sensaciones físicas propias del trauma natal que aparecen en la sintomatología psicósomática común. Lo que importa, sin embargo, es que para el paciente individual el patrón es cuidadosamente fijado, y también que en el revivir que tal vez aparezca en el transcurso del psicoanálisis se mantenga un orden definido en el tiempo. En cualquier análisis de un caso de este tipo uno se familiariza con las sensaciones y su orden en la medida en que sean propias del paciente que se esté tratando.

A este respecto, es necesaria una importante consideración de carácter práctico. Me refiero a la forma en que es posible afrontar las cosas una por una, mientras que dos o más factores causan confusión. Uno de los principios fundamentales de la técnica psicoanalítica es el de aportar un marco dentro del cual el paciente puede afrontar las cosas una por una. Nada hay más importante en nuestra labor analítica que el tratar de ver qué es lo único que el paciente presenta a la interpretación o la reviviscencia durante una sesión determinada. El buen analista limita sus interpretaciones y actos al detalle presentado exactamente por el paciente. Es mala costumbre interpretar lo que a uno le parece entender, actuando de acuerdo con las propias necesidades y echando a perder el intento del paciente de afrontar las cosas de una en una. Parece que esto es tanto más cierto cuanto más se retrocede. La integración de la psique inmadura en el momento del nacimiento puede verse reforzada una reacción a los ataques, siempre y cuando no dure demasiado. Sin embargo, dos ataques requieren dos reacciones, y éstas dividen a la psique en dos mitades. El esfuerzo del yo que he descrito constituye un intento de mantener a raya los ataques por medio de la actividad mental, de manera que las reacciones que susciten puedan tener lugar de una en una y sin interrupción de la psique. Todo esto es posible demostrarlo muy bien en el trabajo psicoanalítico siempre y cuando uno sea capaz de seguir al paciente tan lejos como quiera remontarse en su desarrollo emocional, por medio de la regresión a la dependencia, con el fin de ir más allá del período en el que los ataques empezaron a ser múltiples e ingobernables.

Finalmente, repito que no hay nada que pueda considerarse tratamiento basado exclusivamente en el análisis del trauma natal. Para llegar a estas fases tempranas primero tenemos que demostrarle al paciente nuestra competencia dentro de toda la gama de la comprensión psicoanalítica corriente. Más aún, cuando el paciente ha estado totalmente dependiente y ha vuelto a avanzar, a uno le es necesario poseer una comprensión muy segura de la posición depresiva y del desarrollo gradual hacia la primacía genital, así como de la dinámica de las relaciones interpersonales y de la necesidad acuciante de conseguir la independencia partiendo de la dependencia.

Notas:

(1) He tenido que volver a escribir esta parte (1954) ya que descubrí la labor de Greenacre después de haber escrito y leído este trabajo, aunque gran parte de los trabajos de Greenacre habían sido publicados cuando yo preparé esta aportación.

(2) Se observará que dejo de lado el trabajo de otros autores y que trato de plantear mi propia posición con mis propias palabras. Me siento más que satisfecho cuando, después de efectuar mi propuesta, me encuentro con que mis afirmaciones ya han sido hechas anteriormente por otros autores. A menudo, aunque no para mí, se dice que las han dicho mejor que yo.

(3) Por ejemplo, cuando preparo un escrito para esta Sociedad sobre algún tema, casi siempre sucede que sueño cosas relacionadas con el tema.

(4) Actualmente a este estado especial de sensibilidad materna lo denomino "preocupación maternal primaria", 1957.

(5) Esta idea se desarrolla en "La mente y su relación con el psiquesoma", capítulo 9 de esta tercera parte.

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

El recién nacido y su madre, 1964

Winnicott se dirige en este caso a un auditorio formado por pediatras.

Este tema es tan complejo que vacilo en agregar una nueva dimensión. No obstante, me parece que si la psicología tiene validez en el estudio del recién nacido, las complicaciones que produce son solamente de orden práctico. Dentro del marco teórico, cualquier contribución puede ser errónea (en cuyo caso, el problema permanece sin resolver), o contener un elemento de verdad, en cuyo caso simplifica las cosas en la forma en que la verdad siempre las simplifica.

El recién nacido y su madre constituyen un tema bastante amplio; sin embargo, no me agradaría restringirlo ocupándome tan sólo

del recién nacido. Es la psicología lo que está en discusión, y presumo que, cuando observamos a un bebé, también observamos el medio que lo rodea y, detrás de éste, a la madre.

Espero que los padres encontrarán comprensible que me refiera a "la madre" con mayor frecuencia que "al padre".

Es necesario tener en cuenta la gran diferencia que necesariamente existe entre la psicología de la madre y la del bebé. La madre es una persona compleja. El bebé, al principio, es todo lo contrario. Para muchos no es fácil atribuir a un bebé cualquier cosa que pueda ser denominada "psicológica" hasta después de algunas semanas o meses, y suelen ser los médicos más que las madres los que tienen esta dificultad. ¿No podríamos decir, entonces, que lo que cabe esperar de las madres es que vean más de lo que está a la vista, y lo que cabe esperar de los científicos es que no vean nada que no haya sido previamente demostrado?

He oído decir que, en el recién nacido, fisiología y psicología son una misma cosa (John Davis).

Es un buen punto de partida. La psicología es una extensión gradual de la fisiología. No es necesario discutir acerca del momento en que se produce esta transición. (Quizá varíe de acuerdo con las circunstancias. No obstante, la fecha de nacimiento podría ser considerada como el momento en que se producen los grandes cambios en este terreno, de manera tal que un bebé prematuro puede estar mucho mejor psicológicamente en una incubadora, mientras que un bebé maduro no podría desarrollarse en ella, sino que necesita del abrazo humano y el contacto corporal.

Es mi tesis que las madres, a menos que estén psiquiátricamente enfermas, se orientan hacia su tarea especializada durante los últimos meses del embarazo, y se recuperan gradualmente en el curso de las semanas y meses posteriores al parto. He escrito mucho sobre esto, denominándolo "preocupación maternal

primaria". En ese estado, las madres „adquieren la capacidad de ponerse en el lugar del bebé, por así decirlo. Esto significa que desarrollan una impresionante capacidad para identificarse con el bebé, lo cual les permite satisfacer las necesidades ,básicas de éste en una forma que ninguna máquina puede imitar, y que ninguna enseñanza puede abarcar. ¿Puedo dar esto por sentado y enunciar a continuación que el prototipo de todo el cuidado del bebé es el sostén? Y me refiero al sostén humano. Soy consciente de que estoy llevando al límite el significado de la palabra "sostén", pero entiendo que se trata de una enunciación sucinta y suficientemente verdadera.

Un bebé que es sostenido adecuadamente difiere bastante de otro que no lo es. Ninguna observación de un bebé tiene valor para mí si no va acompañada de una buena descripción de la calidad del sostén. Por ejemplo, acabamos de ver una película a la que atribuyo un valor especial. En ella un médico sostenía a un bebé que caminaba, a modo de ilustración de los primeros pasos; observando la lengua del médico se podía apreciar que estaba actuando en forma cuidadosa y sensible y que el bebé no se estaba comportando como lo hubiera hecho si la persona que lo sostenía hubiese sido otra. Creo que en general los pediatras son personas capaces de identificarse con el bebé y de sostenerlo, y quizás es esta capacidad de identificación lo que los orienta hacia la pediatría.

Vale la pena mencionar algo tan obvio porque muchas veces se describen grandes variaciones en la forma de comportarse de un bebé, y pienso que siempre deberíamos tener una filmación de la persona que está realizando la investigación, para así poder juzgar si era alguien que sabía cómo se sentía el bebé en ese momento. El motivo por el cual este aspecto especial del cuidado del bebé debe ser mencionado, aunque sea en esta breve enunciación, es que en las etapas tempranas del desarrollo emocional, antes de que los sentidos se hayan organizado, y antes de que exista algo que

pueda denominarse un yo autónomo, se experimentan ansiedades muy severas. En realidad, la palabra "ansiedad" no nos sirve, ya que la angustia que experimenta el bebé en esta etapa es similar a la que lleva al pánico, y el pánico es ya una defensa contra la agonía que impulsa a la gente a suicidarse antes que a recordar. Aquí me he propuesto utilizar un lenguaje fuerte. Supongamos el caso de dos bebés. Uno fue adecuadamente sostenido (en el sentido amplio que atribuyo al término), y no hubo nada que pudiera impedir un crecimiento emocional rápido, acorde con las tendencias innatas. El otro no pasó por la experiencia de haber sido sostenido adecuadamente, y por fuerza su crecimiento se retrasó y distorsionó, y cierto grado de agonía primitiva persistió en su vida. Digamos que en su caso, a través de la experiencia corriente de un sostén suficientemente bueno, la madre fue capaz de suplir una función yoica auxiliar, de modo tal que el bebé tuvo un yo desde el principio, un yo personal muy débil pero asistido por la adaptación sensible de la madre y por la habilidad de ésta para identificarse con su bebé en lo relativo a las necesidades básicas. El bebé que no pasó por esa experiencia debió desarrollar un funcionamiento yoico prematuro, o bien desarrolló una confusión.

Creo que debo expresarme con sencillez, porque quienes poseen experiencia en lo relativo al físico no necesariamente saben mucho de teoría psicológica. En la psicología del crecimiento emocional, para que los procesos madurativos del individuo se vuelvan reales, necesitan del aporte de un ambiente facilitador. Este ambiente facilitador adquiere muy pronto una adaptación de complejidad extrema. Sólo un ser humano puede conocer a un bebé de un modo que haga posible una adaptación de complejidad creciente adecuada a las necesidades cambiantes del bebé. La maduración en las primeras etapas, y ciertamente durante todo el crecimiento, es en gran medida una cuestión de integración. No puedo repetir aquí todo lo que se ha escrito acerca de los detalles del desarrollo emocional primitivo, pero sí decir que éste incluye tres tareas principales: integración del yo, establecimiento de la

psique en el cuerpo, y formación de relaciones objetales. Con ellas se corresponden, aproximadamente, las libres funciones de la madre: sostén, manejo y presentación de objetos. El tema es muy amplio. He realizado un intento de desarrollarlo en "El primer año de vida", pero en este momento mi propósito es mantenerme más cerca de la fecha de nacimiento. Observarán que estoy intentando atraer la atención hacia el hecho de que los bebés son humanos desde el principio, es decir, suponiendo que cuenten con un aparato electrónico apropiado. Sé que en este lugar no es necesario atraer la atención hacia el hecho de que los bebés son humanos. Este es el común denominador de la psicología que pertenece a la pediatría.

Es difícil encontrar un modo de precisar cuándo se comienza a ser persona. Si hay alguien capaz de acumular experiencias, compararlas, sentir y diferenciar las sensaciones, ser aprehensivo en el momento apropiado y comenzar a organizar defensas contra el sufrimiento mental, entonces yo diría que el bebé ES, y el estudio del bebé a partir de este punto necesita incluir a la psicología.

Ustedes seguramente tendrán conocimiento de diversos intentos que se están realizando para estudiar a los bebés por medio de la observación directa. Aquí, bastará con que mencione la bibliografía citada al final del reciente libro *Determinants of Infant Behaviour*, Vol. 2. No me referiré específicamente a este método, y podría preguntárseme: ¿Por qué no?, ya que la observación directa es necesaria para que el trabajo tenga sentido para quienes (como muchos de los aquí presentes) se dedican principalmente a la ciencia física. Pero yo preferiría en estos pocos minutos intentar transmitirles una pequeña parte de mi experiencia como psicoanalista y como psiquiatra de niños. He arribado a estas conclusiones hace mucho tiempo, a partir de la práctica de la pediatría física.

¿De qué manera puede el psicoanálisis contribuir a la comprensión

de la psicología del recién nacido? Obviamente, habría mucho que decir acerca de los rasgos psiquiátricos que pueden presentar la madre o el padre, pero para mantener el tema dentro de los límites que lo hagan manejable me veo obligado a presuponer cierto grado de salud en los padres y a dedicar mi atención al bebé, y además, a presuponer la salud física del bebé.

El psicoanálisis ha sido útil en primer lugar aportando una teoría (la única existente, en realidad) del desarrollo emocional. Pero en los comienzos sólo consideraba las cuestiones infantiles en el simbolismo de los sueños, en la sintomatología psicósomática, en el juego imaginativo. Gradualmente fue retrocediendo en el tiempo hasta aplicarse aun a los niños pequeños, digamos, de dos años y medio de edad. Esto no aportó lo necesario para nuestro propósito actual, sin embargo, ya que los niños de dos años y medio están sorprendentemente lejos de su primera infancia, a menos que sean enfermos e inmaduros.

Estoy sugiriendo que el desarrollo más importante del psicoanálisis, para lo que aquí nos interesa, fue la extensión del trabajo del analista hasta abarcar el estudio de pacientes psicóticos. Se está comprobando actualmente que, mientras que la psiconeurosis conduce al analista a la niñez temprana del paciente, la esquizofrenia lo conduce a su primera infancia, a los comienzos, a una etapa de dependencia casi absoluta. En resumen, en estos casos han existido fallas del ambiente facilitador en una etapa anterior a aquella en que el yo inmaduro y dependiente adquiere la capacidad de organizar defensas.

Para reducir aun más el campo, el mejor paciente para el investigador que estudia la psicología de la primera infancia de esta manera es el esquizofrénico fronterizo, o sea, aquel que posee una personalidad funcional suficiente como para psicoanalizarse y realizar el arduo trabajo necesario para que la parte enferma de su personalidad pueda encontrar alivio. No puedo hacer mucho más

que presentarles el modo en que un paciente severamente regresivo que se encuentra en tratamiento analítico regular puede enriquecer nuestra comprensión del bebé. Efectivamente, el bebé se encuentra en el diván, o en el suelo, o en algún sitio, y la dependencia está presente en toda su magnitud, la función auxiliar del yo del analista es activa, la observación del bebé puede ser directa, excepto por el hecho de que el paciente es un adulto que sin duda tiene cierta experiencia de la vida. Debemos tener presente esa experiencia que distorsiona la óptica.

Quiero que sepan que soy consciente de las distorsiones, y que lo que digo no apunta a demostrar nada, aunque puede resultar ilustrativo. A continuación, expondré dos ejemplos de mi intento de demostrar que sé algo acerca de las distorsiones. En primer lugar, un niño esquizofrénico de cuatro años. Su madre y su padre se ocupan de su cuidado. El niño recibe una atención muy especial, y, como no es un caso muy severo, se está recuperando en forma gradual. En mi consultorio juega a que nace nuevamente de su madre. Le endereza las piernas mientras está en su regazo y luego se desliza por las piernas hasta el suelo; repite la maniobra una y otra vez. Es un juego particular que deriva de una relación especial con su madre, y que corresponde al hecho de que ésta, más que una madre es la enfermera psiquiátrica de un niño enfermo. Ahora bien, este juego involucra un simbolismo; se asocia con todas las cosas que a la gente normal y corriente le gusta hacer; y también con la forma en que el nacimiento aparece en los sueños. ¿Pero se trata de un recuerdo directo que este niño tiene de su nacimiento? En realidad no hay tal cosa, ya que nació por cesárea. Lo que quiero dar a entender es que todo intento de considerar el pasado de un paciente debe ser corregido constantemente, y soy consciente de esto, aunque el simbolismo sea adecuado

En segundo lugar, veamos el caso de una mujer Histérica que "recuerda" su nacimiento. Lo recuerda con lujo de detalles, tiene sueños angustiosos al respecto, y en uno de sus sueños aparece el

médico; luciendo levita y galera y llevando una valija, y ella recuerda lo que él le dijo a su madre. Por supuesto, se trata de una típica distorsión histórica, aunque no debe descartarse la posibilidad de que esta mujer también estuviera tomando en cuenta recuerdos reas de su nacimiento. Un material onírico semejante no puede ser utilizado en esta discusión, y ciertamente la mujer, como persona adulta, tenía conocimientos relativos al proceso del nacimiento, y tuvo muchos hermanos que nacieron después que ella.

En cambio puedo referirles el caso de una niña de dos años que representaba a su hermanita en el momento de nacer. La niña estaba tratando de establecer una nueva relación con su hermanita. Había algo específico que nosotros debíamos hacer. Ella entró sabiendo lo que quería, y me hizo sentar en el suelo entre los juguetes, y yo tenía que "ser ella". Luego salió, trajo a su padre desde la sala de espera hasta el consultorio (hubiera traído a su madre, pero era el padre el que estaba allí), se sentó sobre sus rodillas, y entonces ella era el bebé que nacía. Para representar el nacimiento saltó sobre las rodillas de su padre y luego se deslizó hasta el suelo por entre sus piernas y dijo: "¡Soy un bebé!" Luego me observó; yo tenía una función específica que cumplir: representarla a ella. Me dijo más o menos lo que tenía que hacer: enojarme mucho y tirar los juguetes y decir: "No quiero una hermanita" y cosas por el estilo, y esto debía repetirse una y otra vez. Ustedes ven lo fácil que resultaba para esta niñita representar el proceso del nacimiento desliziéndose hasta el suelo, y lo repitió alrededor de diez veces hasta que su padre ya no pudo soportarlo, y luego comenzó a nacer de la cabeza de su padre; ciertamente, esto no le importó tanto a él debido a que es profesor y es muy inteligente.

A continuación me gustaría hablarles del reflejo de Moro. Todos ustedes lo conocen, y no necesito explicar que, si se deja caer levemente la cabeza de un bebé, éste reacciona de modo previsible.

Es un aspecto de lo que denomino quehacer materno insuficientemente bueno, que destaco a los efectos del estudio científico. Es exactamente lo que una madre no haría a su bebé. El motivo por el cual los médicos no reciben una bofetada cuando lo hacen es que son médicos, y las madres se sienten intimidadas por los médicos. Ciertamente, un reflejo de Moro no altera la psicología de un bebé pero si se diera el caso de una madre, obsesionada con el reflejo de Moro, que alzara a su hijo cada veinte minutos y dejara caer su cabeza para ver qué ocurriría, ese bebé no tendría una madre suficiente mente buena. Es exactamente lo que una madre no haría a su bebé. Aunque una madre puede no tener palabras para describir sus sentimientos por su bebé, ando lo alza y lo cobija en sus brazos.

A continuación quisiera referirme al tratamiento analítico de una paciente. Esta mujer necesitaba una profunda y prolongada regresión a la dependencia. Su tratamiento se prolongó por muchos años. Me proporcionó una oportunidad única de observar la primera infancia: la aparición de la primera infancia en un adulto. El bebé al que se le provoca el reflejo de Moro no puede hablar de lo que le sucedió. Mi paciente, en cambio, cada vez que se recuperaba después de una etapa de regresión profunda, se convertía en una persona adulta con conocimientos y experiencia. Podía hablar. El problema de que no fuera sólo un bebé sino también una persona compleja debe ser tenido en cuenta.

En la muy temprana etapa del desarrollo emocional a la que esta mujer retrocedió, se tiene una idea muy simple del self. En realidad, mediando un quehacer materno suficientemente bueno, sólo es necesario esbozo de una idea del self, o tal vez ni siquiera eso.

El sostén incorrecto (o la falla ambiental que provoca el reflejo de Moro) impone al bebé una conciencia prematura para la cual no está bien equipado. Si el bebé diera hablar, diría: "Ahí estaba yo,

disfrutando de la continuidad de ser. No tenía idea alguna acerca de una representación adecuada para mi self, pero podría haber sido un círculo." (Interrumpiendo al bebé en este punto diré que, a mi juicio, la gente que fabrica los globos que se venden en las plazas olvida que lo que les gusta a los niños es una simple esfera que no obedezca a las leyes de gravedad; no desean orejas ni narices ni leyendas ni nada por el estilo.) "La representación de mi self podría haber sido un círculo (diría el bebé). De pronto, sucedieron dos cosas terribles: la continuidad de mi ser, que es todo lo que tengo de integridad personal en este momento, fue interrumpida, y fue interrumpida por tener que dividirme en dos partes: un cuerpo y una cabeza. La nueva representación que me vi forzado a hacer de mí mismo fue la de dos círculos separados, en lugar del círculo único del cual ni siquiera tenía que ser consciente antes que ocurriera esta cosa espantosa." El bebé está intentando describir una escisión de su personalidad y además la prematura toma de conciencia producida por la caída de su cabeza.

En realidad, el niño fue sometido a un tormento mental, y es precisamente éste el tipo de tormento mental que el esquizofrénico lleva consigo como recuerdo y como amenaza, y el que hace que el suicidio se convierta en una alternativa razonable.

No he terminado aún con mi paciente. Quizás ustedes se pregunten por qué había en ella un impulso de regresar a la dependencia, y ante todo debo responder a esta pregunta. En los casos denominados "fronterizos" hay un impulso -refrenado- a avanzar en el desarrollo emocional. El único modo de recordar las experiencias muy tempranas consiste en recibirlas, y como se trata de experiencias que en su momento fueron excesivamente dolorosas porque tuvieron lugar cuando el yo no estaba organizado y el yo auxiliar del quehacer materno era deficiente, es preciso que sean revividas en una situación cuidadosamente preparada y probada como la que se da en un encuadre psicoanalítico. Además, el analista está presente, así que, si todo

marcha bien, el paciente tiene alguien a quien odiar por la falla original del ambiente facilitador que distorsionó los procesos madurativos.

En el caso particular de esta paciente, surgieron muchos pormenores sobre su infancia que pudimos analizar juntos. Sucede que, con ella hice algo poco usual en mi práctica. En cierto momento, en el curso del análisis, la paciente estaba en el diván, con su cabeza apoyada en mi mano. Este tipo de contacto real es raro en la práctica psicoanalítica, e hice algo censurable, por completo ajeno al psicoanálisis: dejé caer su cabeza para ver si se producía el reflejo de Moro. Por supuesto, yo sabía lo que iba a ocurrir. La paciente experimentó un sufrimiento mental muy intenso, provocado por el hecho de quedar dividida en dos, y a partir de allí pudimos continuar, para al fin descubrir cuál era el significado psicológico de su agonía mental. Finalmente, ella fue capaz de decirme lo que le había ocurrido a su self infantil; me explicó que en ese momento el círculo se había convertido en dos círculos, y la experiencia fue un ejemplo de una escisión de la personalidad causada por una falla específica en el ambiente facilitador, una falla en el fortalecimiento del yo.

Es muy raro que se me presente la oportunidad de hacer una prueba de este tipo, porque mi función como terapeuta no es la de cometer estos errores que producen un sufrimiento mental intolerable. No puedo sacrificar a un paciente en el altar de la ciencia. Pero lo terrible es que, a través del tiempo, uno comete todo tipo de errores simplemente por ser humano, de manera tal que las pruebas se realizan y nos hacemos cargo de los resultados lo mejor que podemos. En este caso, realicé la prueba deliberadamente.

A partir de este ejemplo, podemos ver que el reflejo de Moro puede o no depender de la existencia de un arco reflejo. Me refiero simplemente a que no es necesario que éste exista. No

necesariamente debe existir un sustrato neurológico, o bien la respuesta puede ser tanto neurofisiológica como psicológica, y cada una puede convertirse en la otra. Lo que estoy sugiriendo es que no es prudente dejar de lado la psicología si lo que uno se propone es formular una enunciación completa.

Existen sólo unas pocas de estas agonías primitivas. Se cuentan entre ellas, por ejemplo, la sensación de caída interminable, las desintegraciones de todo tipo, y todo lo que divide la psique y el cuerpo. Pronto se verá que estas cuestiones se relacionan con el progreso en el desarrollo emocional del bebé que tiene lugar cuando el quehacer materno es suficientemente bueno. Al mismo tiempo, en lo que respecta a la esquizofrenia, se produce un retroceso. El esquizofrénico se ve impulsado a entrar en contacto con aquellos procesos que deterioran el progreso de la etapa más temprana, que abarca el período neonatal. Y este enfoque de la esquizofrenia contribuye tanto a la comprensión de esta enfermedad como a la comprensión de los bebés.

Todavía queda mucho por investigar sobre el tema de los recuerdos infantiles y lo que la experiencia del nacimiento significa para el bebé. No tengo tiempo suficiente para desarrollar este tema aquí. Pero quisiera comentar un sueño de una niña esquizofrénica que tuvo un nacimiento difícil. Previamente, sin embargo, debo introducir el postulado de que hay un nacimiento normal - psicológicamente hablando-, en el cual el trauma psicológico es mínimo. En un nacimiento normal, desde el punto de vista del bebé, él nació porque estaba preparado para nacer; y mediante grandes esfuerzos, por necesidad de respirar o por lo que fuere, hizo algo; en consecuencia, desde su punto de vista el nacimiento es algo "llevado a cabo por el bebé". Creo que esto no solamente es normal., sino que es lo corriente. Estos dichosos acontecimientos no aparecen con tanta frecuencia en nuestros tratamientos analíticos como en el simbolismo, en la ficción y en el juego. Es lo que ha salido mal lo que aparece en el tratamiento, y una de estas

cosas es el retraso, que es infinito porque el bebé no tiene motivo alguno para esperar el éxito.

Ahora retomemos el caso de la niña esquizofrénica a la cual dediqué 2500 horas de mi tiempo. Tenía un coeficiente intelectual excepcionalmente alto: alrededor de 180, según creo. Y vino a tratarse, preguntándome si le daría la posibilidad de suicidarse por un buen motivo en lugar de por un mal motivo. En esto, fracasé. Cuando tuvo ese sueño, estaba en una etapa en la que volvía a vivenciar su nacimiento, con todas las distorsiones propias de una mujer adulta sumamente inteligente. Tenía una madre muy neurótica, y hay pruebas de que su conciencia había sido despertada, si tal cosa es posible (y creo que lo es), unos días antes de la fecha de su nacimiento, debido a que su madre sufrió un shock muy severo. Luego el nacimiento se complicó por una placenta previa, de diagnóstico tardío. La vida de esta niña tuvo un mal comienzo, y nunca logró adaptarse.

En medio de este nuevo intento suyo de comprender los efectos de todo aquello, me pidió prestado mi ejemplar de EL trauma del nacimiento de Rank. Como pueden ver, otra complicación. Todas estas complicaciones deben ser aceptadas y tomadas en cuenta en el tipo de trabajo al que me estoy refiriendo. Leyó el libro y la noche siguiente tuvo un sueño que le pareció altamente significativo, en lo que, creo, coincidirán ustedes. Para el analista, estos sueños son el pan de cada día. Si ustedes están familiarizados con el tema, podrán ver que este sueño involucra una afirmación de su confianza en mí -el analista- como la persona que la sostiene, es decir, que maneja su caso y realiza su análisis. El sueño ilustra además su permanente estado de paranoia, su vulnerabilidad, su inexperiencia esencial, contra la cual había organizado todas las defensas posibles. Un psicoanalista haría notar que hay muchos determinantes de este sueño que no pueden remontarse tan lejos como la fecha de nacimiento de la paciente. De todos modos, les referiré el sueño como ejemplo ilustrativo. Esta es la idea de la

paciente sobre su nacimiento:

Soñó que estaba debajo de un montón de grava. Toda la superficie de su cuerpo tenía una sensibilidad extrema, difícil de imaginar. Su piel estaba quemada, lo cual representaba su modo de decir que la sentía extremadamente sensible y vulnerable. Estaba toda quemada. Sabía que si alguien venía y le hacía algo, el dolor, tanto físico como mental, sería imposible de soportar. Sabía que existía el riesgo de que alguien viniera y le sacara la grava de encima, y le hiciera cosas para curarla, y la situación era intolerable. Hizo hincapié en que experimentaba sentimientos comparables a los que acompañaron su intento de suicidio. (Había hecho dos intentos de suicidio, y finalmente se suicidó). "Es algo que uno no puede soportar más", dijo, "el horror de tener un cuerpo, y la mente, que ya ha sufrido demasiado. Era la totalidad de ello, de toda la tarea, lo que la hacía tan imposible. Si solamente me dejaran sola; si la gente dejara de acercárseme." Pero lo que ocurrió en el sueño fue que alguien vino y echó aceite sobre la grava. El aceite atravesó la grava, llegó hasta su piel y la cubrió. Entonces permaneció allí sola durante tres semanas, al cabo de las cuales la grava pudo ser retirada sin causarle dolor. Sin embargo, había una zona irritada entre sus pechos, "una superficie triangular que no había sido alcanzada por el aceite, de la cual emergía algo semejante a un pene pequeño o a una cuerda. Esta zona debía ser cuidada y, por supuesto, era ligeramente dolorosa, pero bastante soportable. Simplemente, no importaba. Alguien la arrancó."

Este sueño, creo, nos brinda (entre muchas otras cosas) una idea acerca de lo que puede llegar a sentirse al nacer. Este no fue uno de los nacimientos que denomino normales debido a la toma de conciencia prematura producida por las demoras en el proceso de nacimiento.

Sé que hay quienes considerarán este enfoque como poco convincente. Lo que he intentado hacer, de todos modos, es llamar

la atención sobre cierta labor en curso de la que quizá no hayan oído hablar, porque corresponde a una disciplina que les es ajena. La teoría de la esquizofrenia como anulación de los procesos madurativos de la primera infancia tiene mucho para enseñar al psiquiatra; también creo, tiene mucho para enseñar al pediatra, al neurólogo y al psicólogo sobre los bebés y sus madres.

Biblioteca D. Winnicott

Algunas reflexiones sobre el significado de la palabra "democracia"

(Escrito para Human Relations, junio de 1950)

Ante todo, permítaseme decir que sé muy bien que los comentarios que ofrezco aquí pertenecen a un tema que escapa a mi especialidad. Los sociólogos y quienes se dedican a la ciencia política experimentarán quizás al comienzo cierto fastidio ante tal impertinencia, pero me parece importante que cada tanto los profesionales traspasen los límites de su campo de acción específico, a condición de que tengan perfecta conciencia, como ocurre en mi caso, de que sus reflexiones resultarán inevitablemente ingenuas para quienes conocen la literatura pertinente y están acostumbrados a un lenguaje profesional que el intruso desconoce.

La palabra "democracia" es muy importante en la actualidad. Se la emplea en innumerables sentidos, algunos de los cuales son los siguientes:

1. Un sistema social en el que el pueblo gobierna.
2. Un sistema social en el que el pueblo elige a su líder.
3. Un sistema social en el que el pueblo elige al gobierno.
4. Un sistema social en el que el gobierno otorga al pueblo libertad de pensamiento, de expresión y de empresa.
5. Un sistema social que, en circunstancias afortunadas, puede permitirse conceder a los individuos libertad de acción.

Es posible estudiar:

1. La etimología de la palabra.
2. La historia de las instituciones sociales: griegas, romanas, etcétera.
3. El uso que se hace de esta palabra en diversos países y culturas de la actualidad: Gran Bretaña, Estados Unidos, Rusia, etcétera.
4. El abuso de esta palabra por parte de dictadores y otros; el engaño al pueblo, etcétera.

En todo examen de un término, como el de democracia, evidentemente es esencial llegar a una definición, adecuada al enfoque particular que se ha elegido.

Psicología del uso del término

¿Es posible estudiar el uso de este término desde el punto de vista psicológico? Aceptamos los estudios psicológicos de otros términos difíciles tales como "mente normal", "personalidad sana", "individuo adaptado a la sociedad", y confiamos en que tales estudios resultarán valiosos en la medida en que otorgan a los factores emocionales inconscientes toda la importancia que tienen. Una de las tareas de la psicología consiste en

estudiar y poner de manifiesto las ideas latentes que existen en el uso de tales conceptos, sin limitar su atención al significado manifiesto o consciente.

Aquí se hace un intento por iniciar un estudio de tipo psicológico.

Definición operativa del término

Parecería que resulta posible encontrar un significado latente y de importancia para este término, a saber, que una sociedad democrática es "madura", esto es, que posee una cualidad que es afín a la de la madurez individual que caracteriza a sus miembros sanos.

Por lo tanto, la democracia se define aquí como una "sociedad bien adaptada a sus miembros individuales sanos". Esta definición coincide con el criterio expresado por R. E. Money-Kyrle (1).

Lo importante para el psicólogo es la forma como la gente utiliza este término. Un estudio psicológico se justifica si el término implica el elemento de madurez. Lo que sugiere aquí es que en todos los usos del término resulta posible encontrar implícita la idea de madurez o de madurez relativa, si bien resulta difícil, como todos admitirán, definir estos términos de modo adecuado.

Salud psiquiátrica

En términos psiquiátricos, cabe decir que es normal o sano el individuo maduro; de acuerdo con su edad cronológica y su marco social, presenta un grado adecuado del desarrollo emocional. (En este razonamiento se presupone la madurez física.)

Por ende, salud psiquiátrica es un término que carece de un significado fijo. De la misma manera, el término "democrático" no necesita tener un significado específico. Utilizado por una determinada comunidad, puede significar lo más y no lo menos maduro en la estructura de la sociedad. De esta manera cabría esperar que el significado congelado de la palabra fuera distinto en Gran Bretaña, Estados Unidos y la Unión Soviética, y comprobar sin embargo que el término conserva su validez debido a que implica reconocer que madurez es sinónimo de salud.

¿Cómo se puede estudiar el desarrollo emocional de la sociedad? Un estudio de este tipo debe estar estrechamente relacionado con el del individuo y ambos deben llevarse a cabo simultáneamente.

La maquinaria democrática

Es necesario tratar de determinar las cualidades aceptadas de la maquinaria democrática. Tal maquinaria debe existir a los fines de la elección de los líderes a través del voto libre, el voto realmente secreto. La maquinaria debe existir para que la gente pueda librarse de los líderes mediante el voto secreto, y también para la elección y eliminación ilógicas de los líderes.

La esencia de la maquinaria democrática es el voto secreto, en la medida en que asegura la libertad del pueblo para expresar sentimientos profundos, al margen de los pensamientos conscientes (2).

En el ejercicio del voto secreto, el individuo asume plena responsabilidad por esta acción, si es suficientemente sano. El voto expresa el resultado de un conflicto interno, pues la escena externa ha sido internalizada e interviene así en la interacción de fuerzas en su propio mundo interno personal. Es decir, la decisión en cuanto a la manera de votar expresa la resolución de un conflicto interno. El proceso parece ser más o menos éste: la escena externa, con sus múltiples aspectos sociales y políticos, se vuelve personal para el individuo en el sentido de que éste se identifica gradualmente con todas las facciones que intervienen en la lucha. Ello significa que percibe la escena externa en términos de su propio conflicto interno, y temporariamente permite

que esa lucha interna se libere en términos de la escena política externa. Este proceso de ida y vuelta implica esfuerzos y lleva tiempo, y la maquinaria democrática debe encargarse de asegurar un período de preparación. Una elección repentina produciría un agudo sentimiento de frustración en el electorado. El mundo interno de cada votante debe convertirse en un campo de lucha política durante un período limitado.

Si existe alguna duda en cuanto al carácter secreto del voto, el individuo, por sano que sea, sólo puede expresar sus reacciones a través de su voto.

La maquinaria democrática impuesta

Resultaría factible imponer a una comunidad la maquinaria correspondiente a la democracia, pero ello no implicaría crear una democracia. Se necesitaría que alguien continuara manteniendo la maquinaria (para el voto secreto, etc.), y también para obligar a la gente a aceptar los resultados.

La tendencia democrática innata (3)

Una democracia constituye un logro, en un momento determinado de una sociedad limitada, esto es, de una sociedad que cuenta con algún límite natural. De una verdadera democracia, tal como el término se utiliza hoy, cabe afirmar: en esta sociedad, y en este momento, existe suficiente madurez en el desarrollo emocional de una proporción suficiente de los individuos que la integran como para que haya una tendencia innata a la creación, recreación y mantenimiento de la maquinaria democrática.

Sería importante saber qué proporción de individuos maduros se requiere para que haya una tendencia democrática innata. En otras palabras, qué proporción de individuos antisociales puede contener una sociedad sin que desaparezca la tendencia democrática innata.

Hipótesis

Si la Segunda Guerra Mundial, y el programa de evacuación en particular, hubieran aumentado la proporción de niños antisociales en Gran Bretaña, digamos, de un X por ciento, a un 5X por ciento, ello podría haber afectado el sistema de educación, de modo que la orientación educativa apuntara al 5X por ciento de antisociales, que reclaman métodos dictatoriales, en lugar de estar dirigida al 100 - 5X por ciento de niños no antisociales.

Una década más tarde este problema se plantearía de la siguiente manera: mientras que la sociedad podría manejar un X por ciento de criminales recluyéndolos en las cárceles, el 5X por ciento de antisociales tendería a provocar una reorientación general hacia los criminales.

Identificación inmadura con la sociedad

En una sociedad, en cualquier momento dado, si existe una cantidad X de individuos que muestran su falta de sentimiento social desarrollando tendencias antisociales, hay una cantidad Z de individuos que reaccionan frente a la inseguridad interna a través de otra tendencia: la identificación con la autoridad. Esto es malsano e inmaduro, porque no se trata de una identificación con la autoridad que surja del autodescubrimiento, sino de algo así como un marco sin un cuadro, un sentido de la forma sin conservar la espontaneidad. Constituye una tendencia a favor de la sociedad que es anti-individual. Las personas que se desarrollan en esta forma pueden considerarse como "antisociales encubiertos".

Los antisociales encubiertos no son "personas totales", como tampoco lo son los antisociales manifiestos, ya que necesitan encontrar y controlar la fuerza conflictual fuera del self, en el mundo externo. En cambio, la

persona sana, capaz de deprimirse, puede encontrar todo el conflicto dentro del self, y también percibir todo el conflicto fuera del self, en la realidad externa (compartida). Cuando las personas sanas se unen, cada una de ellas hace su aporte a un mundo total, porque cada una de ellas constituye una persona total.

Los "antisociales encubiertos" proporcionan material para un tipo de liderazgo que es sociológicamente inmaduro. Además, este elemento aumenta enormemente en una sociedad el peligro que deriva de sus elementos antisociales manifiestos, sobre todo si se tiene en cuenta que las personas corrientes permiten fácilmente que quienes anhelan gobernar ocupen posiciones clave y, una vez en ellas, estos líderes inmaduros no tardan en obtener el apoyo de los antisociales manifiestos, quienes los acogen como sus amos naturales. (Falsa resolución de la disociación.)

Los indeterminados

Las cosas nunca son tan simples porque, si hay $(X + Z)$ por ciento de individuos antisociales en una comunidad, no resulta valedero decir que $100 - (X + Z)$ por ciento de ellos son "sociales". Se deben considerar también los que ocupan una posición indeterminada. Esto podría expresarse de la siguiente manera:

Antisociales

Indeterminados

A favor de la sociedad, pero anti-individuales

Individuos sanos capaces de una contribución social

Total

X por ciento Y por ciento

Z por ciento

$100 - (X + Y + Z)$ por ciento

100 por ciento

Todo el peso de la democracia recae sobre el $100 - (X + Y + Z)$ por ciento de individuos que están madurando como tales, y que gradualmente se vuelven capaces de incluir un sentido social en su desarrollo personal firmemente establecido.

Por ejemplo, ¿qué porcentaje representa hoy día en Gran Bretaña el $100 - (X + Y + Z)$ por ciento? Quizá sea muy pequeño, digamos un 30 por ciento. Quizá, si hay un 30 por ciento de personas maduras, un 20 por ciento de individuos indeterminados estará sometido a una influencia suficiente como para que resulte factible considerarlos maduros, con lo cual el total asciende al 50 por ciento. Pero, si el porcentaje de individuos maduros desciende a un 20 por ciento, cabe esperar que se produzca una disminución aún mayor en el porcentaje de individuos indeterminados capaces de actuar en forma madura. Si un 30 por ciento de madurez en una comunidad influye sobre un 20 por ciento de indeterminados, es decir, abarca un total del 50 por ciento, quizás un 20 por ciento de madurez en una comunidad sólo influya sobre un 10 por ciento de indeterminados, con lo cual el total ascendería al 30 por ciento.

Mientras que un 50 por ciento podría indicar una tendencia democrática innata suficiente para los fines prácticos, el 30 por ciento no lo sería para evitar ser vencidos por la suma de los antisociales (encubiertos y manifiestos) y de los individuos indeterminados que se verían llevados a asociarse con ellos por debilidad o temor.

Sobreviene así una tendencia antidemocrática, una tendencia a la dictadura, caracterizada al principio por un febril reforzamiento de la fachada democrática (en el sentido de embaucamiento que puede encerrar este término).

Un signo de dicha tendencia es la institución correctiva, la dictadura localizada, el campo de práctica de los líderes personalmente inmaduros que son antisociales a la inversa (pro-sociales pero anti-individuales).

La institución correctiva está peligrosamente cerca de la prisión y el hospital para enfermos mentales de una sociedad sana, y por tal razón los médicos que tratan a criminales e individuos insanos deben mantenerse constantemente alertas par evitar que se los utilice, sin que ellos lo adviertan, como agentes de la tendencia antidemocrática. De hecho, siempre hay un punto limítrofe en el que desaparece la distinción entre el tratamiento correctivo del opositor político o ideológico y la terapia de la persona sana. (En ello radica el peligro social de los métodos físicos de terapia para los pacientes mentales, en comparación con la verdadera psicoterapia o incluso la aceptación de un estado de insanía. En la psicoterapia el paciente es una persona que tiene una relación de igual a igual con el médico, con derecho a estar enfermo, y también a reclamar salud y plena responsabilidad por sus ideas personales políticas o ideológicas.).

Creación del factor democrático innato

Si la democracia es madurez, y la madurez implica salud, y consideramos que esta última es algo deseable, entonces quisiéramos establecer si es posible hacer algo para promoverla. Sin duda, de nada servirá imponerle a un país la maquinaria democrática.

Debemos volver al grupo de individuos que constituyen el 100 - (X + Y + Z), pues todo depende de ellos. Los miembros de este grupo pueden promover la investigación.

Comprobamos que en cualquier momento dado, no podemos hacer nada para aumentar la proporción de este factor democrático innato, cuya importancia sea comparable a lo que los padres y los hogares de esos individuos ya han hecho (o han dejado de hacer) cuando esos individuos eran niños y adolescentes.

Con todo, podemos tratar de no comprometer el futuro. Podemos tratar de no inmiscuirnos en los hogares que están en condiciones de manejar, y de hecho lo hacen, a sus propios niños y adolescentes. Estos buenos hogares corrientes (4) constituyen el único marco en el que puede crearse el factor democrático innato. Sin duda, se trata de una formulación modesta de contribución positiva, pero su aplicación encierra un grado sorprendente de complejidad.

Factores adversos al funcionamiento de un buen hogar corriente

1. A la gente le resulta muy difícil reconocer que lo esencial de una democracia radica en realidad en el hombre y la mujer corrientes, y en el hogar común y corriente.
2. Aun cuando una política gubernamental adecuada otorgue a los padres libertad para manejar su hogar según su criterio, no es seguro que los funcionarios que ponen en práctica la política oficial respetarán la posición de los padres.
3. Los padres corrientes necesitan efectivamente ayuda; requieren todo lo que la ciencia esté en condiciones de ofrecer con respecto a la salud física, y a la prevención y el tratamiento de la enfermedad física. Asimismo, necesitan adquirir conocimientos en cuanto al cuidado de los niños, y recibir ayuda cuando éstos padecen trastornos psicológicos o presentan problemas de conducta. Pero, si solicitan esa ayuda, ¿cómo pueden estar seguros de que no se verán despojados de sus responsabilidades? Si ello ocurriera, dejarían de ser creadores del factor democrático innato.
4. Muchos padres no son lo que llamamos padres buenos corrientes, sino casos psiquiátricos, o bien inmaduros, o antisociales en un sentido amplio y socializados en un sentido restringido, o bien no han contraído matrimonio, o tienen una relación inestable o agresiva, o se han divorciado, etcétera. Estos padres son objeto de la atención de la sociedad debido a esos defectos. El problema aquí es el siguiente: ¿puede la sociedad comprender que no debe permitirse que la orientación con respecto a esos rasgos patológicos

repercuta sobre la orientación de la sociedad con respecto a los hogares sanos corrientes?

5. De cualquier manera, el intento de los padres de proporcionar un hogar para sus hijos, en el que éstos puedan crecer como individuos, y en el que cada uno de ellos adquiera gradualmente la capacidad de identificarse con los padres y luego con grupos más amplios, comienza desde el principio, cuando la madre se adapta a su bebé.

Aquí el padre cumple la función de agente protector que asegura a la madre la libertad necesaria para consagrarse por completo a su bebé.

La importancia del hogar se reconoce desde hace mucho, y en los últimos años los psicólogos han aprendido mucho sobre las formas como un hogar estable no sólo capacita a los hijos para encontrarse a sí mismos y encontrarse mutuamente, sino que también los ayuda a convertirse en miembros de la sociedad en un sentido más amplio.

Este problema de la interferencia en la temprana relación madre-hijo, sin embargo, requiere especial consideración. En nuestra sociedad la interferencia en este sentido es cada vez mayor, y también la peligrosa creencia, aceptada por algunos psicólogos, de que al comienzo lo único que importa es el cuidado físico, lo cual sólo puede significar que en la fantasía inconsciente de la gente en general, las ideas más terribles se concentran en la relación madre-hijo. La ansiedad inconsciente está representada en la práctica por:

1. Énfasis exagerado por parte de médicos e incluso de psicólogos en los procesos y la salud físicos.
2. Diversas teorías que sostienen que la lactancia natural es perniciosa, que la educación de esfínteres debe iniciarse no bien nace el bebé, que las madres no deben manejar a sus bebés, etc., y (en el extremo opuesto) que se debe asegurar la lactancia natural, que debe evitarse todo tipo de educación de esfínteres, que jamás debe permitirse que los bebés lloren, etcétera.
3. La forma como, durante los primeros días posteriores al nacimiento, se le impide a la madre tener acceso directo a su bebé y ser ella la primera en poner a su hijo en contacto con la realidad externa. Al fin de cuentas, esto constituye la base de la capacidad del recién nacido para llegar con el tiempo a relacionarse con una realidad externa cada vez más amplia, y si se perjudica o se impide que la madre haga este aporte trascendental a través de su consagración al bebé, no hay esperanzas de que el individuo pase alguna vez a formar parte del grupo $100 - (X + Y + Z)$, el único capaz de engendrar el factor democrático innato.

Desarrollo de temas subsidiarios: La elección de personas

Otro aspecto esencial de la maquinaria democrática es que lo que se elige es una persona. Hay una enorme diferencia entre 1) votar por una persona, 2) votar por un partido con una tendencia determinada y 3) apoyar a través del voto un principio claramente definido.

1. La elección de una persona implica que los electores creen en sí mismos como personas y, por ende, creen en la persona por la que votan. La persona elegida tiene la oportunidad de actuar como una persona. En tanto es una persona total (sana), tiene en su interior el conflicto total, lo cual le permite tener una visión, si bien personal, de situaciones externas totales. Desde luego, puede pertenecer a un partido y apoyar una tendencia determinada, no obstante lo cual, puede adaptarse en forma sensible a condiciones cambiantes; si modifica su tendencia principal puede presentarse como candidato para una reelección.

2. La elección de un partido o de la tendencia de un grupo es relativamente menos madura. No requiere que los electores confíen en un ser humano. Sin embargo, es el único procedimiento lógico para las personas inmaduras, precisamente porque ellas no pueden concebir a un individuo verdaderamente maduro ni tener confianza en él. El resultado de votar por un partido o una tendencia, por una cosa y no por una persona, es una

visión rígida, que no permite reaccionar con sensibilidad frente a las situaciones. La cosa que se elige no puede amarse ni odiarse, y resulta conveniente para los individuos que tienen un sentido del self deficientemente desarrollado. Cabría afirmar que un sistema electoral es menos democrático, porque es menos maduro (en términos del desarrollo emocional del individuo), cuando el acento se pone en votar por un principio o un partido y no por una persona.

3. El hecho de votar por un principio específico está aún más alejado de la palabra democracia. Hay muy poca madurez en todo lo que se refiere a un referéndum, aunque éste pueda adecuarse a un sistema maduro en ocasiones excepcionales. Como ejemplo de la forma como un referéndum resulta inútil podría citarse el que tuvo lugar en Gran Bretaña entre las dos últimas guerras. El pueblo debía responder a una pregunta específica: "¿Está usted a favor de la paz o de la guerra?". Gran número de personas se abstuvieron de votar porque sabían que la pregunta era capciosa. Entre los que lo hicieron, gran número votó por la paz, aunque en realidad, cuando las circunstancias cambiaron, apoyaron la declaración de guerra e intervinieron en la lucha. Lo importante aquí es que en este tipo de planteo sólo hay cabida para la expresión del deseo consciente. No existe ninguna relación entre el hecho de poner un tilde junto a la palabra paz en un referéndum de este tipo y el de votar por una persona a la que se conoce por su tendencia pacifista, siempre y cuando la renuencia a luchar no signifique un cómodo abandono de las aspiraciones y responsabilidades y una traición con respecto a los amigos.

La misma objeción se aplica a gran parte de las encuestas Gallup y otros cuestionarios, aun cuando se hagan enormes esfuerzos por evitar precisamente este peligro. De cualquier manera, un voto con respecto a un problema específico constituye sin duda un sustituto muy pobre del voto a favor de una persona que, una vez elegida, dispone de un período de tiempo durante el cual puede utilizar su propio criterio. El referéndum no tiene nada que ver con la democracia.

El apoyo a la tendencia democrática: Resumen

1. El apoyo más valioso se presta en un sentido negativo, mediante la no interferencia organizada en la buena relación corriente madre-hijo, y en el buen hogar corriente.
2. Para un apoyo más inteligente, incluso de este tipo negativo, se necesitan más investigaciones sobre el desarrollo emocional del niño de todas las edades, así como sobre la psicología de la madre durante los primeros meses de vida de su bebé y de la función del padre en diversas etapas.
3. La existencia de este estudio demuestra nuestra fe en el valor de la educación dentro del proceso democrático, la cual, desde luego, sólo puede proporcionarse en la medida en que hay comprensión, y sólo puede ser útil para los individuos emocionalmente maduros o sanos.
4. Otra importante contribución de tipo negativo consistiría en evitar los intentos por imponer la maquinaria democrática a comunidades totales, ya que el único resultado posible es un fracaso y un revés para el verdadero crecimiento democrático. En cambio, lo valioso aquí es apoyar a los individuos emocionalmente maduros, por poco numerosos que sean, y dejar que el tiempo se encargue de lo demás.

La persona: ¿hombre o mujer?

La cuestión que debe considerarse es si en lugar de la palabra "persona" puede utilizarse "hombre" o "mujer".

Lo cierto es que los líderes políticos de casi todos los países son hombres, aunque es cada vez más frecuente ver a mujeres ocupando cargos de responsabilidad. Cabe quizá suponer que hombres y mujeres poseen igual capacidad en calidad de hombres y mujeres, o bien, dicho de otra manera, sería imposible afirmar que sólo los hombres tienen capacidad para el liderazgo debido a sus condiciones intelectuales o emocionales para ocupar

los cargos políticos más altos. No obstante, esto no significa que hayamos resuelto el problema. Al psicólogo le incumbe llamar la atención sobre los factores inconscientes que con tanta facilidad se dejan de lado incluso en un estudio serio de este tema. Lo que se debe considerar es el sentimiento popular inconsciente con respecto al hombre o la mujer que se elige como dirigente político. Si existe alguna diferencia en la fantasía según que se trate de un hombre o una mujer, es imposible ignorar este hecho, o hacerlo a un lado diciendo que las fantasías no deben tenerse en cuenta porque son "sólo fantasías".

En la labor psicoanalítica y en otros campos afines, se comprueba que todos los individuos (hombres y mujeres) experimentan cierto temor a la mujer .5 Algunos individuos experimentan este temor en mayor medida que otros, pero puede afirmarse que es universal. Esto no significa sostener que un individuo teme a una mujer en particular. Este temor a la mujer constituye un factor 5 No es éste el lugar adecuado para examinar detalladamente este problema, pero la idea básica será más fácil de entender si se utiliza un enfoque gradual:

I) temor a los padres en la temprana infancia;

II) temor a una figura combinada, una mujer con la potencia del hombre (bruja);

III) temor a la madre que detentaba un poder absoluto al comienzo de la vida del niño para proporcionarle, o para no hacerlo, los elementos esenciales para el temprano establecimiento del self como individuo peligroso de la estructura de la sociedad y es el responsable de que en muy pocas sociedades las mujeres tengan en sus manos las riendas del poder político, y de la enorme crueldad para con las mujeres que puede observarse en costumbres aceptadas por casi todas las civilizaciones.

Se sabe que este temor a la mujer obedece al hecho de que en la historia temprana de todo individuo que ha tenido un desarrollo normal, que es cuerdo y que ha podido encontrarse a sí mismo, existe una deuda con una mujer, la que se consagró a él cuando era niño y cuya devoción era absolutamente esencial para su desarrollo sano. La dependencia original ha caído en el olvido y, por ende, la deuda no se reconoce, excepto en la medida en que el temor a la mujer representa la primera etapa de este reconocimiento.

Las bases de la salud mental del individuo se establecen desde el principio, cuando la madre está simplemente dedicada a su bebé y éste depende doblemente de ella precisamente porque no tiene la menor conciencia de esa dependencia. La relación con el padre jamás exhibe esa cualidad, y ésta es la razón por la que un hombre que en la esfera política ha alcanzado la cumbre puede ser apreciado por el grupo en forma mucho más objetiva que una mujer que ocupara una posición similar.

Las mujeres a menudo afirman que si ellas controlaran el poder, no habría más guerras. Existen motivos para dudar de la veracidad absoluta de esta afirmación, pero, aun cuando estuviera justificada, ello no implicaría que los hombres o las mujeres tolerarían siquiera como principio general que estas últimas ocuparan siempre las posiciones más altas del poder político. (La Corona, por estar fuera o más allá de la política, no se ve afectada por estas consideraciones.)

Como derivación de todo esto tenemos la psicología del dictador, que se encuentra en el polo diametralmente opuesto a todos los significados posibles de la palabra democracia. Una de las raíces de la necesidad de ser dictador puede ser la compulsión a manejar ese temor a la mujer, cercándola y actuando en lugar de ella. La curiosa costumbre de los dictadores de exigir no sólo obediencia y dependencia absolutas sino también "amor" tal vez tenga este origen.

Además, la tendencia de ciertos grupos a aceptar e incluso a anhelar una dominación real, nace del temor a verse dominados por una mujer que corresponde a la esfera de la fantasía. Dicho temor los mueve a buscar, e incluso a aceptar de buen grado, la dominación de un hombre conocido, sobre todo cuando se trata de alguien que ha tomado sobre sí la carga de personificar, y por ende limitar, las cualidades mágicas de la mujer

todopoderosa de la fantasía, con la cual se tiene una deuda tan inmensa. El dictador siempre puede ser derrocado, y a la larga morirá, pero la figura femenina de la fantasía inconsciente primitiva no conoce límites en lo que se refiere a su existencia o a su poder.

La regresión progenitor-niño

El marco democrático implica también la provisión de cierto grado de estabilidad para los gobernantes electos; mientras puedan cumplir sus funciones sin perder el apoyo de sus electores, siguen adelante. De esta manera el pueblo les asegura cierto grado de estabilidad que no podría conseguirse a través del voto directo con respecto a cada cuestión que surgiera, aun cuando ello resultara factible. Aquí la apreciación psicológica consiste en que en la historia de todo individuo existe una relación progenitor-hijo. Aunque en la forma democrática madura de vida política se supone que los electores son seres humanos maduros, no puede darse por sentado que no existe un residuo de la relación progenitor-hijo, con sus evidentes ventajas. En cierta medida, en la elección democrática las personas maduras eligen a progenitores temporarios, lo cual significa que también reconocen, hasta cierto punto, que los electores siguen siendo niños. Incluso los progenitores temporarios elegidos, los líderes del sistema político democrático, son también niños fuera de su actividad política profesional. Si mientras manejan su auto exceden el límite permitido de velocidad, sufren las consecuencias judiciales corrientes porque manejar un auto no forma parte de su tarea de gobernar. Como líderes políticos, y sólo en su condición de tales, son progenitores temporarios, y cuando han perdido una elección vuelven a ser niños. Es como si se comprobara que resulta conveniente jugar a los padres y los hijos porque las cosas resultan mejor de esa manera. En otras palabras, puesto que la relación progenitor-hijo ofrece ciertas ventajas, se conserva parte de ella; pero para que tal cosa resulte posible, es necesario que una proporción suficiente de individuos sea lo bastante adulta como para que no les moleste representar el papel de niños.

Del mismo modo, se considera negativo que las personas que juegan a ser padres carezcan ellos mismos de progenitores. Dentro del juego, generalmente se piensa que debe haber otro conjunto de representantes frente a los cuales los gobernantes elegidos directamente por el pueblo deberán dar cuenta de sus actos. En Gran Bretaña esa función incumbe a la Cámara de los Lores, que está constituida en parte por personas que poseen un título hereditario y en parte por personas que han llegado a ocupar un lugar en ella por haberse destacado en diversas ramas de la actuación pública. También aquí los "progenitores" de los "progenitores" son personas, y capaces de hacer un aporte positivo como seres humanos. Y tiene sentido amar u odiar, respetar o despreciar a personas. En una sociedad no pueden existir sustitutos para el ser o los seres humanos que están en la cumbre, en tanto se evalúe a la sociedad conforme a su madurez emocional.

Y, además, en un estudio de la situación social en Gran Bretaña, podemos observar que los Lores son niños en relación con la Corona. Aquí, en cada caso encontramos a personas que ocupan su posición por herencia, y también por el hecho de conservar el amor del pueblo debido a su personalidad y sus acciones. Sin duda es útil cuando se da el caso de que el monarca reinante da un paso más y proclama espontánea y sinceramente su fe en Dios. Aquí llegamos a dos temas interrelacionados: el del Dios Agonizante y el Monarca Eterno.

La frontera geográfica de una democracia

Para lograr el desarrollo de una democracia, en el sentido de una estructura social madura, parecería necesario que exista alguna frontera geográfica natural para esa sociedad. Evidentemente, hasta hace poco e incluso ahora, el hecho de que Gran Bretaña esté rodeada por mar (exceptuando su relación con Irlanda) ha contribuido en gran medida a la madurez de la estructura de nuestra sociedad. Suiza tiene límites montañosos, que resultan menos satisfactorios. Hasta no hace mucho, Estados Unidos tenía la ventaja de contar con una región que se conoce como el Oeste que ofrecía posibilidades ilimitadas para la explotación, lo cual significaba que, si bien dichos estados se mantenían unidos por vínculos positivos, no comenzaron sino recientemente a experimentar a fondo los conflictos internos de una comunidad cerrada, unida a pesar del odio, así como a causa del amor.

Un Estado que carece de fronteras naturales no puede dejar hacer una permanente adaptación activa a sus vecinos. En cierto sentido, el temor simplifica la situación emocional, pues muchos de los Y indeterminados y algunos de los X antisociales menos severos pueden llegar a identificarse con el Estado sobre la base de una reacción cohesiva frente a una amenaza de persecución externa. Con todo, tal simplificación va en detrimento del desarrollo tendiente a la madurez, el cual es un proceso difícil que implica el pleno reconocimiento del conflicto esencial y la renuncia a toda vía de escape o todo rodeo (defensas). De cualquier manera, la base de una sociedad es la personalidad humana total, y la personalidad tiene un límite. El diagrama correspondiente a una persona sana es un círculo (una esfera), de modo que todo lo que sea no-self puede describirse como ubicado dentro o fuera de esa persona. Las personas no pueden superar, en cuanto a la construcción de una sociedad, lo que pueden alcanzar en su propio desarrollo personal.

Por tales motivos miramos con desconfianza el uso de términos como "ciudadanía del mundo". Quizá sólo unos pocos hombres y mujeres realmente notables y de edad avanzada llegan alguna vez tan lejos en su propio desarrollo como para que se justifique que piensen en términos tan amplios.

Si nuestra sociedad abarcara el mundo entero, necesitaría entonces deprimirse en determinados momentos (tal como ocurre inevitablemente con una persona) y tendría que estar en condiciones de reconocer plenamente el conflicto esencial dentro de sí misma. El concepto de una sociedad global encierra la idea del suicidio del mundo así como la idea de la felicidad del mundo. Por tal motivo suponemos que los protagonistas militantes de ese Estado mundial son individuos que están en la fase maníaca de una psicosis maníaco-depresiva.

La educación en la tradición democrática

Cualquiera que sea el grado de tendencia democrática que existe, es posible incrementarlo mediante un estudio de la psicología de la madurez social e individual. Los resultados de dicho estudio deben presentarse en un lenguaje comprensible a las democracias existentes y a los individuos sanos de todas partes, de modo que éstos puedan volverse inteligentemente autoconscientes. De otro modo no sabrán qué deben atacar y qué deben defender, ni podrán reconocer las amenazas a la democracia cuando éstas se presenten. "El precio de la libertad es la vigilancia eterna": ¿la vigilancia llevada a cabo por quiénes? Por dos o tres del 100 - (X + Y + Z) por ciento de individuos maduros. Los otros están muy ocupados tratando de ser buenos padres corrientes y transfiriendo a sus hijos la tarea de crecer y de ser adultos.

La democracia en guerra

Debemos preguntar: ¿es posible que haya una democracia en guerra? Sin duda, la respuesta no es decididamente afirmativa. De hecho, existen algunos motivos por los cuales, en época de guerra, debería anunciarse la suspensión temporaria de la democracia debido al conflicto bélico.

Es evidente que los individuos sanos y maduros, que colectivamente constituyen una democracia, deberían estar en condiciones de ir a la guerra:

- 1) para asegurar su crecimiento;
- 2) para defender aquello que valoran, que ya poseen, etc., y
- 3) para combatir las tendencias antidemocráticas en la medida en que haya personas dispuestas a defender dichas tendencias a través de la agresión.

Con todo, lo más probable es que muy contadas veces las cosas hayan sido así. De acuerdo con la descripción ofrecida, una comunidad nunca está compuesta por un 100 por ciento de individuos sanos y maduros. En cuanto surge una amenaza de guerra, se produce una reorganización de los grupos, de modo que cuando estalla la contienda los individuos sanos no son los únicos que participan en la lucha. Consideremos nuestros cuatro

grupos:

Muchos de los antisociales, junto con los paranoicos leves, se sienten mejor debido a la realidad de la guerra, y acogen de buen grado la amenaza real de persecución. Encuentran una tendencia pro social a través de la lucha activa.

De los individuos indeterminados, muchos hacen lo que se espera de todo ciudadano, quizás utilizando la lúgubre realidad de la guerra para crecer en una forma que les habría resultado imposible de otra manera.

De los antisociales encubiertos, probablemente algunos encuentran una oportunidad para ventilar su necesidad de dominar a través de las diversas posiciones clave que crea la guerra.

Los individuos sanos y maduros no responden necesariamente tan bien como los otros. No están tan seguros como los otros de que el enemigo sea realmente malo; tienen serias dudas al respecto. Asimismo, experimentan mayor preocupación por la cultura del mundo, por la belleza y la amistad, y no les resulta fácil creer que la guerra es necesaria. En comparación con los individuos casi paranoicos, se muestran remisos en tomar un arma y apretar el gatillo. De hecho, suelen perder el ómnibus que los lleva hasta el frente, aun cuando una vez allí, constituyen los elementos más confiables y los más capaces para adaptarse a la adversidad.

Además, algunos de los individuos sanos en tiempos de paz se vuelven antisociales en tiempo de guerra (pacifistas por conciencia) no por cobardía sino a causa de una genuina duda personal, tal como los antisociales de los períodos de paz tienden a participar con valentía en las acciones bélicas.

Por estas y otras razones, cuando una sociedad democrática se ve envuelta en una guerra, todo el grupo es el que lucha, y sería difícil que se diera el caso de una guerra en la que participan sólo aquellos miembros de la comunidad que proporcionan el factor democrático innato en tiempos de paz.

Podría ocurrir que, cuando una guerra ha perturbado una democracia, resulte adecuado decir que en ese momento la democracia ha terminado, y que quienes prefieren esa forma de vida deberán comenzar nuevamente y luchar dentro del grupo para restablecer los mecanismos democráticos, una vez finalizado el conflicto externo.

Se trata de un tema muy amplio, que merece la atención de personas de mentalidad igualmente amplia.

Resumen

El uso de la palabra "democracia" puede estudiarse desde un punto de vista psicológico en tanto implica madurez. Ni la democracia ni la madurez pueden imponerse a una sociedad.

La democracia es el logro de una sociedad limitada en un momento determinado.

El factor democrático innato de una comunidad deriva de la función que cumple el buen hogar corriente.

La principal actividad para promover la tendencia democrática es de tipo negativo: evitar toda interferencia en el buen hogar corriente. El estudio de la psicología y de la educación, por lo que se sabe, constituye una ayuda adicional.

La devoción de la madre buena corriente por su hijo encierra particular significación, dado que la capacidad para la madurez emocional constituye el resultado de esa devoción. La interferencia masiva en ese momento debilitaría rápida y efectivamente el potencial democrático de una sociedad, así como menguaría la riqueza de su cultura. NOTAS:

(1) Congreso de Salud Mental, Bulletin, 1958.

(2) En este sentido, la representación proporcional, aun cuando sea secreta, es antidemocrática porque interfiere en la libre expresión de los sentimientos, y sólo resulta adecuada para situaciones específicas en las que personas inteligentes y educadas desean conocer las opiniones conscientes.

(3) Por "innata" quiero expresar lo siguiente: las tendencias naturales en la naturaleza humana (hereditaria) florecen y se transforman en el estilo democrático de vida (madurez social), pero ello sólo se logra a través del desarrollo emocional sano de los individuos, de los cuales sólo una determinada proporción en un grupo social han tenido la suerte de alcanzar la madurez y, por lo tanto, sólo a través de ellos puede realizarse concretamente la tendencia innata (hereditaria) del grupo a la madurez social.

(4) El buen hogar corriente desafía toda investigación estadística. No tiene valor de noticia, no es espectacular ni provienen de él los hombres y las mujeres cuyos nombres son conocidos por público. Basándome en veinte mil historias clínicas redactadas personalmente durante un período de veinticinco años, creo que esa clase de hogar es común e incluso habitual dentro de la comunidad en que trabajo.

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

El concepto de regresión clínica comparado con el de organización defensiva, 1967

Trabajo leído en un Simposio de Psicoterapia realizado en el Hospital McLean de Belmont, Massachusetts, 27 de octubre de 1967.

Publicado en Eldred y Vanderpol, oomps., Psychotherapy in the Designad Thenrpeutic Milieu, International Psyehiatry Clinica, vol. 5, n. 1, Boston, Little, Brown, 1968.

P S I K O L I B R O

Me es necesario aclarar mi posición desde, el principio. En este trabajo no tomo como punto de partida la experiencia clínica especializada, relativa al manejo hospitalario de pacientes esquizofrénicos. Debe partirse de la base, de que mi experiencia

clínica con adultos es la de un psicoanalista que, le guste o no le guste, se ve envuelto en el tratamiento de pacientes fronterizos y de aquellos que quizás imprevistamente se vuelven esquizoides durante el tratamiento.

En mi ejercicio de la psiquiatría infantil, empero, he tenido a mi cuidado toda clase de casos y he visto cómo surge el autismo o la esquizofrenia en los niños; y quizás esto justifique que haya aceptado la invitación de ustedes, que para mí ha sido un honor.

Necesito que se me permita deambular por el campo teórico, aliviado del peso de la casuística, que corresponde más a la práctica profesional que a la mesa de conferencias. Creo que podemos adoptar este curso de acción sin apartarnos por ello de la fuente de nuestra labor, que debe ser siempre los seres humanos que vienen a vernos, o son traídos, debido a las dificultades de la vida.

Me pareció una buena idea, aprovechar esta oportunidad para discernir, un poco para mí mismo, la interrelación entre dos ideas: una, la esquizofrenia como regresión, y la otra, la esquizofrenia como organización defensiva. Podría ocurrir que al ejercitar mis escalas y arpegios de este modo, ofrezca material para el debate. No me interesa ser original ni citar a otros autores o pensadores (ni siquiera a Freud).

En bien de quienes se ven llevados por su trabajo en la dirección de los tratamientos físicos, permítaseme decir que aquí los pasaré por alto, debido simplemente a que no importa lo que se sepa o se descubra sobre la bioquímica, o la neuropatología, o la farmacología de la esquizofrenia, lo cierto es que igualmente tendremos allí a los pacientes, personas como nosotros, en cada caso con una historia sobre el comienzo del trastorno y una buena carga de afanes y sufrimientos personales, y con un ambiente que es lisa y llanamente malo o bueno, o bien generador de confusión

en grado tal que puede resultar incluso desconcertante referirlo.

Lo que he de decir, pues, no será nada a favor ni en contra del especialista en los aspectos físicos del trastorno; y si no hago mención al trabajo del psicólogo puro o académico, también en este caso debe entenderse, pura y simplemente; que lo que me ocupa está en otro lado.

Para someter a examen la teoría de la esquizofrenia es precisó contar con una teoría operativa del Crecimiento emocional de la personalidad. Por sí sola ésta cuestión es tan vasta que yo no podría hacerle justicia en una breve reseña. Lo que debo hacer es dar por sobrentendida la teoría general de la continuidad, de una tendencia innata al crecimiento y la evolución personal, y la teoría de la enfermedad mental como una detención en el desarrollo. Este último rubro trae aparejada la idea de una dinámica que lleva a la cura; o sea, si se remueve lo que obstaculiza el desarrollo, el ser humano individual crecerá como consecuencia de las fuerzas poderosas inherentes a sus tendencias heredadas.

También puedo afirmar que la formulación del desarrollo infantil y del niño como una progresión de zonas erógenas, que nos ha servido para el tratamiento de los psiconeuróticos, no es tan útil en el contexto de la esquizofrenia como la idea de una progresión de la dependencia (al principio casi absoluta) a la independencia tema del cual me he ocupado con cierta extensión en varios artículos.

Aquí rendimos cabal tributo a la provisión ambiental, por ejemplo a la naturaleza de la madre al presentarle el mundo a su bebé, quien no conoce otra cosa. Al principio, debe concedérsele al factor ambiental pleno valor, sólo inferior a las tendencias heredadas del bebé. A medida que el niño adquiere autonomía y una identidad, y se siente real, y percibe objetivamente al ambiente como un fenómeno separado, en esa misma medida el ambiente (en la salud) queda relegado cada vez más a un segundo lugar, salvo por

el hecho de que en la enfermedad -p. ej., la esquizofrenia-, debe recordárselo siempre, el ambiente puede continuar siendo un factor adverso a raíz de la falla del individuo en cuanto a obtener suficiente autonomía.

No sería posible ahondar más aquí y ahora en la teoría esencial del desarrollo personal, aunque nada sería más pertinente en relación con nuestro tema.

Para mí, la clave del conflicto que subyace en la enfermedad que titulamos psiconeurosis, se halla en el individuo. Como es bien sabido, el analista de un paciente psiconeurótico debe empeñarse en analizar lo inconsciente reprimido, del paciente. En contraste con ello, cuando hay esquizofrenia el analista, o quienquiera trate al paciente o maneje el caso, debe empeñarse en elucidar una escisión en la persona del paciente, el caso extremo de una disociación. La escisión ocupa el lugar de lo inconsciente reprimido del psiconeurótico.

He intentado aclarar mis ideas sobre este tema particularmente en "Las psicosis y el cuidado de los niños", donde ofrezco un esquema de mi idea acerca de la escisión básica en la enfermedad psicótica; pero clínicamente la escisión, al ser parcial, puede aparecer en diversas formas de disociación, como el Verdadero Self y el Falso Self, y la vida intelectual escindida del vivir psicósomático.

Como es obvio, la naturaleza de la disociación, tal como .se presenta clínicamente, puede estar influida por la naturaleza de las expectativas del ambiente, de modo tal que un individuo puede padecer las expectativas patológicas de su medio. Tal vez los padres querían un hijo del otro sexo, por ejemplo, o un genio, o un chico que no tuviera impulsos agresivos. Estas expectativas patológicas pueden reforzar las disociaciones potenciales del sujeto.

Todo esto es bien sabido y aceptado. Lo que sigue es menos seguro, pero continuaré utilizando un lenguaje dogmático.

La escisión de la persona aconteció y se organizó a raíz de una falla ambiental. Hubo una falla en el ambiente previsible promedio. En mi terminología, un bebé es cuidado habitualmente por una madre "suficientemente buena". Y bien, o la madre suficientemente buena debió fallar (quizá se enfermó), o no era suficientemente buena. No estoy repartiendo culpas sino buscando cuál es la etiología.

Estas cuestiones son más aplicables, evidentemente, a la esquizofrenia infantil y de la niñez, pero debemos encontrar la manera de aplicarlas ala esquizofrenia de los adolescentes y adultos, aun cuando al parecer las cosas hayan andado bien en la niñez y el trastorno sólo se manifestó clínicamente en una edad posterior. Lo cierto es que la dependencia temprana sigue teniendo sentido, en especial en la adolescencia, y quizás en forma disfrazada a lo largo de toda la vida. (Ejemplo: la dependencia de un individuo respecto de un credo religioso tal vez no se manifieste hasta que alguna experiencia vuelva insostenible dicho credo.)

Para mí, una madre suficientemente buena, y padres suficientemente buenos y un hogar suficientemente bueno, brindan en verdad a la mayoría de los bebés y niños pequeños la experiencia de nunca haber sido dejados caer en forma significativa. De este modo, los niños promedio tienen la oportunidad de edificar su capacidad de creer en sí mismos y en el mundo -construyen una estructura sobre la base de la acumulación de la confiabilidad introyectada-. Ellos son dichosamente ignorantes de su buena fortuna, y les cuesta entender a aquellos de sus compañeros que llevan consigo para toda la vida experiencia de angustia impensable y un déficit en la esfera de la confiabilidad introyectada. Es entre estas últimas personas que la enfermedad, cuando se produce, suele tomar la forma que designamos como

esquizofrénica, en lugar de llamarla psiconeurótica o depresiva.

Pese a mi decisión de prescindir de todo cuanto no sea indispensable para la exposición de mi temática principal, debo insertar aquí una nota, vinculada con el hecho de que las fallas a la confiabilidad del ambiente -en las etapas tempranas- producen en el bebé fracturas de la continuidad personal, a raíz de las reacciones ante lo impredecible. Estos sucesos traumáticos comportan una angustia impensable, o el máximo dolor.

Llegado a este punto, debo confesar que en una época yo pensaba que la esquizofrenia y los tipos esquizoides de trastorno clínico eran regresiones, de manera que me sumé a la cacería en busca de los puntos de fijación. Esta fue una secuela de la correspondiente caza de brujas en la tentativa de establecer la etiología de las psiconeurosis en sus diversas manifestaciones.

Mi actitud cambió cuando vi que debía concebir dos clases de regresión. Una de ellas es simplemente un retroceso en la dirección opuesta al movimiento progresivo del desarrollo, se ven aparecer características regresivas y se reconoce que han quedado bloqueados los mecanismos del crecimiento individual. El otro tipo de regresión es muy distinto, aunque clínicamente puede ser semejante; en este segundo tipo el paciente hace la regresión debido a que una nueva provisión ambiental le posibilita la dependencia.

Me acuerdo de una señora,. nada fuera de lo común, que a pesar de su gran angustia y su insomnio iba bastante bien, hasta que por fin encontró una empleada doméstica buena y confiable; entonces se metió en la cama, dispuesta a disfrutar de la situación. Sustitúyase la "empleada doméstica" por una "enfermera psiquiátrica", y el disfrute se convierte en la "depresión esquizoide" sumada al dinero que hay que pagar por ella.

En otras palabras, en mi estudio de los fenómenos esquizoides noté que utilizaba el término "regresión" con el sentido de regresión a la dependencia. Ya no me preocupó más que el paciente hubiera o no dado un paso atrás en lo que atañe a las zonas erógenas.

Esto me hizo ver que la enfermedad de un paciente es una expresión de los elementos sanos de su personalidad, cuando la regresión está relacionada con la provisión ambiental. Quiero decir que una cosa es que un paciente simplemente sufra un derrumbe, y otra que lo sufra porque alguna nueva provisión ambiental le ofrece cuidados confiables. Un ejemplo particular es el del paciente esquizoide que atraviesa una fase regresiva porque la larga fase preparatoria del análisis le ha dejado el sentimiento de que existe algo seguro que puede ser usado en forma positiva. Ciertamente es que el uso que da el paciente a esta nueva oportunidad para la dependencia es complejo; de todas maneras, el trabajo realizado, y el uso que se ha hecho del trabajo realizado, indican que está operando en el paciente un elemento sano de "yo observador". Puede dejarse caer entonces la defensa de falso self, y exponer (con un alto riesgo) el verdadero self en la transferencia psicótica.

A partir de entonces (y me avergüenza haber condensarlo casi hasta el absurdo lo que quiero decir) comencé a ,considerar la esquizofrenia, y en especial la enfermedad del caso fronterizo, como una sofisticada organización defensiva. Aquí hay un nexo directo con Freud y su temática central, la de que los síntomas significan algo y poseen valor para el paciente -aunque al principio él se refería a las manifestaciones psiconeuróticas-.

A este movimiento mío hacia la comprensión teórica (un movimiento lento, podrá pensarse) contribuyó mi vasta experiencia con lo que siempre denominé esquizofrenia infantil. Al observar a niños y bebés que enferman de un modo tal que nos obliga a emplear la palabra "esquizofrenia" (aunque ésta fue

originalmente aplicada a adolescentes y adultos), lo que vemos con claridad es una organización con miras a la invulnerabilidad. Cabe presumir que se presentarán diferencias según la etapa del desarrollo emocional en que se encuentre el adulto, niño o bebé que enferma. Lo común a todos los casos es esto: el bebé, niño, adolescente o adulto no tiene que volver a experimentar jamás la angustia impensable que está en la raíz de la enfermedad esquizoide. Inicialmente, esta angustia impensable fue experimentada en un momento en que falló la confiabilidad del suministro ambiental, cuando la personalidad inmadura se hallaba en la etapa de dependencia absoluta.

El niño autista, que ya ha recorrido casi todo el camino hacia la deficiencia mental, no sufre más; ha alcanzado, o casi, la invulnerabilidad. Los que sufren son sus padres. La organización con miras a la invulnerabilidad tuvo éxito, y es ella la que se evidencia clínicamente junto con rasgos regresivos que, en rigor, no son esenciales dentro del cuadro.

Se apreciará que esta teoría incluye la idea del trauma, palabra con la que quiero significar una experiencia para la cual las defensas yoicas fueron insuficientes en la etapa del desarrollo emocional: en que a la sazón se hallaba el individuo, o en el estado del paciente. El trauma es una intrusión del ambiente, y una reacción del individuo a esa intrusión, previas al desarrollo -en' el sujeto de los mecanismos que vuelven predecible lo impredecible.

Después de las experiencias traumáticas, prontamente se organizan nuevas defensas, pero en el milésimo de segundo anterior a ello el individuo ve quebrada su continuidad existencial (tal como quedó registrada en su computadora personal), por la reacción automática ante la falla ambiental.

En otro lugar he señalada las diversas variedades de experiencia de angustia "impensable" o "psicótica". Puede clasificárselas de

acuerdo con la cuota de integración que sobrevive al desastre:

No se conserva la integración Desintegración

Se conserva cierta integración Caída interminable

Desparramarse en todas las direcciones

Escisión somática: cabeza y cuerpo

Ausencia de orientación

Pérdida de una relación directa con los objetos

Se conserva la integración Ambiente físico impredecible en lugar de "ambiente previsible promedio".

El resultado del trauma es por fuerza una cierta distorsión del desarrollo. Se aprecia, en comparación con ese espanto, lo que sería la rabia normal y sana: La rabia o ira implicaría la supervivencia del yo y la conservación de la idea de otra experiencia, en la cual no hubiera tenido lugar el "dejar caer". Clínicamente, es habitual que aparezca como característico el llamado estado de "pánico". Un estudio directo del pánico es inconducente, porque el pánico es, en sí mismo una defensa. Lo productivo es considerar el pánico como un espanto organizado: en torno de una situación fóbica cuya finalidad (en la organización defensiva) consiste en proteger al individuo. de nuevos ejemplos de impredecibilidad. Un quehacer materno suficientemente, bueno .es aquel que permite al bebé, no verse obligado a enfrentar lo impredecible hasta ser capaz de dar catada alas fallas ambientales.

De esto se infiere un importante corolario; que nos incumbe a

todos los que nos dedicamos a la psicoterapia de pacientes de cualquier edad. Brindamos ayuda suministrando una confiabilidad que el paciente puede usar, en el sentido de que puede anular con ella las defensas erigidas contra lo impredecible y las calamitosas consecuencias relacionadas con la experiencia del espanto.

Si tenemos éxito, posibilitaremos que el paciente abandone la invulnerabilidad y se convierta en una personas que sufre. Si alcanzamos el éxito, la vida se volverá precaria para alguien que había comenzado a conocer una cierta estabilidad y una cierta liberación del dolor, aun cuando esto le significaba la falta de participación en la vida y quizás una deficiencia mental.

Al principio asistimos aparentemente a una mejoría clínica, pero al proseguir, cuando el paciente llega a establecer una gran dependencia con nosotros, nuestros errores y fallas se convierten en nuevos traumas. Aprendemos que es previsible que aumente la sensibilidad del paciente, y empezamos a preguntarnos si lo que nos motiva es la bondad o la crueldad. Comprobamos que nuestras inevitables fallas, específicas y limitadas, a menudo provocadas por el mismo paciente, le dan a éste oportunidad de sentir rabia hacia nosotros y expresarla. En lugar de traumas acumulativos lo que obtenemos son experiencias acumulativas de rabia, en las que el objeto (el terapeuta y su consultorio) sobrevive a la ira del paciente. El tratamiento de los casos fronterizos no puede estar nunca exento de sufrimiento, tanto del paciente como del terapeuta.

Biblioteca D. Winnicott

Reparación con respecto a la organización antidepresiva de la madre (1948)

***Leído ante la sociedad Psicoanalítica Británica, el 7 de enero de 1948.
Revisado en agosto de 1954.***

El concepto de posición depresiva es generalmente aceptado como valioso para su aplicación en la labor analítica así como en el intento de describir los progresos de un desarrollo emocional normal. En nuestros análisis nos es posible alcanzar el sentimiento de culpabilidad en relación con los impulsos e ideas agresivas y destructivas, y podemos observar la aparición de la necesidad apremiante de hacer reparaciones a medida que el individuo va siendo capaz de explicar, tolerar y sostener el sentimiento de culpabilidad. Existen otras raíces del espíritu creador, pero la reparación aporta un importante eslabón entre el impulso creador y la vida que lleva el paciente. La consecución de la capacidad para hacer reparaciones referentes a la culpabilidad personal es uno de los pasos más importantes en el desarrollo del ser humano sano. Actualmente nos preguntamos cómo hacíamos nuestra labor analítica antes de saber aprovechar conscientemente esta sencilla verdad.

No obstante, clínicamente, nos encontramos con una falsa reparación que no se halla específicamente relacionada con el sentimiento de culpabilidad del propio paciente. A ésta es a la que quiero referirme. Esta falsa reparación se manifiesta a través de la identificación del paciente con la madre y su factor dominante no lo constituye la culpabilidad del propio paciente, sino la defensa organizada por la madre con el fin de combatir la depresión y la culpabilidad inconsciente.

Puede ser que al extender de esta manera el título del trabajo ya haya dicho bastante. Ciertamente, no creo que la idea sea original o que requiera una laboriosa ampliación. Sin embargo, trataré de ilustrar brevemente lo que quiero decir.

Durante veinticinco años ha desfilado ante mí una verdadera procesión de material en el Departamento de Pacientes Externos del hospital. En el transcurso de los años no se observan grandes cambios en la pauta general. Hay un tipo de niño o niña que recuerdo muy bien desde el principio. Se trata de una criatura especialmente deliciosa y cuyo talento supera frecuentemente la media. Si se trata de una niña o de una muchacha, lo más seguro es que vaya bien vestida y sea limpia. Lo importante en ella es una vivacidad que inmediatamente influye en el humor del médico, haciendo que se sienta más alegre. Uno no se sorprende al saber que la chica se dedica al baile, o dibuja, pinta o escribe poesía. Incluso es posible que mientras espera su turno escriba uno o dos poemas. Cuando le pido que dibuje algo, sé positivamente que el dibujo será de alegres colores, lleno de detalles interesantes, con figuras dotadas de tal animación que parecerán vivas, en movimiento. También es muy fácil que en el dibujo haya un fuerte elemento humorístico.

La madre nos la ha traído porque en casa la paciente se muestra irritable, caprichosa, desafiante a veces, o bien francamente deprimida. Tal vez hayan sido muchos los médicos que no hayan sabido ver o creer que se trata

de una persona deliciosa. La madre me habla de una serie de achaques y dolores de los que su hija se queja, y que, en uno u otro momento, se han diagnosticado como reumatismo, aunque lo cierto es que son hipocondríacos.

A principios de mi carrera un día se presentó un chiquillo solo en el hospital y me dijo: “Por favor, doctor, mamá se queja de un dolor en mi estómago”. Esto me llamó la atención sobre el papel que puede desempeñar la madre. Es también un hecho cierto que el niño del que se supone que está padeciendo un dolor, a menudo todavía no ha decidido dónde se encuentra dicho dolor. Si uno puede cogerle antes de que su madre haya indicado qué es lo que ella espera, se encontrará con un niño desconcertado que dice sencillamente que el dolor está “adentro”. Lo que quiere decir es que siente que algo no va bien o que debería no ir bien.

Es probable que, en el Departamento de Pacientes Externos, obtenga una visión particularmente clara de este problema, ya que dicho departamento es en realidad una clínica para el control de la hipocondría en las madres. No existe una divisoria marcada entre la franca hipocondría de una mujer deprimida y la verdadera preocupación que por su hijo siente una madre. Es necesario que la madre sea hipocondríaca para notar en su hijo los síntomas que los médicos buscan constantemente para atrapar la enfermedad a tiempo. El médico que no sepa nada de psiquiatría o de las defensas antidepresivas, que no sepa que los niños se deprimen, se arriesga a decirle a la madre que hace mal cuando se preocupa por los síntomas del niño y a no saber ver los problemas psiquiátricos muy reales que existen. Por otra parte, el psicoanalista que acaba de descubrir su comprensión de la depresión infantil se expone a pasar fácilmente por alto las ocasiones en que es la madre quien está más enferma que el hijo. Observando numerosos casos de éstos continuamente durante períodos de diez e incluso veinte años, he podido comprobar que la depresión del niño puede ser el reflejo de la depresión de la madre. El pequeño utiliza la depresión materna como válvula de escape propia, lo cual le proporciona una restitución y reparación falsa en relación con la madre y esto, a su vez, obstaculiza el desarrollo de una capacidad personal para la restitución, ya que ésta no tiene nada que ver con el sentimiento de culpabilidad del propio niño. En cualquier grupo de estudiantes prometedores hay algunos que no triunfan debido a una reparación con respecto a la depresión de la madre en vez de con respecto a una depresión personal. Si bien en apariencia existe un talento especial e incluso al principio se logran éxitos, persiste una inestabilidad asociada con la dependencia del pequeño con respecto a la madre. Es posible que se desarrolle o no un matiz general de índole homosexual. En un libro sobre ballet, Arnold Haskell dice: «Convendría recordar que todo bailarín tiene madre». Ciertamente, estos niños a quienes me estoy refiriendo tienen sus madres y sus padres. Por supuesto que no siempre se trata de la madre: hay muchos adolescentes, de uno y otro sexo, que en apariencia poseen una gran capacidad para trabajar provechosamente y que, sin embargo, inesperadamente fracasan; ello sucede cuando el éxito obtenido en su trabajo es robado por las necesidades del padre, de la madre o de ambos. Entonces, cuando el adolescente trata de instaurarse una identidad personal, la única salida la ofrece el fracaso. Esto es especialmente aplicable en el caso del chico de quien se espera que siga exactamente los pasos de su padre y que, sin embargo, nunca será capaz de lanzar un desafío al control por parte del padre.

Se verá que, en casos extremos, estos niños se enfrentan a una tarea que nunca puede ser cumplida. En primer lugar, su tarea consiste en afrontar el estado de ánimo de la madre. Si lo logran, no hacen más que crear un ambiente en el que pueden empezar sus propias vidas. Resulta fácil comprender que esta situación puede ser explotada por el individuo a modo de huida de la aceptación de la responsabilidad personal que forma parte esencial del desarrollo individual. Cuando, a través del análisis, al niño se le ofrezca la oportunidad de excavar hasta dar con su sentimiento de culpabilidad, entonces el estado anímico de la madre (o del padre) se presenta también para ser afrontado. O el analista se da cuenta de cuándo aparecen los signos de esto en la transferencia, o el análisis fallará irremisiblemente, debido a su éxito. Lo que les estoy describiendo constituye un fenómeno más bien obvio.

Lo que suele observarse es que la madre (o el padre) del niño posee una personalidad dominante. Creo que en tanto que analistas desearemos decir que el niño vive dentro del círculo de la personalidad de sus padres y que este círculo presenta rasgos patológicos. En el caso típico de la deliciosa muchacha de la que antes les hablaba, la vivacidad de la muchacha constituye la respuesta a la necesidad de la madre de recibir ayuda con respecto a

la atonía y negrura de su mundo interior.

En gran número de casos no se registra una condición tan extrema, de manera que las actividades reparadoras del pequeño pueden ser personales aunque exista la constante amenaza de que la madre robe el éxito del pequeño y, por tanto, la culpabilidad subyacente. En tales casos no es difícil obtener éxitos clínicos sorprendentes desplazando activamente al padre o a la madre al principio de la psicoterapia a que sometemos al pequeño. En un caso favorable resulta posible tomar partido por el niño en contra de los padres y al mismo tiempo ganarse y conservar la confianza de éstos.

Fui requerido por una escuela de magisterio para que viese una estudiante sobre la que se cernía la amenaza de expulsión. De sopetón la muchacha le había propinado un puntapié en el tobillo a una condiscípula. Me encontré con una muchacha que padecía una depresión materna que debía soportar toda la vida y que, al finalizar su carrera, por fin había alcanzado a ver el problema: ¿Su propia vida o la de su madre? Me las compuse para que la madre creyese en mí mientras de hecho me interponía entre ella y su hija. A ésta volvieron a admitirla en la escuela, terminó bien sus estudios y emprendió una serie de tareas lejos de casa. Las cosas le han ido muy bien y actualmente ocupa un lugar de responsabilidad entre el profesorado. Se trataba de un caso límite y sin mi intervención la muchacha no hubiese podido evitar el fracaso y derrumbarse o, en su defecto, escenificar un éxito falso, después abandonar de toda esperanza de llegar a tener una existencia independiente del estado anímico, fuertemente organizado, de su madre viuda.

Los más espectaculares éxitos que se obtienen en la labor profesional del analista se dan en este tipo de casos. Aquí encontrará una lección el psicoanalista que al empezar su carrera se vea fácilmente inducido a engaño al creer que el éxito en el inicio del tratamiento se debe a sus interpretaciones, cuando lo verdaderamente importante es que el analista habrá desplazado a un padre o una madre que son buenos pero están deprimidos. A pesar del éxito inicial, lo corriente es que las dificultades surjan más adelante, incluyendo el descubrimiento de su propio sentimiento de culpabilidad por parte del paciente. Inicialmente lo que importa es que el analista no se deprima y que el paciente se encuentre a sí mismo, ya que al analista no le hace falta alguna que el paciente sea bueno o limpio o complaciente; ni siquiera necesita enseñarle nada. Éste puede avanzar a su propio ritmo. Puede fracasar si lo desea; se le da tiempo y una especie de seguridad local. Estos detalles externos de la dirección del caso constituyen los requisitos previos para que el paciente haga el descubrimiento de su propio amor con la inevitable complicación de la agresión y la culpabilidad, lo único que da el sentido de la reparación y la restitución. En el caso extremo, el paciente acudirá al análisis sin apenas haber empezado la tarea de afrontar su propia culpabilidad, o bien sin todavía haber llegado a su misma agresión, propia del amor primitivo. y eso a pesar de que el mundo ha tenido buen concepto de él.

Los que trabajan con grupos se preocupan mucho por esta relación del paciente con un estado anímico ambiental. En algunos casos se puede establecer una útil comparación entre el estado de ánimo del grupo, sobre el cual el paciente ejerce alguna forma de control, y el estado de ánimo de su madre cuando él era pequeño y no ejercía control alguno sobre aquél. Lo único que podía hacer cuando era pequeño era aceptar el estado anímico de su madre, viéndose atrapado en las defensas antidepresivas de la madre. En otros casos, el estado anímico del grupo resulta impenetrable para el paciente debido a que éste siente una necesidad demasiado fuerte de defender y luchar por su propia individualidad.

El grupo puede constituirlo una familia. Diría que resulta claramente valiosísimo para la vida familiar que la posición depresiva haya sido alcanzada personalmente por los individuos, de manera que el estado de ánimo de la familia también pueda ocupar su lugar, siendo un factor común en la vida de los individuos que la componen. Esto es lo mismo que toda forma de compartir una cultura. Evidentemente, resulta patológico, o empobrecedor para la familia o el grupo, que un individuo no pueda compartir o participar en las actividades reparadoras del grupo. Y, al contrario, resulta un grave empobrecimiento para la vida del individuo si éste solamente puede tomar parte en actividades que de modo muy específico sean de grupo, es decir, colectivas. En el primer caso, cuando es incapaz de compartir, el individuo debe instaurar su propio enfoque personal antes de poder compartir. En el segundo caso, cuando el grupo es necesario, parece que al principio el individuo coopera útilmente pero a la larga esta cooperación se derrumba; en cierto modo sigue en la posición

del niño que se ve atrapado en el mundo interior de su madre, con la consiguiente pérdida de responsabilidad personal.

A mí me parece que existe una aplicación práctica de estas ideas en la Sociedad Psicoanalítica. Me refiero especialmente a la opinión expresada por Glover (1945, 1949). Glover opina que ciertos analistas (Melanie Klein y sus discípulos) proceden a describir ciertas fantasías como si se tratase de las fantasías de sus pacientes, cuando lo probable es que dichas fantasías sean las del propio analista. Todo analista es consciente de la tarea de desenmarañar sus propias fantasías de las de sus pacientes, pero, por lo general, se reconoce que son los psicoanalistas quienes están en mejores condiciones para tener en claro esta cuestión. Resulta para mí muy difícil creer que las ideas que aparecen regularmente en mi trabajo, tanto el analítico como el otro, son ideas subjetivas. Sin embargo, reconozco que, a no ser que las ideas puedan ser subjetivas, es imposible observarlas objetivamente (véase Whithead: «El material y las condiciones de las que el investigador clínico debe forjarse un conocimiento ordenado constituyen un desafío constante a su capacidad para el pensamiento conceptual así como para sus dotes de observación»). Reviste importancia, sin embargo, averiguar a qué obedece el comentario que, al igual que el de Glover, sostiene que las fantasías de que damos cuenta son subjetivas y que en verdad no residen en nuestros pacientes. Primeramente, hay que formularse la siguiente pregunta: ¿ha sido mal planteado el análisis de la posición depresiva, de tal manera que las ideas resultan inaceptables debido al modo en que han sido presentadas? (véase Brierley, 1951). Por ejemplo, ¿ha recibido el debido reconocimiento la necesidad de que todo sea descubierto de nuevo por cada analista? En cualquier caso, es imprescindible que se distinga claramente entre el valor de las ideas y el sentimiento con respecto a ellas suscitado por la forma en que han sido presentadas.

Sea como fuere, seguimos con la necesidad de considerar el problema al lado de la idea propuesta en este escrito.

Es legítimo exigirme que, si pretendo describir la fantasía de mis pacientes, sepa que a veces ellos producen realmente la clase de cosas que a ellos les parece que a mí me gusta oír. Esto es más cierto cuanto más inconscientes son mis expectativas. Así, recientemente, un paciente estaba completamente convencido de que a mí me gustaba el material anal y, desde luego, presentó gran cantidad de dicho material en mi honor. Transcurrió algún tiempo antes de que esto saliera a la luz y antes de que el paciente alcanzase sus propios y verdaderos sentimientos anales. De la misma manera, los pacientes presentan, así como ocultan, fantasías relativas al mundo interior porque sienten la necesidad de aliviar mi supuesta depresión, o la necesidad de empeorarla. En la transferencia se ha revivido una depresión paterna o materna. Yo debo ser capaz de darme cuenta de ello. Cuando afirmo ser realmente objetivo acerca de las ideas que los pacientes sienten en torno a su propio interior, así como acerca de la contienda sostenida por los objetos buenos y los objetos malos, o por las fuerzas internas, debo ser capaz de distinguir entre aquello que es presentado para mí y aquello que verdaderamente es personal, es decir, propio del paciente. Creo que los analistas jungianos tienden a recibir sueños «de tipo jungiano», mientras que los freudianos muy raramente reciben estas elaboradas formaciones místicas.

En este grupo científico poseemos un fondo común de teorías y ofrecemos un grupo o margen para la actividad reparadora concerniente a un fondo común de culpabilidad. Cada uno de sus miembros se ve afectado por el estado de ánimo de la Sociedad y es libre de hacer su aportación a la necesidad apremiante de reparación que siente el grupo, necesidad relacionada con las angustias depresivas del grupo. Pero esta restitución colectiva debe siempre estar al servicio de lo que es más importante: que cada individuo llegue a su propia culpabilidad personal, así como a sus angustias depresivas personales. Cada uno de los miembros de nuestra Sociedad debe lograr su propio crecimiento a su propio ritmo, y debe desarrollar su propio sentido de la responsabilidad basado verdaderamente en su preocupación por sus propios impulsos amorosos y sus consecuencias.

Resumen

La necesidad individual de reparación puede estar relacionada menos con el sentimiento personal de culpabilidad que con el sentimiento de culpabilidad o de depresión anímica del padre o de la madre. La aportación que el individuo realiza a un grupo se ve afectada por el éxito o fracaso relativo que dicho individuo consigue en la instauración de una culpabilidad antes personal que paterna o materna como raíz de las actividades de reparación y los esfuerzos constructivos.

Biblioteca D. Winnicott

Replegamiento y Regresión (1954)

En el curso del último decenio me ha sido impuesta la experiencia de varios pacientes adultos que en el análisis efectuaron una regresión en la transferencia.

Deseo explicarles un incidente que tuvo lugar durante el análisis de un paciente que no dio muestras de regresión clínica pero cuyas regresiones se hallabas: localizadas en estados momentáneos de replegamiento que acaecieron durante las sesiones analíticas. Mi forma de atender tales estados de replegamiento se vio grandemente influida por la experiencia obtenida con pacientes que habían realizado una regresión.

(En el presente trabajo, «replegamiento» se refiere a un distanciamiento de la relación despierta con la realidad externa, distanciamiento que a veces cobra la forma de un breve sueñecillo. Al hablar de «regresión» me refiero a la regresión a la dependencia y no específicamente a la regresión en términos de zonas erógenas.)

Voy a narrarles una serie compuesta de seis episodios significativos escogidos entre todo el material correspondiente al análisis de un paciente esquizoide-depresivo. Se trata de un hombre casado y con familia. Al empezar la presente enfermedad el paciente se derrumbó, se sentía irreal, perdió la poca capacidad que tenía para la espontaneidad. Fue incapaz de trabajar hasta algunos meses después de haber comenzado el análisis. Vino a verme por primera vez como paciente procedente de un hospital mental. (Durante la guerra ya le había sometido a análisis durante un breve período, análisis cuyo resultado había consistido en su recuperación clínica de un agudo trastorno de la adolescencia, aunque sin que por ello ganase penetración.)

Lo más importante que lleva al paciente a la constante y consciente búsqueda de análisis es su incapacidad para ser impulsivo y para hacer comentarios originales, aunque es capaz de participar de modo inteligente en conversaciones iniciadas por otras personas. Casi no tiene amigos, ya que sus amistades se diluyen a causa de la incapacidad para iniciar algo, lo cual le convierte en un compañero aburrido. (Me dijo que una vez se había reído en el cine y esta pequeña prueba de mejoramiento le había llenado de esperanzas acerca del resultado del análisis.)

Durante largo tiempo sus asociaciones libres se presentaron bajo la forma de un informe retórico de cierta conversación que constantemente se desarrollaba dentro de él. Sus asociaciones libres eran cuidadosamente dispuestas y presentadas de la forma que, a su modo de ver, haría que el material resultase interesante para el analista.

Al igual que otros muchos pacientes analíticos, a veces este paciente se hunde profundamente en la situación analítica; en ocasiones, importantes aunque raras, se repliega; durante estos momentos de replegamiento acontecen cosas inesperadas que a veces él es capaz de relatar. Al final del presente trabajo escogeré estos

raros acontecimientos de entre la inmensa cantidad de material psicoanalítico corriente que el lector deberá dar por sentado.

Primer y segundo episodios

El primero de tales acontecimientos (cuya fantasía apenas pudo percibir y relatar el paciente) consistió en que cuando se hallaba momentáneamente replegado en el diván se encogió y salió rodando por detrás del mismo. Aquélla fue la primera prueba directa de espontaneidad que tuve durante el análisis. El siguiente momento de replegamiento ocurrió unas semanas después. El paciente acababa de intentar utilizarme como sustituto de su padre (fallecido cuando él contaba dieciocho años) y me había pedido consejo sobre algún aspecto de su trabajo. Ante todo había comentado el citado aspecto con él, señalando, sin embargo, que me necesitaba en mi calidad de analista y no como sustituto del padre. Me había dicho que iba a ser una pérdida de tiempo seguir hablando de aquella manera corriente, y luego dijo que se había replegado y se sentía como si el replegamiento fuese una huida. No podía recordar ningún sueño correspondiente a su sueño momentáneo. Le señalé que su replegamiento era en aquel momento una huida de la penosa experiencia de hallarse entre la vigilia y el sueño, o bien entre hablarme racionalmente y estar replegado. Fue en aquel momento cuando se las arregló para decirme que de nuevo se le había ocurrido la idea de estar encogido, aunque de hecho estaba tumbado cuando largo era en el diván, como de costumbre, con las manos plegadas sobre el pecho.

Fue aquí donde hice la primera de las interpretaciones que sé que no hubiese hecho veinte años antes. Esta interpretación resultó ser muy significativa. Cuando me habló de estar encogido hizo unos gestos con las manos que indicaban que el encogimiento estaba en alguna parte delante de su rostro y que sin dejar su posición él hacía un movimiento giratorio. Inmediatamente le dije: «Al hablar de que está usted encogido y girando me da a entender al mismo tiempo algo que, como es natural, no me está describiendo, toda vez que no es consciente de ello; me da a entender la existencia de un médium». Al cabo de un rato le pregunté si comprendía lo que le había dicho y comprobé que lo había entendido al instante; dijo: «Como el aceite en el que se mueven las ruedas». Habiendo recibido la idea del medio que le sostenía, siguió describiendo con palabras lo que había demostrado con las manos: que había estado girando rápidamente hacia adelante, lo cual contrapuso al haber girado hacia atrás por encima del diván, hecho que me había relatado unas semanas antes.

Partiendo de esta interpretación del médium pude proseguir desarrollando el tema de la situación analítica y juntos elaboramos un planteamiento bastante claro de la condición especializada aportada por el analista, así como de los límites de la capacidad del analista para la adaptación a las necesidades del paciente. Seguidamente, el paciente tuvo un sueño muy importante cuyo análisis demostró que había podido desprenderse de una coraza que ya no le era necesaria, ya que yo le había demostrado mi capacidad de suministrarle un médium apropiado en el momento de su replegamiento. Parece ser que al ponerle inmediatamente un médium en torno a su ser replegado yo había convertido su replegamiento en una regresión, con lo que le había permitido utilizar constructivamente esta experiencia. A principios de mi carrera analítica hubiese perdido esta oportunidad. El paciente dijo que esta sesión analítica había sido «trascendental».

Obtuve un gran resultado de este detalle del análisis: una comprensión más clara del papel que me era dado desempeñar en mi calidad de analista, el reconocimiento de la dependencia que a veces tiene que ser muy grande e incluso penosa de soportar, y también el ajustarse con su situación respecto de la realidad, tanto en el trabajo como en casa, de una forma enteramente nueva. Por cierto, el paciente pudo decirme que su esposa había quedado embarazada, factor que hacía que le resultase muy fácil enlazar su encogimiento en el médium con la idea de un feto en el útero. De hecho se había identificado con su propio hijo al mismo tiempo que reconocía su propio estado originario de dependencia de la madre.

La primera vez que vio a su madre después de aquella sesión fue capaz, por primera vez, de preguntarle cuánto le estaba costando el análisis y también de mostrar preocupación al respecto. En la siguiente sesión pudo contarme lo que criticaba de mi actuación así como expresarme su sospecha de que yo era un embaucador.

Tercer episodio

El siguiente aspecto se presentó unos meses más tarde, tras un riquísimo período de análisis. Se presentó en un momento en que el material era de índole anal y en que se había reintroducido el aspecto homosexual de la situación transferencial, aspecto del análisis que le asustaba muy especialmente. Dijo que en su niñez le había acosado constantemente el temor de ser perseguido por un hombre. Hice ciertas interpretaciones y él dijo que mientras había estado hablando se había hallado lejos, en una fábrica. Dicho vulgarmente, sus pensamientos se habían extraviado. El hecho le resultaba real y había sentido como si realmente estuviese trabajando en la fábrica a la que había ido al finalizar el primer análisis que le había hecho durante la guerra y que se había visto interrumpido precisamente por el conflicto bélico. Inmediatamente interpreté que se había alejado de mi regazo, palabra que resultaba apropiada, puesto que en su estado de replegamiento y en términos de su desarrollo emocional había permanecido en un estado infantil, de manera que el diván se había convertido automáticamente en el regazo del analista. Se verá fácilmente que hay una relación entre el hecho de que yo le aportase el regazo y el hecho de que también le aportase el médium del que dependía su capacidad para moverse en posición de encogimiento y giro en el espacio.

Cuarto episodio

El cuarto de los episodios que quiero destacar no resulta tan claro. Se produjo durante una sesión en la que me dijo que era incapaz de hacer el amor. El material general me permitió interpretar la disociación en su relación con el mundo: por un lado, la espontaneidad del verdadero self que no tiene ninguna esperanza de encontrar objeto salvo en la imaginación; y por otro lado, la reacción al estímulo proveniente de un ser que tiene algo de falso o irreal. En la interpretación señalé que él estaba esperando ser capaz de juntar esta escisión en sí mismo en lo que concernía a su relación conmigo. En aquel momento se hundió en un estado de replegamiento durante un breve período y luego pudo contarme lo sucedido durante el mismo: .se había hecho oscuro, las nubes se habían acumulado y había empezado a llover; la lluvia había azotado su cuerpo desnudo. En esta ocasión pude poner un recién nacido en aquel medio cruel y despiadado, señalándole la clase de medio que le cabía esperar en el caso de integrarse e independizarse. He aquí la interpretación del «médium» a la inversa.

Quinto episodio

El quinto episodio procede del material que fue presentado después de una interrupción de nueve semanas debida en parte a mis vacaciones veraniegas.

Después de la larga interrupción, el paciente volvió diciendo que no estaba seguro de por qué había vuelto y que le resultaba difícil volver a comenzar. El detalle más importante de los que me contó era que seguía encontrando difícil hacer algún comentario espontáneo, fuese de la clase que fuese, ya en su casa o entre amigos. Lo único que podía hacer era unirse a una conversación iniciada por otro, y aún le resultaba más fácil cuando sus interlocutores eran dos personas que hablaban entre ellas. Si hacía algún comentario le parecía estar usurpando la función de uno de sus padres (es decir, en la escena originaria) mientras que lo que necesitaba era ser reconocido como niño pequeño por los padres. Me contó lo suficiente acerca de sí mismo para mantenerme en contacto con sus preocupaciones cotidianas.

Al quinto episodio se llegó a través de la consideración de un sueño corriente.

La noche siguiente a esta primera sesión tuvo un sueño del que me dio cuenta al día siguiente. Era

insólitamente vívido. Se iba al extranjero a pasar el fin de semana, marchándose el sábado y regresando el lunes. Lo principal acerca del viaje consistía en el encuentro con un paciente de hospital que se marchaba al extranjero en busca de tratamiento. (Resultó ser un paciente al que le habían amputado un miembro. Había otros detalles importantes que no se refieren específicamente al tema del presente escrito.)

Mi primera interpretación fue el comentario de que en el sueño él se va y vuelve. Es este comentario lo que quiero contarles, ya que enlaza con los que yo hice a raíz de los dos primeros episodios, en los que aporté un médium y un regazo, así como con el comentario del cuarto episodio, en el cual coloqué a un individuo en un mal medio, que había sido alucinado. Seguidamente hice una interpretación más profunda: que el sueño expresa los dos aspectos de su relación con el análisis; en uno de ellos, el paciente se marcha y vuelve, y en el otro se marcha al extranjero (el paciente del hospital representa esta parte de sí mismo); se marcha y mantiene contacto con este paciente, lo cual significa que está tratando de romper la disociación entre estos dos aspectos de sí mismo. Mi paciente repuso que en el sueño se sentía especialmente interesado por establecer contacto con el paciente, dando a entender con ello que iba ganando conciencia de la disociación o escisión que había en él y que deseaba integrarse.

Este episodio pudo presentarse en forma de sueño soñado fuera del análisis debido a que contenía ambos elementos juntos: el ser replegado y el medio. El aspecto del analista en cuanto médium había sido introyectado.

También hice estas interpretaciones: el sueño mostraba de qué manera el paciente afrontaba las vacaciones; había podido disfrutar de la experiencia de escaparse del tratamiento mientras al mismo tiempo sabía que, aunque se hubiese marchado, regresaría. De esta manera la larga interrupción, que hubiese podido tener serias consecuencias para un paciente de este tipo, no constituyó un trastorno demasiado grave. El paciente hizo resaltar que la cuestión de marcharse estaba íntimamente asociada en su mente con la idea de hacer un comentario original o algún acto espontáneo. Luego me dijo que el mismo día en que había tenido el sueño le había vuelto a asaltar un viejo temor: el de encontrarse con que de pronto le había dado un beso a alguien, cualquier persona que estuviese casualmente a su lado, tal vez un hombre. No hubiese hecho tanto el ridículo de haber besado a una mujer.

Entonces empezó a hundirse más profundamente en la situación analítica. Tenía la impresión de ser un niño pequeño en casa, y de equivocarse si hablaba, ya que se hubiese colocado en el lugar de los padres. Sentía una sensación de desesperanza al ver que sus gestos espontáneos no eran correspondidos (lo cual enlaza con lo que sé de la situación en el hogar). Empezó a aparecer un material mucho más profundo y el paciente tenía la sensación de que había gente entrando y saliendo por la puerta; mi interpretación en el sentido de que esto se hallaba asociado con la respiración se vio apoyada por otras de sus asociaciones. Las ideas son como la respiración, y también como los niños y si yo no hago nada con ellas, el paciente siente que las he abandonado. Su gran temor es el del niño abandonado, o de la idea o comentario abandonado, o bien del gesto no correspondido de un niño.

Sexto episodio

Una semana más tarde, el paciente (inesperadamente desde su punto de vista) se encontró con el hecho de que nunca había llegado a aceptar la muerte de su padre. Esto vino después de un sueño en el que su padre había estado presente y, de forma libre y sincera, había hablado de problemas sexuales con él. Dos días después vino y me dijo que se había sentido seriamente turbado porque había padecido un dolor de cabeza, muy distinto de ningún otro que hubiese padecido anteriormente. Databa más o menos de la anterior sesión, dos días antes. Este dolor de cabeza era temporal y a veces frontal y era corno si estuviese situado del lado de afuera de la cabeza. Era un dolor constante que le hacía sentirse enfermo y, de haberle sido posible conseguir comprensión de su esposa, se hubiese acostado en lugar de venir al análisis. Estaba preocupado porque como médico se daba cuenta de que se trataba ciertamente de un trastorno funcional y sin embargo, no había modo de

explicarlo en términos de fisiología. (Por consiguiente era como la locura.)

En el transcurso de la sesión pude darme cuenta de cuál era la interpretación aplicable y le dije: «El que el dolor esté en el exterior de la cabeza representa su necesidad de que le sostengan la cabeza como, de ser usted un niño afligido, no hay duda de que se la sostendrían». Al principio no le encontré mucho sentido a mi explicación, pero poco a poco fue viendo claro. La persona que con mayor probabilidad le hubiese sostenido la cabeza cuando era pequeño no era su madre sino su padre. Dicho de otro modo, después de la muerte de su padre no había tenido a nadie que le sostuviera la cabeza cuando estaba afligido.

Enlacé mi interpretación con la interpretación clave del médium y gradualmente el paciente fue percatándose de lo acertado de mi idea acerca de las manos. Me informó de un replegamiento momentáneo unido a la sensación de que yo poseía una máquina que servía para aportar el control comprensivo del caso. Para él esto significaba que era importante que yo no le sostuviera realmente la cabeza, ya que ello hubiese sido la aplicación mecánica de unos principios técnicos. Lo importante era que yo comprendía inmediatamente lo que él necesitaba.

Al finalizar la sesión se sorprendió a sí mismo al recordar que se había pasado la tarde sosteniendo la cabeza de un niño. Al niño se le había practicado una pequeña intervención quirúrgica con anestesia local, operación que había durado más de una hora. Él había hecho cuanto podía por ayudar al pequeño pero sin mucho éxito. Lo que le parecía que debía necesitar el niño era que le sostuviera la cabeza.

Entonces pensó con bastante profundidad que lo que había venido a buscar en el análisis de aquel día era mi interpretación, por lo que casi se sintió agradecido a su esposa por no haberse mostrado comprensiva con él y por no haberle sostenido la cabeza como hubiese podido hacer.

Resumen

La idea que hay en el trasfondo del presente trabajo es la de que si somos conscientes de que la regresión se presenta durante la sesión analítica, entonces podremos afrontarla inmediatamente y de esta manera permitiremos que ciertos pacientes que no estén demasiado enfermos realicen las regresiones necesarias en fases cortas, puede que incluso momentáneamente. Afirmaría que en el estado de replegamiento el paciente sostiene el ser y que si inmediatamente después de la aparición de dicho estado el analista es capaz de sostener al paciente, entonces lo que hubiese sido un replegamiento se convierte en una regresión. La ventaja de la regresión estriba en que lleva consigo la oportunidad de corrección de la inadecuada adaptación a la necesidad en el pasado del paciente, es decir, en el cuidado recibido por el paciente durante la infancia. En contraste, el estado de replegamiento no resulta provechoso y el paciente no ha cambiado cuando se recupera de tal estado.

Siempre que comprendemos profundamente a un paciente y que se lo demostramos por medio de una interpretación correcta y oportuna, de hecho lo que estamos haciendo es sostenerle y participar en una relación en la cual el paciente se halla en cierto grado de regresión y dependencia.

Por lo común se cree que hay algo de peligro en la regresión de un paciente durante el psicoanálisis. El peligro no reside en la regresión sino en la falta de disposición del analista para afrontar la regresión y la dependencia propia de la misma. Cuando un analista cuenta con una serie de experiencias que le dan confianza para encararse con la regresión, entonces es acertado, probablemente, que cuanto antes la acepte y la afronte, menos probable será que el paciente necesite caer en una enfermedad con matices regresivos.

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

Notas sobre el repliegue y la regresión, 1965

Escrito para un seminario en diciembre de 1965.

LPara llegar a esa sesión de un miércoles de modo tal que se entienda, debo hacer referencia a lo sucedido el día anterior. El martes la paciente ya estaba desilusionada y quedándose falta de afecto. Recurrí a dos cosas: la formalidad del médico que había sido extraordinariamente bueno con ella en Estados Unidos, y una oración poco feliz de un libro de Searles. Una característica de esta sesión es que si bien ella quedó absorbida por estas cuestiones de tal modo que el mundo entero, yo inclusive, quedó incluido en ellas, de tanto en tanto emergía de su capullo para decirme -fijando en mí su mirada de un modo que es típico de ella, y que corresponde a la buena relación que tiene con su buena enfermera-

"Usted sabe que estoy encantada con usted, ¿no es cierto?"
Obviamente, se debatía con otros sentimientos vinculados conmigo a los que no era capaz de llegar, pero que en alguna medida encontró en relación con los dos médicos.

El miércoles fue uno de esos días .característicos que por cierto alarman a los inexpertos. Ella era una persona muy distinta, aunque yo estoy bien familiarizado ya con su manera de ser cuando es esta persona muy distinta. Podría decirse que estaba indignada y tenía "a Dios de su lado". La palabra correcta para describir la sesión del miércoles es "repliegue" o "retraimiento".

Este fue el primero de los puntos para el debate: en el caso de esta paciente es extremadamente importante que yo comprenda la diferencia entre regresión y repliegue. Desde el punto de vista clínico, los dos estados son prácticamente iguales; se verá, no obstante, que hay una enorme diferencia entre ellos. En la regresión hay dependencia, y en el repliegue, una independencia patológica. En esta escuela de análisis aprendí que el repliegue es algo que es bueno posibilitar, y tal fue el rasgo importante de la primera parte del análisis, dando por resultado que pasaran muchas horas en las que no se hizo nada en absoluto. El proceso fue silencioso, y vinculado con lo que acontece en la dependencia extrema. Cuando sobrevino el retraimiento como otro rasgo importante, la paciente siempre se enojaba mucho cuando yo lo confundía con una regresión, o no advertía que al retraimiento hay que tratarlo de otro modo. Hay algo más difícil, y es que en la práctica profesional uno en verdad está atento al pasaje del retraimiento a la regresión, a medida que el paciente se vuelve capaz de reconocer lo que hay de positivo en la actitud de uno. Se entiende que en el retraimiento la expectativa es que el ambiente será persecutorio.

Sea como fuere, ese miércoles la paciente estaba retraída al máximo, totalmente escondida debajo de dos mantas y metida la cabeza entre dos almohadas. De repente, emergió de allí con la

máxima furia posible de su parte, lo cual es mucho decir, y siguió así hasta el final de la hora, comenzando por criticarme que la hubiera dejado retraerse, y pasando luego a todos los defectos de mi técnica que fácilmente podía enumerar, hasta que por último se incorporó y se fue -era más o menos la hora- diciendo que por cierto jamás volvería a perder su tiempo de esta manera.

En el pasado hubo otros episodios aún más hirientes que éste, pero nunca, creo, uno en que hubiese un sentimiento tan real y auténtico de su parte. Por supuesto, yo no me defendí de ningún modo (o así lo espero); dejé eso de que había puesto término a su análisis y la acompañé hasta la puerta, viéndola entrar al coche junto con la enfermera que viene con ella, y partir. El único que me hizo un gesto amistoso de despedida con la mano fue el chofer.

Este fue el segundo de los puntos para el debate: la reacción extrema en una transferencia delirante, y la necesidad de soportarla. Pienso que sin duda uno necesita un alto grado de confianza en sí mismo para recibir todo esto sin decir ni una palabra a modo de autodefensa. Por suerte, en este caso no había peligro de suicidio, de modo tal que pude pensar: "Y bien, si pasa lo peor, la paciente habrá terminado conmigo". Sabía, sin embargo, que ella no tenía nadie más a quien acudir; pero aun así podría haberse derrumbado a punto tal de visitar a toda una serie de terapeutas marginales, de los cuales conoce unos cuantos.

Al día siguiente, jueves, me vi recompensado en este caso: la paciente volvió a entablar conmigo una relación afectuosa. Todo su contacto con las mantas y almohadones fue distinto.

Evidentemente, se hallaba en un estado en que operaba la cooperación inconsciente en el análisis, así que pudo relatarme sueños que tenían validez. A la postre dijo que se sentía sumamente culpable por lo acontecido, hasta tal punto que para el fin de semana iba a traerme dos duraznos. Esto brindó el próximo punto para el debate.

Aquí había dos cosas. En primer término, comenté con ella la cuestión de los regalos que se les hace a los analistas, ya que yo sabía que ella está perfectamente al tanto de lo escrito en la materia. Le señalé la diferencia entre el neurótico y el psicótico en este aspecto. Le recordé que ella prácticamente ignoraba lo que es una psiconeurosis. Si un paciente neurótico me trae un regalo, yo suelo rechazarlo, porque sé que después voy a pagar por él un precio mucho mayor. En cambio, en el caso de un psicótico (y al decirle esto mi propósito era incluir las angustias depresivas, que no están plenamente al alcance de esta paciente), entiendo que los regalos se vinculan a un daño ya causado. En otras palabras, casi siempre los acepto, y compruebo que no hay mayor diferencia entre aceptar dos duraznos y aceptar una actitud de cooperación o afectuosa. Desde luego, me interesó el hecho de que los dos duraznos representasen simbólicamente los pechos idealizados, pero me contenté con dejar el asunto en ese punto y me sentí, creo, recompensado.

La segunda cuestión tenía que ver con la capacidad de la paciente para referirse, a esa altura, a su espantosa conducta. Repasando la sesión anterior dijo que había estado "cortante" en sus observaciones, lo cual era una descripción correcta. Me recordó, y se recordó a sí misma, que cuando se siente así puede lacerar a cualquiera que se encuentre próximo, y herirlo realmente.

Relató un sueño relacionado con saltar del noveno piso de un edificio de departamentos (sus padres viven en el noveno piso de un edificio) hasta mi departamento -que probablemente estaba en la planta baja-, aparentemente sin sufrir ningún daño.

Al día siguiente volvió en el mismo estado de ánimo y actitud, trayéndome un chocolate Bittra, lo cual me pareció un progreso respecto de los duraznos y la idealización a ellos aparejada. Hubo otro sueño de saltar desde un avión, en apariencia algo

exhibicionista y que no causaba ningún daño, y también otro en el que había, en algún lugar, un hombre, y por más que ella se empeñaba no lograba que él le prestara atención; sin embargo, estaba resuelta a que él advirtiera su presencia, aunque para eso tuviese que ponerse una de esas polleras modernas que se usan por encima de las rodillas. Hasta la fecha se burló de todo lo que fuese atraer a un hombre, porque -decía- todo eso de nada sirve si el hombre no está atraído de antemano.

Biblioteca D. Winnicott

Reseña de libro sobre el autismo (1938)

Leo Kanner, Child Psychiatry, Londres, Bailliere, Tindall and Cox, 1937.

Este manual, que lleva prefacios de los doctores Adolf Meyer y Edwards A. Park, ha sido construido en una amplia escala y no tiene rivales en la actualidad. Es el producto natural de la organización existente en el Hospital Johns Hopkins, que ofrece la oportunidad de una cooperación entre la pediatría y la psiquiatría; y sin duda tiene que ser colosal la clínica de la que es director el doctor Kanner. La cantidad de trabajo implícita en la casuística presentada basta para hacerle perder el aliento a cualquiera que se dedique activamente a esa labor y esté familiarizado con la cantidad de tiempo que insume.

Por lo demás, el tipo de casuística ofrecida indica un contacto satisfactorio entre el asistente social y el paciente, a quien siempre se lo considera un ser humano dotado de un cuerpo, un intelecto y sentimientos.

Se procura abarcar la totalidad de la psiquiatría infantil, y el resultado es un poco tedioso, lo cual quizá sea inevitable en una obra tan ambiciosa.

En la Parte I, luego de enunciar los principios básicos, se destina un centenar de páginas al examen y el diagnóstico. Le sigue un capítulo sobre la terapéutica. Es la parte menos satisfactoria del libro, y alerta al lector de que no debe esperar encontrar en las páginas siguientes muchas cosas que sean útiles para el psicólogo científico.

La Parte II se divide en tres secciones. La primera de ellas (50 páginas) se titula "Dificultades de personalidad que generan características esenciales o secuelas de enfermedad física", y a su vez se subdivide en "Reacciones anergásticas" (malformaciones cerebrales, mongolismo, encefalitis, parálisis juvenil, trauma cerebral, etcétera), "Formas de reacción disergásticas" (delirios, alucinosis, estupor, coma), la "Corea de Sydenham" y las "Endocrinopatías". La segunda sección (70 páginas) se titula "Dificultades de personalidad que se expresan en la forma de disfunciones parciales involuntarias", y sus distintos capítulos se ocupan de los diferentes sistemas: el nervioso central, el aparato digestivo, el circulatorio, etcétera. La tercera sección (240 páginas) lleva por título "Dificultades de personalidad que se expresan claramente como disfunciones totales del individuo", y sus trece capítulos se ocupan de todos los tipos de síntomas restantes: insuficiencia intelectual, trastornos emocionales (celos, rabieta, temores), dificultades del pensamiento, trastornos del habla, malos hábitos alimentarios, etcétera, incluyendo al final un capítulo sobre el suicidio infantil.

Esta clasificación es interesante y fielmente elaborada, pero de alguna manera resulta poco convincente. Exige mucha superposición y es artificial. Paga poco tributo a los grupos de diagnóstico psiquiátrico corrientes, y no indica o explica la normalidad de tantos síntomas presentes en los niños.

De hecho, hay que aclarar que pese a la enorme cantidad de trabajo que el libro representa, carece por entero de originalidad para el psicólogo. Una crítica más seria (dado que los manuales rara vez son originales) es que

el autor es totalmente ajeno a la psicología de lo inconsciente, así como al psicoanálisis y a los resultados de los análisis de niños tal como se han practicado y dado a conocer en Inglaterra. Alguien no familiarizado con el significado del psicoanálisis no puede compilar hoy un buen manual de psiquiatría infantil. Es increíble que un texto como éste, proveniente del distinguido Hospital Johns Hopkins, muestre tal falta de conocimiento respecto de la bibliografía relevante, y puede decirse sin temor a equivocarse que no habría sido producido desde esta fuente un manual sobre medicina física que tuviese una falla comparable.

En rigor, si el autor cree en lo inconsciente, no lo aclara. En una esporádica mención de la palabra "inconsciente" muestra que para él significa poco más que un albergue de deseos sexuales reprimidos (pág. 7). La idea de que exista una importante fantasía inconsciente y de la identificación que hace el niño de lo inconsciente con el interior del cuerpo, así como la concepción de un sentimiento de culpa inconsciente y otras ideas semejantes, parecen serle extrañas.

En lugar de la comprensión de la psicología de lo inconsciente, a lo largo del libro se encuentra el énfasis habitual en lo que podría llamarse "el constante factor externo malo", como es característico de las publicaciones de todas las clínicas de orientación infantil de cuño norteamericano.

[_____]

Biblioteca D. Winnicott

Reseña de libro sobre el autismo

1963

William Goldfarb, *Childhood Schizophrenia*, Cambridge, Mass.,
Harvard University Press, 1961.

La expresión "esquizofrenia infantil" está evolucionando poco a poco hasta adquirir utilidad propia. Los estados clínicos que ella abarca no son nuevos ni su número va en aumento, pero su reconocimiento está difundiéndose entre una cantidad cada vez más amplia de profesionales en el campo de la salud del niño. El término "autismo" (Kanner) tenía valor y tal vez algunas desventajas. Su valor residía en que transmitía la idea de una enfermedad bien definida, lo cual lo volvía recomendable para los pediatras, habituados a pensar en términos de enfermedades físicas. Pero en psiquiatría esta noción de una enfermedad bien definida es siempre errada, pues cualquier afección psiquiátrica se confunde con anomalías que corresponden a un desarrollo normal. De hecho, los detalles propios de la enfermedad de la esquizofrenia infantil están muy diseminados y es dable encontrarlos en la descripción de cualquier niño normal. En otras palabras, a un observador le interesa primordialmente el desarrollo emocional del individuo, y en segundo lugar las desviaciones que presenta respecto de la normalidad. En tercer lugar, le interesan determinados factores cuantitativos que exigen un diagnóstico de la enfermedad; y, por último, la anormalidad física que en ciertos casos está en la base del trastorno del desarrollo emocional.

Estas anormalidades físicas pueden presentarse sin originar una esquizofrenia infantil, y a la vez la esquizofrenia infantil puede surgir (y comúnmente así ocurre) como un trastorno puramente psicológico en niños de los que cabe presumir que son físicamente normales y sanos.

Todas estas complicaciones teóricas se enuncian en esta excelente descripción de una investigación muy bien organizada. El estudio se ha llevado a cabo en el Centro Henry Battleon, de la ciudad de Nueva York, y una de sus características salientes es que el equipo de investigadores trabaja en común con los miembros del grupo que están terapéuticamente involucrados con los niños. El diseño de investigación es excelente e incluye la observación de controles cuidadosamente equiparados. Se han obtenido resultados estadísticamente significativos, los cuales vienen a confirmar mucho de lo que ya se sabe, de manera más laxa, a través de las observaciones realizadas en la práctica clínica. Lo que surge de este estudio es que el diagnóstico de esquizofrenia infantil, que hasta ahora se limitaba a ser una conjetura del clínico, se ha vuelto accesible a una observación planificada. Por cierto, lo mismo puede decirse del diagnóstico diferencial entre la esquizofrenia infantil orgánica y no orgánica.

La monografía abarca casi toda la gama de la esquizofrenia infantil, tal como la conoce quien escribe esta reseña. Lo que no está bien formulado es la teoría del desarrollo emocional temprano del bebé y la forma precisa en que una incapacidad física (por ejemplo, una lesión cerebral en el momento del parto) puede obstaculizar la interacción del bebé y el ambiente, interacción que contribuye a generar un desarrollo sano. Sin embargo, hay una aproximación al tema en una interesante referencia a la "perplejidad de los padres", expresión usada para describir las deformaciones de las actitudes parentales provocadas por las anormalidades de la infancia y la niñez. Esta perplejidad parental se hace extensiva a los integrantes del grupo terapéutico y afecta su capacidad de tolerar la enfermedad del niño. Las anormalidades de los padres pueden constituir factores etiológicos en un caso de esquizofrenia infantil, pero también es cierto que la esquizofrenia orgánica o no orgánica de un niño tiende a producir perplejidad en sus padres y aun una grosera perturbación en ellos o disociación en la familia.

Si bien fue escrito como un informe sobre un proyecto de investigación, este libro es recomendable como una guía clara para acceder a este complejo tema.

Biblioteca D. Winnicott

Reseña de libro sobre el autismo

1966

Bernard Rimland, *Infantile Autism*, Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1964.

El doctor Rimland nos ofrece un amplio estudio del autismo infantil y su libro merece ser tomado con seriedad. Su abordaje del tema está cuidadosamente elaborado, y presta suma atención a las diversas teorías existentes al respecto. Nada de lo que pertenece a la bibliografía ha sido dejado de lado deliberadamente, y en la Parte 3 el doctor Rimland procura redondear la cuestión enunciando su opinión personal y exponiendo una teoría sobre el autismo que, según afirma, tendría consecuencias para una teoría total del comportamiento. Tengo con relación a este tema un cierto prejuicio, y es precisamente en lo referente a este prejuicio que Rimland discrepa. Conocí la formulación de Kanner acerca del autismo luego de haber recogido una considerable experiencia en la psicosis de la niñez, y nunca vi con claridad los motivos por los cuales debía separarse teóricamente este grupo del tema total de la esquizofrenia en la infancia y la niñez. Sin duda, la neta designación de "autismo" tiene valor con fines didácticos. Puede serle transmitido así al pediatra algo comparable a las enfermedades del cuerpo, con las cuales está familiarizado. Es posible enseñarle a los estudiantes qué es el autismo sin necesidad de que se interioricen de una teoría del desarrollo emocional del ser humano, del mismo modo en que es posible enseñarles qué es una nefritis aguda independientemente de cualquier teoría acerca de la evolución del riñón en la filogenia y la ontogenia. Muchos de los que trabajan en el campo de la psiquiatría infantil sustentan plenamente la opinión de Rimland en cuanto a que también aquí hay un síndrome mórbido, y aunque en más de la mitad de los casos no es dable descubrir ninguna disfunción física mediante los actuales métodos de investigación, se presume que las herramientas de investigación no son aún lo bastante sensibles y que con el correr del tiempo el síndrome en su totalidad podría ser explicado sobre la base de una disfunción física. A esta altura, lo único que uno puede hacer es afirmar que todavía no se alcanzó una decisión en esta materia. Mientras se refinan los métodos de examen de las funciones físicas, es por cierto indispensable que otros profesionales estudien en sus menores detalles las primeras etapas del establecimiento de la personalidad. Los argumentos a favor y en contra están bien expuestos en este libro, salvo que a mi juicio el doctor Rimland no parece estar bien actualizado en lo tocante al estudio de las primeras etapas de la integración de la personalidad, cuando la dependencia es casi absoluta.

Podríamos detenernos aquí y dejar que el lector use este libro como una formulación importante del problema. No obstante, creo justificado sugerir que la última sección se convierte en un sistema de pensamiento, el cual se basa en un ámbito en que el autor muestra ignorancia precisamente sobre las cuestiones que importan para estudiar este tema, a saber: la teoría del desarrollo temprano, la que lleva a la observación de que la salud mental del individuo (refiriéndonos al aspecto positivo del cual la esquizofrenia es el lado negativo) queda establecida desde los inicios por la madre, simplemente gracias al cuidado total que le brinda a su hijo. El autor tendría el legítimo derecho de enrostrarme que, a su vez, mi teoría es un sistema de pensamiento; en otras palabras, esta importantísima cuestión sigue estando sub iudice.

Creo interesante acotar que la muy planificada lista de verificación, que abarca setenta y seis puntos, no contiene la pregunta que podría dar origen a una respuesta significativa. Pero esto es lo que suele ocurrir con los cuestionarios, los cuales no pueden hacer más que poner a prueba las brillantes ideas de quienes son capaces de ser creativos.

Biblioteca D. Winnicott

El retorno del niño evacuado (1945)

ME HE REFERIDO ya al niño evacuado, y he tratado de mostrar que en los casos en que la evacuación constituyó un éxito, ello nunca fue por casualidad, sino que significó en todos los casos un logro. Como probablemente ya lo supongan, no es probable que yo afirme que el retorno del niño evacuado es un asunto simple y directo. Sin duda, no puedo decirlo porque no lo creo. El retorno del niño que ha estado durante largo tiempo lejos de su hogar es algo sobre lo cual vale la pena reflexionar, porque un manejo poco cuidadoso en el momento crítico puede ser causa de mucha amargura.

Permítaseme decir, sin embargo, que respeto los sentimientos de quienes prefieren no reflexionar sobre las cosas. Se manejan mejor con la intuición, y cuando hablan sobre lo que quizá deberán enfrentar la semana siguiente, pierden su espontaneidad, si es que no se atemorizan, ante los posibles peligros que preveen. Además, si el hablar constituye un sustituto de la acción o el sentimiento, entonces incluso es peor que inútil. Sin duda, hay personas que desean ampliar sus experiencias hablando y escuchando, y a ellos están dirigidas estas palabras.

Como de costumbre, la dificultad radica en saber por dónde comenzar, puesto que hay tantas clases distintas de niños, de ubicaciones, y de hogares. En un extremo encontramos niños que simplemente volverán a casa y se adaptarán fácilmente mientras que, en el otro extremo, tendremos niños que se han adaptado tan bien a sus hogares circunstanciales que el retorno al propio significará un verdadero choque. Entre ambos extremos está toda la gama de los problemas. Como no puedo describir todos, debo tratar de llegar a la esencia del asunto.

Desde luego, la evacuación ya ha terminado para gran cantidad de criaturas. Lo que yo pueda decir quedaría más claro si lo expresaran quienes han vivido esa experiencia. Mi propósito es el de transmitir algunos resultados de esas experiencias a quienes todavía no han recuperado a sus hijos. Me parece estar en lo cierto al afirmar que renovar la vinculación con los propios hijos no es por cierto nada sencillo.

El problema se simplifica cuando los padres han podido establecer y mantener relaciones amistosas con la familia que cuidó del niño. Esto nunca es fácil. Que los propios hijos sean objeto de excelentes cuidados a veces es tan difícil de soportar como el hecho de que un extraño los descuide. Incluso resulta una verdadera tortura cuando se ha sido una buena-madre, y llega el momento en que se comprueba que el hijo desea quedarse con una mujer que es una desconocida, y cuya manera de cocinar, en realidad encanta al niño. Pero, a pesar de todo esto, algunos progenitores lograron hacerse amigos de sus representantes en los afectos del niño fuera del hogar. Y si ello significó también que esas personas a menudo le hablaban al niño de sus padres, de sus hermanos y hermanas, todo ha sido incluso más fácil. Me encuentro con niños que no pueden recordar como son sus madres, y que sólo recuerdan con dificultad los nombres de sus hermanos y hermanas. Quizás durante largos años nadie se preocupó por hablarles de aquellos que le eran más queridos, y la vida pasada de

esos niños, así como los recuerdos del hogar, quedaron encerrados en su interior.

En algunos casos, se ha llevado a cabo durante casi todo el tiempo una especie de preparación para el retorno, pero en otros casos nada de esto ha ocurrido. De cualquier manera, las dificultades principales son las mismas, y dependen del hecho de que cuando la gente se separa no sigue simplemente viviendo para el reencuentro, y sin duda nadie desearía que así fuera. Si no contara con la capacidad de recuperarse de las separaciones dolorosas, por lo menos en alguna medida, la gente quedaría paralizada.

Ya dije que hay un límite para la capacidad de un niño para mantener viva la idea de alguien a quien ama, cuando no tiene contacto con esa persona. Lo mismo puede decirse de los progenitores y de todos los seres humanos, en cierta medida. En este sentido las madres tuvieron casi tantas dificultades como sus hijos. Pronto comenzaron a sentir dudas sobre aquellos, a temer que estuvieran en peligro, o enfermos, tristes 'o incluso que fueran objeto de malos tratos, al margen de cualquier justificación real para tales ideas. Es natural que la gente necesite ver y estar cerca de los que ama, o bien preocuparse por ellos. En la situación corriente, con los hijos en el hogar, cuando una madre está preocupada le basta con llamarlos, o bien esperar hasta la próxima comida, y el hijo por el que ella se preocupa aparece y le da un beso tranquilizador. El contacto estrecho entre las personas tiene su utilidad, y cuando se ve súbitamente interrumpido, la gente, niños o adultos, experimenta temores y dudas y sigue sufriendo hasta que se produce la recuperación. Recuperación significa que, con el correr del tiempo, la madre deja de sentirse responsable de su hijo, por lo menos en considerable medida. Eso es lo más espantoso de todo: la evacuación obligó a los padres a dejar de preocuparse por sus propios hijos. Si se aferraban a un niño, y trataban de conservar su responsabilidad cuando aquél ~ se encontraba a muchos kilómetros de distancia, es probable que su vida fuera un infierno y que además debilitara con ello el sentido de responsabilidad que se desarrollaba en los padres circunstanciales, quienes tenían la ventaja de estar en contacto con el niño. ¡Imaginen el conflicto .en la mente de un progenitor' común en esos momentos!

A la madre no le quedaba más recurso que llenar su vida con otros intereses; quizás comenzó a trabajar en una fábrica o se dedicó a actividades en la defensa civil, o desarrolló una vida privada que le permitió olvidar su profundo dolor. Además de preocuparse por sus hijos, a menudo se angustiaba por su esposo en el frente de batalla, y debía encontrar la manera de manejar sus instintos frente a la prolongada ausencia de su marido.

¡En comparación con todo esto, qué poco importante parece el estallido de una bomba!

Los niños partieron y crearon así un gran vacío, pero con el correr del tiempo esa brecha se fue cerrando y el vacío comenzó a olvidarse. El tiempo cura cualquier dolor y, aunque de mala gana, los padres comienzan a descubrir nuevos intereses. Como ya dije, muchas mujeres empezaron a trabajar, y otras tuvieron más hijos. Incluso sé de algunas que tenían dificultad para recordar cómo eran sus chicos. Si no se escriben cartas con frecuencia, es muy difícil seguir el rastro de media docena de chicos desparramados por todo el país y que posiblemente cambia de ubicación con cierta frecuencia.

Lo que quiero decir ahora es que cuando los niños regresan a casa no necesariamente llenan fácilmente el vacío que crearon al partir, por la sencilla razón de que ese vacío ya no existe. La madre y el niño pudieron arreglárselas a pesar de la separación, y cuando se encuentren tendrán que comenzar desde el principio a conocerse mutuamente. Este proceso lleva tiempo, y es necesario darle tiempo. Es inútil que la madre se precipite hacia el niño y le arroje los brazos al cuello sin averiguar primero si el niño está en condiciones de responder con sinceridad. Las criaturas pueden ser brutalmente sinceras, y la frialdad es muy dolorosa. Por otro lado, si se les da tiempo, los sentimientos pueden desarrollarse en forma natural, y una madre puede verse repentinamente gratificada por un abrazo genuino por el que vale la pena esperar. La casa sigue siendo el hogar del niño y creo que éste se alegrará después de un tiempo de haber vuelto, si la madre puede esperar.

En los dos o tres años de separación, tanto la madre como el niño han cambiado, sobre todo el niño, para quien tres años de vida es una eternidad. Resulta trágico pensar que tantos progenitores hayan tenido que perder esa experiencia tan pasajera, la infancia de sus propios hijos. Al cabo de tres años el niño es la misma persona, pero ha perdido todos los rasgos que caracterizan a una criatura de 6 años, porque ahora tiene 9. Y entonces,

desde luego, aunque el hogar haya escapado a la destrucción de los bombardeos, aunque sea exactamente igual al que el niño dejó, le parece mucho más pequeño, porque él es mucho más grande. A esto se agrega que puede haber estado ubicado en una casa mucho más amplia que la propia en la ciudad, y que quizás haya tenido un jardín, o incluso una granja, por la que podía correr todo lo que quisiera y donde el único límite era no espantar a las vacas, mientras se las ordeñaba. Debe ser difícil regresar de una granja a una o dos habitaciones en un edificio de departamentos. Con todo, creo realmente que casi todos los niños prefieren estar en su propia casa, y se adaptarán a ella si se les da tiempo.

Durante los períodos de espera puede haber muchas protestas. A una madre, siempre le parece que cuando su hijo se queja está haciendo una comparación entre ella y quienes lo cuidaron. El niño muestra por el tono de su voz que algo lo decepciona. Conviene recordar que por lo común no compara su hogar actual con el anterior, sino que compara el hogar que encuentra con el que había construido en su imaginación mientras estaba lejos. Durante los períodos de separación se recurre mucho a la idealización, y esto es tanto más cierto cuanto más completa es la desunión. He comprobado que los niños y las niñas que han tenido tan malos hogares que fue necesario proporcionarles cuidado y protección especiales, por lo común imaginan que tienen en alguna parte un hogar maravilloso, si pudieran encontrarlo. Este es el principal motivo por el que tienden a escaparse: tratan de encontrar su hogar. ¿Comprenden ahora que si bien una de las funciones de un verdadero hogar consiste en proporcionar algo positivo en la vida del niño, otra de sus funciones es la de corregir la imagen del niño, mostrándole las limitaciones de la realidad? Cuando el niño regresa al hogar con sus expectativas fantásticas, tiene que experimentar una decepción, pero al tiempo redescubre que realmente tiene un hogar propio. También esto lleva tiempo.

De modo que cuando los niños se quejan después de su retorno, a menudo muestran que mientras estuvieron lejos, construyeron un hogar mejor en su imaginación un hogar que no les negaba nada, que no tenía problemas económicos ni falta de espacio, de hecho, un hogar al que sólo le faltaba una cosa: realidad. El hogar real tiene también sus ventajas, sin embargo, y los niños sólo resultarán gananciosos si pueden llegar a aceptarlo tal como es.

El retorno del niño evacuado es una parte importante de la experiencia de la evacuación, y nada sería más desalentador para quienes se han preocupado por hacer de ella un éxito, que una negligencia en la última etapa. Sin duda, habría que facilitar a cada niño el regreso al hogar, y para ello debería haber alguien responsable que conozca al niño, a los progenitores circunstanciales y al verdadero hogar. A veces el regreso a casa un día lunes resulta desastroso, mientras que el miércoles todo anda bien. Quizás la madre esté enferma, o haya un nuevo bebé en la casa, o los albañiles no hayan terminado de arreglar el techo y las ventanas, y un mes o dos establecerían una enorme diferencia. En más de un caso el niño regresa al hogar pero necesita una supervisión experta durante un tiempo, y aun entonces puede ser necesario que viva algún tiempo en un albergue, donde puede contar con manejo experimentado; sobre todo teniendo en cuenta que los hombres no han regresado todavía al hogar, y un hogar sin padre no es lugar para un niño vivaz ni para una adolescente.

Por último, no debemos olvidar que para los niños con madres difíciles la evacuación ha sido algo así como un regalo del cielo. Para esos niños, el retorno al hogar significa un retomo a la tensión. En un mundo ideal seguramente habría alguna ayuda para esos niños después de su regreso.

Será maravilloso saber que los niños de las grandes ciudades están de vuelta en sus hogares, y yo personalmente me alegraré de ver las calles y los parques otra vez llenos de chicos, que regresan a su casa después del colegio y que duermen en la casa de sus propios padres. Entonces será necesario intensificar la educación, y cuando los hombres y las mujeres regresen de la lucha habrá Boy Scouts y Girl Guides, y habrá picnics y campamentos de vacaciones. Pero en todos los casos hay un momento que es el del regreso, y me gustaría sentir que he expresado claramente mi idea de que la renovación del contacto lleva tiempo, y que el manejo de cada retorno debe estar personalmente supervisado.

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

Saber y aprender, 1950

Una joven madre tiene mucho que aprender. Los especialistas le dan datos útiles acerca de la introducción de alimentos sólidos en la dieta, de las vitaminas y el uso de las tablas de peso; y a veces le hablan acerca de cosas bastante diferentes, por ejemplo, de su reacción cuando su hijo rechaza la comida.

Me parece importante que ustedes' distingan con claridad la diferencia entre estos dos tipos de conocimiento. Lo que ustedes hacen y saben por el simple hecho de ser madres, está tan lejos de lo que saben a partir del aprendizaje como lo están las costas oriental y occidental de Inglaterra. Cualquier cosa que se diga en este sentido, es poco. Así como el profesor que descubrió las vitaminas que previenen el raquitismo tiene realmente algo que enseñarles, también ustedes tienen algo que enseñarle a él en

relación con el otro tipo de conocimiento, el que ustedes adquieren naturalmente. La madre que amamanta a su bebé no debe preocuparse por las grasas y las proteínas mientras está completamente dedicada al control de las primeras etapas. En el momento del destete, alrededor de los nueve meses, cuando el bebé se vuelve menos exigente, la madre está más libre para estudiar los datos y consejos que le ofrecen médicos y enfermeras. Desde luego, hay muchas cosas que no puede saber intuitivamente, y desea que le expliquen la forma de introducir los sólidos en la dieta y cómo utilizar los alimentos disponibles de manera que el bebé crezca y se mantenga saludable. Pero debe esperar hasta el momento en que su estado de ánimo le permita recibir esta información.

Es fácil ver que años de brillantes investigaciones respaldan los consejos del médico acerca de las vitaminas, y admirar el trabajo del científico y la autodisciplina que dicho trabajo implica, y sentirnos agradecidos cuando los resultados de la investigación permiten evitar muchos sufrimientos, quizás por medio de una indicación tan simple como la de agregar unas gotas de aceite de hígado de bacalao a la dieta.

Al mismo tiempo el científico puede admirar la comprensión intuitiva de la madre, que le permite cuidar a su hijo sin haber aprendido a hacerlo. En realidad, yo diría que la riqueza esencial de esa comprensión intuitiva consiste en que es natural y no ha sido alterada por el aprendizaje.

Lo más difícil cuando se preparan charlas o libros sobre el cuidado de los niños es encontrar el modo de no interferir con el comportamiento natural de las madres, brindándoles al mismo tiempo una información útil y precisa sobre los hallazgos de la investigación científica.

Quiero que ustedes confíen en su capacidad como madres y que no

crean que, porque no saben mucho de vitaminas, tampoco sabrán, por ejemplo, cómo sostener a su bebé.

Cómo sostener a su bebé: he aquí un buen ejemplo para desarrollar.

La expresión "sosteniendo al bebé" tiene un significado específico en inglés: alguien estaba cooperando con ustedes en alguna tarea, y luego se marchó, y las dejó "sosteniendo al bebé". Como puede observarse, todo el mundo sabe que las madres tienen un sentido de responsabilidad, y que si tienen un bebé en sus brazos, están comprometidas de un modo especial. Por cierto que algunas mujeres se quedan literalmente sosteniendo al bebé, en el sentido de que el padre es incapaz de disfrutar de su rol y de compartir con la madre la gran responsabilidad que un bebé siempre debe representar para alguien.

También puede ocurrir que en el hogar falte el padre. Por lo común, sin embargo, la mujer se siente apoyada por su esposo y, en consecuencia, puede cumplir adecuadamente su función de madre, y cuando sostiene a su bebé, lo hace con naturalidad y sin pensar en ello. Una madre así se sorprendería al oírme decir que sostener a un bebé es una tarea especializada.

Cuando la gente ve un bebé, desea que se le permita tenerlo en brazos. Ustedes no dejan que otras personas sostengan a su bebé cuando sienten que no significa nada para ellas. Los bebés son muy sensibles al modo como se los sostiene; por eso lloran cuando están en brazos de una persona y descansan tranquilos en los de otra, ya desde muy pequeños. A veces una niña pequeña pide tener en brazos a un hermanito recién nacido, y esto constituye un gran acontecimiento para ella. Una madre prudente, si le permite hacerlo, no depositará en ella toda la responsabilidad, y estará presente todo el tiempo, lista para volver a tomar al bebé en sus brazos seguros. Una madre prudente no dará por sentado que la

hermanita mayor se siente segura con el bebé en sus brazos; esto sería negar el significado de la experiencia. Conozco algunas personas que recuerdan toda la vida la terrible sensación de sostener en brazos a un hermanito y la pesadilla de sentirse inseguras. En la pesadilla, el bebé cae. El miedo, que en la pesadilla puede aparecer como daño, en la práctica hace que la hermanita mayor sostenga al bebé con demasiada firmeza.

Todo esto nos conduce a lo que ustedes hacen naturalmente a causa de su devoción por el bebé. No están ansiosas, y por eso no lo sostienen con demasiada fuerza. No tienen miedo de dejarlo caer. Simplemente, adecuan la presión de sus brazos a las necesidades del bebé, se mueven con suavidad y quizás emitan algunos sonidos. El bebé siente cómo respiran ustedes. Se siente cómodo en sus brazos al percibir el calor que le transmiten a través del aliento y de la piel.

Por cierto, existen madres de todo tipo, y algunas no están tan conformes con el modo en que sostienen a sus bebés. Algunas experimentan dudas: el bebé parece más feliz en la cuna. En estas madres pueden existir vestigios del miedo que padecieron cuando eran niñas y sus madres les permitían sostener a un recién nacido. O puede ser que sus madres no hayan sabido sostenerlas adecuadamente a ellas, y que teman transmitirle a su bebé esta inseguridad del pasado. Una madre ansiosa utiliza la cuna lo más posible, o hasta entrega al bebé al cuidado de una niñera, seleccionada por su habilidad natural para ocuparse de los bebés. Hay espacio para todo tipo de madres en el mundo; algunas son buenas para ciertas cosas, y otras, para otras. ¿O debería decir algunas :.son malas para ciertas cosas y otras para otras? A y algunas les provoca ansiedad sostener al bebé.

Puede resultar útil examinar esta cuestión en una forma aun más detallada, porque si ustedes se ocupan adecuadamente de su bebé, quiero que sepan que están haciendo algo importante. Es una

pequeña parte de la forma en que pueden establecer una buena base para la salud mental de este nuevo miembro de la comunidad.

Considérenlo poniendo en juego su imaginación.

Tenemos aquí al bebé justo en el comienzo (por lo que ocurre en el comienzo sabemos lo que ocurrirá más adelante una y otra vez). Permítanme describir tres etapas en la relación del bebé con el mundo (representado por los brazos y el cuerpo maternos), dejando de lado el hambre y la rabia y todas las conmociones. Primera etapa: el bebé es una criatura viva y autocontenida, y, sin embargo, rodeada de espacio; no conoce nada, excepto a sí mismo. Segunda etapa: el bebé mueve un codo, una rodilla, o se estira un poco. Ha atravesado el espacio; ha sorprendido al medio. Tercera etapa: ustedes, que están sosteniendo al bebé se sobresaltan porque sonó el timbre o se derramó el agua de la pava, y nuevamente el espacio ha sido atravesado. Esta vez, el medio ha sorprendido al niño.

Primero el niño autocontenido está en el espacio que existe entre él y el mundo; luego, el niño sorprende al mundo, y por último, el mundo sorprende al niño. Esto es tan simple que, creo, les parecerá una secuencia natural, y, en consecuencia, constituirá una buena base para el estudio de la forma en que sostienen a sus niños.

Todo esto es bastante obvio, pero el problema es que si ustedes no saben estas cosas es probable que desperdicien su inmensa habilidad, porque no sabrán cómo explicar a los vecinos y a sus maridos hasta qué punto es necesario para ustedes tener, a su vez, un espacio propio en el cual poder proporcionar a sus hijos una buena base para la vida. Permítanme decirlo de este modo: el bebé, en el espacio, se va preparando con el tiempo para el movimiento que sorprende al mundo, y el niño que ha descubierto al mundo de este modo se va preparando con el tiempo para recibir de buen

grado las sorpresas que el mundo le tiene reservadas.

El bebé no sabe que el espacio que lo rodea está preservado por ustedes. ¡Cuánto cuidado ponen para que el mundo no haga irrupción antes que el bebé lo haya descubierto! Manteniendo una calma vital y relajada sus propias vidas se asemejan a la vida del niño, mientras están a la expectativa de los gestos que él realiza y por los cuales las descubre.

Si ustedes tienen mucho sueño, y especialmente si están deprimidas, pondrán al niño en la cuna, porque saben que no están en condiciones de mantener en él idea de un espacio que lo rodea.

Aunque me he referido especialmente a los niños y pequeños y a la forma de tratarlos, esto no significa que lo dicho no sea aplicable a niños mayores. Sin duda, en la mayoría de los casos éstos han atravesado situaciones mucho más complejas, y no necesitan de ese cuidado tan especial que ustedes ponen naturalmente al sostener a un recién nacido. Pero sucede con bastante frecuencia que el niño más grande, aunque durante unos pocos minutos, o durante una o dos horas, necesita volver atrás y recorrer una vez más el camino de las primeras etapas. Quizás el niño ha tenido un accidente, y acude a ustedes llorando. Puede pasar cinco o diez minutos antes de que vuelva a jugar. Mientras tanto, ustedes lo habrán tenido en brazos y se habrá producido la misma secuencia de la que he estado hablando. En primer lugar, el abrazo fijo pero vital, y, luego, su disponibilidad para que niño se mueva y las encuentre, una vez que haya terminado de llorar. Y finalmente, ustedes pueden separarse de él con naturalidad. También puede ocurrir que el niño esté indispuesto, triste o cansado.

Cualquiera sea el motivo, durante un rato vuelve a ser un bebé y ustedes saben que se necesita tiempo para que se produzca un retorno natural desde la inseguridad esencial a las condiciones

normales.

Ciertamente, podría haber elegido muchos otros ejemplos de los conocimientos que ustedes poseen simplemente porque son especialistas en esta cuestión particular del cuidado de sus niños. (quiero alentarlas a mantener y a defender estos conocimientos de especialistas que no pueden ser enseñados. Sólo si conservan aquello que es natural en ustedes podrán, sin peligro, aprender cualquier cosa que tengan para enseñarles los médicos y las enfermeras).

Podría suponerse que he estado tratando de enseñarles cómo deben sostener a su bebé; no hay nada de eso. Lo que he intentado es describir diversos aspectos de lo que ustedes hacen espontáneamente, para que tomen conciencia de ello y perciban su capacidad natural. Esto es importante, porque personas irreflexivas tratarán a menudo de enseñarles a hacer la clase de cosas que ustedes pueden hacer mejor de lo que se les puede enseñar a hacerlas. Si están seguras de todo esto, pueden comenzar a aumentar su eficacia como madres aprendiendo aquello que sí puede ser enseñado, porque lo mejor de nuestra civilización y de nuestra cultura ofrece muchas cosas valiosas, si pueden incorporarlas sin perder lo que poseen naturalmente.



Biblioteca D. Winnicott

La provisión para el niño en la salud y en la crisis

Trabajo presentado en un panel de discusión organizado por el Taller de la División de Extensión del San Francisco Psychoanalytic Institute, en octubre de 1962. El tema es amplio, por lo cual me propongo seleccionar ciertos rasgos que pueden enunciarse fácilmente y que son significativos, observando en particular los aspectos característicos de, este tema general de nuestra época.

1. Cuando hoy en día pensamos en proveer para la salud nos referimos a la salud mental. Lo que nos interesa es el desarrollo emocional del niño, y establecer las bases de la salud mental para toda una vida. Esto se debe a que los progresos de la pediatría en cuanto al aspecto físico han sido tan grandes que conocemos perfectamente el terreno. Como resultado de la buena alimentación y de las buenas condiciones físicas, si media una herencia favorable, se produce el desarrollo corporal. Sabemos lo que significan las palabras "buena alimentación", y hoy en día son poco frecuentes las enfermedades por carencia alimentaria. Además, cuando el hambre o las malas condiciones de vivienda forman parte del cuadro, nuestra conciencia social nos indica lo que debemos hacer. En la Gran Bretaña esto ha cristalizado en el estado asistencial, que, con todas sus desventajas y los nuevos problemas que crea, hace que nos sintamos tan contentos como fastidiados cuando debemos pagar los altos impuestos.

De modo que al considerar este tema permítasenos dar por sentado que los niños de los que hablamos son físicamente tan sanos como lo permite la moderna profilaxis y terapia físicas, o bien que cualquier enfermedad física presente se encuentra bajo control pediátrico, y que nuestro fin es estudiar la salud mental del niño que padece esa enfermedad. A los fines de la simplicidad, comenzaremos por la salud mental del niño físicamente sano.

Desde luego, si un niño padece anorexia nerviosa, el hambre resultante no debe atribuirse a la desatención física. Si existen los denominados "problemas de familia", no podremos atribuirle a la autoridad local toda la culpa por las condiciones de miseria en las que se está criando la criatura. En el cuidado físico inciden la capacidad del niño o de los padres para recibir atención, y vemos que en torno al área que podemos llamar de cuidado físico hay un complejo territorio de trastorno emocional en el individuo, o bien en grupos de individuos o en la sociedad.

2. Por lo tanto, de lo que hay que proveer al niño es de un ambiente que facilite la salud mental y el desarrollo emocional individuales. Hoy en día sabemos realmente mucho sobre el modo como el infante se convierte en niño y el niño en adulto; un primer principio es el de que la salud es madurez, madurez en la edad.

Si se proporcionan condiciones suficientemente buenas, y hay en el niño un impulso interior hacia el desarrollo, se produce el consiguiente desarrollo emocional. Las fuerzas que empujan hacia la vida, hacia la integración de la personalidad, hacia la independencia, son inmensamente intensas, y con condiciones suficientemente buenas, el niño progresa; cuando las condiciones no son suficientemente buenas, esas fuerzas

quedan contenidas en el interior del niño, y de un modo u otro tienden a destruirlo.

Tenemos una visión dinámica del desarrollo infantil, que en condiciones de salud vemos fructificar en los impulsos familiar y social.

3. Si la salud es madurez, cualquier tipo de inmadurez es mala salud mental y constituye una amenaza para el individuo y una sangría para la sociedad. En efecto, la sociedad puede utilizar las tendencias agresivas individuales, pero no la inmadurez individual. Al considerar lo que debemos proveer en relación con esto, vemos que es preciso añadir:

- (i) tolerancia a la inmadurez y la mala salud mental individuales;
- (ii) terapia;
- (iii) profilaxis.

4. Ahora quiero decir unas palabras para contrarrestar la impresión que puedo haber dejado de que con la salud es suficiente. La madurez individual no es lo único que nos importa, ni tampoco que el individuo se libre de trastornos mentales o psiconeurosis; lo que nos interesa es la riqueza del individuo, no en términos de dinero sino de realidad psíquica interior. Sin duda, a menudo perdonamos la mala salud mental de un hombre o una mujer, o algún tipo de inmadurez, porque esa persona tiene una personalidad tan rica que la sociedad obtiene mucho de sus aportes excepcionales. Yo podría decir que la obra de Shakespeare ha sido tal que no nos importaría mucho descubrir que fue inmaduro, homosexual o antisocial en algún sentido restringido. Este principio tiene una aplicación muy amplia y no es necesario que nos detengamos demasiado en él. Por ejemplo, una investigación podría demostrar con estadísticas significativas que los infantes alimentados con biberón son físicamente más sanos, y quizás incluso menos propensos al trastorno mental que los otros niños. Pero lo que a nosotros nos interesa es la riqueza de la experiencia del amamantamiento, si es que ésta incide en la riqueza de la personalidad potencial del infante que pasa a la niñez y después a la vida adulta.

Me basta con haber aclarado que apuntamos a algo más que a condiciones saludables para producir salud. En la cima de la escala del progreso humano no está la salud sino la riqueza de la condición.

5. Examinamos la provisión para el niño, y para el niño que hay en el adulto. De hecho, el adulto maduro toma parte en la provisión. En otras palabras, la niñez es una progresión desde la dependencia hasta la independencia. Tenemos que examinar las necesidades cambiantes del niño a medida que la dependencia se convierte en independencia. Esto nos lleva a estudiar las necesidades muy tempranas de los niños pequeños y los infantes, y la dependencia extrema. Los diversos grados de dependencia pueden pensarse como una serie:

(a) Dependencia extrema. En este punto las condiciones deben ser suficientemente buenas, pues de lo contrario el infante no puede iniciar su desarrollo innato.

Falla ambiental: Defecto mental no orgánico; esquizofrenia infantil; propensión al trastorno psiquiátrico en un momento ulterior.

(b) Dependencia. En este caso las condiciones que fallan realmente traumatizan, pero ya existe una persona traumatizable.

Falla ambiental: Propensión a los trastornos afectivos, tendencia antisocial.

(c) Mezclas de dependencia-independencia. El niño experimenta con la independencia, pero necesita poder reexperimentar la dependencia.

Falla ambiental: Dependencia patológica.

(ch) Independencia-dependencia. Lo mismo que en el punto anterior, pero con el acento en la independencia. Falla ambiental: Desafío; estallidos de violencia.

(d) Independencia. Implica un ambiente internalizado, la capacidad del niño para cuidar de sí mismo. Falla ambiental: No perjudica necesariamente.

(e) Sentido social. Esto implica que el individuo puede identificarse con adultos y con un grupo social, o con la sociedad, sin una pérdida importante del impulso y la originalidad personales, y sin demasiada pérdida de los impulsos destructivos y agresivos que presumiblemente encuentran expresión satisfactoria en formas desplazadas. Falla ambiental: Es en parte responsabilidad del individuo como padre o madre, o como figura parental de la sociedad.

6. Desde luego, afirmar que la salud es madurez (en la edad) constituye una simplificación grosera. La historia del desarrollo emocional de un niño es enormemente complicada, y más compleja aún que lo que sabemos. No podemos exponer lo que sabemos en unas pocas palabras, ni ponernos totalmente de acuerdo con respecto a los detalles. Pero esto no importa. Los infantes y los niños han estado creciendo y desarrollándose satisfactoriamente durante siglos, es decir, con independencia del progreso de nuestra comprensión intelectual de la niñez. Pero para comprender la enfermedad y las diversas formas de la inmadurez necesitamos una teoría del crecimiento normal, puesto que ahora no quedamos satisfechos a menos que podamos curar y prevenir. No aceptamos la esquizofrenia infantil más de lo que aceptamos la poliomielitis o la condición del niño espástico. Tratamos de prevenir, y tenemos la esperanza de poder llevar la cura siempre que haya anormalidad, que significa sufrimiento de alguien.

No obstante, es necesario decir que, si se empieza por aceptar la herencia,

(a) la provisión ambiental suficientemente buena realmente tiende a prevenir el trastorno psicótico o esquizofrénico, pero

(b) aun con todo el buen cuidado del mundo, el niño individual es propenso a los trastornos asociados con los conflictos que surgen de la vida instintiva.

Con respecto a (b): El niño lo suficientemente sano como para llegar a las situaciones triangulares entre personas totales a la edad del deambulador, cuando la vida instintiva alcanza su punto nodal de expresión intensa (según ocurre más tarde en la adolescencia), sufre conflictos, y en alguna medida esos conflictos se presentan clínicamente como angustia y defensas organizadas contra la angustia. Esas defensas aparecen en la salud, pero si son rígidas constituyen las formaciones sintomáticas de la enfermedad psiconeurótica (no psicótica).

De modo que en la salud las dificultades personales tienen que resolverse dentro del niño, y no es posible prevenirlas mediante el buen manejo de la criatura. Por otra parte, sí pueden prevenirse las distorsiones anteriores.

Es muy fácil que estas afirmaciones sean mal interpretadas. Sea cual fuere la etapa del desarrollo en consideración, el tema central es siempre el de los conflictos personales del bebé o el niño individual. Son las tendencias innatas a la integración y el crecimiento las que producen la salud, no la provisión ambiental. Pero la provisión suficientemente buena es necesaria, en términos absolutos al principio y relativamente en etapas ulteriores, en el período del complejo de Edipo, en la latencia, y también en la adolescencia. He tratado de encontrar palabras que indiquen un grado decreciente de dependencia respecto de la provisión ambiental.

7. Para no sobrecargar esta sección con una exposición de la teoría del desarrollo emocional, resulta conveniente que nos refiramos como sigue a las etapas esenciales:

(i) Desarrollo en los términos de la vida instintiva (ello), es decir, en términos de relaciones objetales.

(ii) Desarrollo en los términos de la estructura de la personalidad (yo), esto es, en los términos de lo que existe para experimentar los impulsos instintivos y las relaciones objetales que tienen esos impulsos como base.

(i) Según la teoría en la que nos basamos, hay una progresión bien conocida desde la vida instintiva alimentaria hasta una vida instintiva genital. El período de latencia marca el fin de un período de crecimiento que se reanuda en la pubertad. El niño sano de cuatro años experimenta en sí una identificación con los dos progenitores -en las relaciones instintivas de ellos, pero esta experiencia sólo es completa en el jugar y los sueños, y a través del empleo del simbolismo. En la pubertad el crecimiento añade la capacidad física para la experiencia genital y también para matar realmente. Este es el tema central del desarrollo personal del niño.

(ii) Ciertas tendencias del crecimiento de la personalidad se caracterizan por el hecho de que es posible discernirlas desde el principio mismo, y nunca llegan a completarse. Me refiero a hechos tales como:

(a) La integración, incluso la integración temporal.

(b) Lo que podría denominarse "residencia": el logro de una relación estrecha y fácil entre la psique, por un lado, y por el otro el cuerpo y el funcionamiento corporal.

(c) El desarrollo de capacidad para establecer relaciones con los objetos a pesar de que, en un sentido, y en un sentido importante, el individuo es un fenómeno aislado y defiende este aislamiento a cualquier precio.

(d) Las tendencias que se revelan gradualmente en la salud, como la tendencia a la independencia (a la que ya me he referido), la capacidad para sentir preocupación por el otro y culpa, la capacidad para amar a las mismas personas que gustan, y la capacidad para la felicidad en los momentos apropiados.

En el examen de la provisión para la salud mental, es más útil prestar atención a (ii) que a (i). Los detalles vitalmente importantes de (i) pueden dejarse librados a sí mismos; si el proceso se desvía, el niño necesita un psicoterapeuta. Pero con respecto a los procesos agrupados en (ii), lo que proveemos no pierde su importancia cuando el niño crece; por cierto, no la pierde nunca, y se suma a las provisiones concernientes a quienes cuidan a los ancianos. En otras palabras, será útil que consideremos las necesidades de los infantes y después las traduzcamos a un lenguaje apropiado para todas las edades.

Para ser claro, cuando proporcionamos una piscina y lo que normalmente la acompaña, esta provisión se vincula con el cuidado con que una madre baña a su infante, y con el que ella generalmente procura todo lo que el niño necesita para sus movimientos y su expresión corporal, y para tener experiencias musculares y dérmicas que le brinden satisfacciones. También se vincula con la provisión apropiada en la terapia de ciertas enfermedades. Por una parte, tiene que ver con la terapia ocupacional, de gran valor en ciertas etapas del tratamiento de la enfermedad mental; por otro lado, está asociada con la psicoterapia apropiada, por ejemplo, en el cuidado de los niños espásticos.

En todos estos casos -niño normal, infante, enfermo mental y espástico o discapacitado- la provisión facilita la tendencia innata del niño a habitar o residir en el cuerpo, a disfrutar con las funciones corporales, y a aceptar la limitación que proporciona la piel, membrana limitadora que separa el yo del "no-yo".

8. Mientras tratamos de comprender todo esto, también procuramos entender por qué la madre (incluyo al padre) no necesita una comprensión intelectual de las necesidades del infante. La comprensión intelectual de esas necesidades le resulta inútil; en todas las épocas y en términos generales las madres han satisfecho las necesidades de sus infantes.

En mis escritos he destacado este rasgo. Creo que debemos hacer lugar a una característica de la maternidad que se refleja en nuestra propia necesidad de preocuparnos por cualquier tarea para realizarla bien. Al concentrarnos o preocuparnos, puede decirse que nos retraemos, nos ponemos taciturnos, antisociales o sólo irritables, según nuestra propia pauta. Creo que esto es un pálido reflejo de lo que ocurre con las madres cuando son lo suficientemente buenas (lo son la mayoría) como para entregarse a la maternidad. Cada vez se identifican más estrechamente con el bebé, identificación que conservan cuando el niño ya ha nacido, pero que gradualmente pierden en los meses siguientes al parto. Gracias a esta identificación con el bebé, conocen más o menos lo que la criatura necesita. Me refiero a aspectos vitales tales como el ser sostenido, dado vuelta, acostado y alzado, manipulado y desde luego alimentado de un modo sensible que supone más que la satisfacción de un instinto. Todo esto facilita las etapas tempranas de las tendencias integradoras del infante, y el inicio de la estructuración del yo. Podría decirse que la madre convierte al yo débil del bebé en un yo fuerte, porque ella está allí reforzándolo todo, como el servomotor del volante de un autobús.

He dedicado algún tiempo a este tema porque creo que toda madre, si se da cuenta (y no deseo mucho que lo haga) puede enseñarnos algo en nuestros esfuerzos por seguir proveyendo lo que satisface las necesidades de los individuos para que cobren impulso sus procesos naturales. La regla es que algún grado de capacidad para identificarnos con el individuo nos permite proveerle lo que necesita en un momento dado. Sólo nosotros sabemos que existe algo que puede satisfacer esa necesidad.

Recuerdo que cuando tenía cuatro años, al despertar una mañana de Navidad, descubrí que me habían regalado un carrito azul fabricado en Suiza, como los que se usan para llevar leña. ¿Cómo sabían mis padres que eso era exactamente lo que yo deseaba? Yo ni siquiera sabía de la existencia de esos hermosos carritos. Desde luego, ellos conocían mis deseos gracias a su capacidad para sentir mis sentimientos, y conocían los carritos porque habían estado en Suiza. Esto nos lleva a la "realización simbólica" de Sechehaye, el rasgo central del tratamiento de la esquizofrenia cuando la característica principal es la incapacidad para establecer relaciones objetales.

Sechehaye conocía la capacidad de la paciente y también sabía dónde encontrar una manzana madura. Lo mismo ocurre cuando la madre le presenta el seno al infante y, más tarde, objetos duros, los frutos de la tierra y el padre, con lo cual no crea las necesidades del infante sino que las satisface en el momento oportuno.

Nosotros, como la madre, debemos conocer la importancia de:

la continuidad del ambiente humano, y también del ambiente no humano, que ayuda a la integración de la personalidad del individuo;

la confiabilidad, que hace predecible el comportamiento de la madre;

la adaptación graduada a las necesidades cambiantes y crecientes del niño, cuyos procesos de desarrollo lo impulsan hacia la independencia y la aventura;

la provisión para realizar el impulso creativo del niño.

Además, la madre sabe que debe mantenerse viva y permitir que el bebé la sienta y la oiga vivir. Sabe que debe posponer sus propios impulsos hasta el momento en que el niño esté en condiciones de utilizar la existencia separada de ella de un modo positivo. Sabe que no debe abandonar a su niño por más minutos, horas o días que

los que el niño tolera sin perder la idea de que ella está viva y es amistosa. Si tiene que alejarse demasiado tiempo, sabe que después tendrá que convertirse de madre en terapeuta, es decir, tendrá que "mimar" al niño para que éste vuelva (si es que no es demasiado tarde) a un estado en el que de nuevo dará a la madre por segura. Esto se relaciona con la provisión que realizamos al encarar la crisis -que no es lo mismo que proporcionar psicoanálisis, que es algo totalmente distinto-.

En este contexto, volveré al punto 5(b) acerca de que la separación de un niño de uno o dos años respecto de la madre, una vez desbordada la capacidad de la criatura para mantener viva la idea de su progenitora, produce un estado que posteriormente puede aflorar como tendencia antisocial. El despliegue interior de este proceso es complejo, pero la continuidad de las relaciones objetales del niño se ha visto quebrada, y el desarrollo se detuvo. Cuando el niño trata de reanudarlos salvando la brecha, se produce lo que denominamos "robo".

Para realizar bien su tarea, la madre necesita respaldo de fuera; por lo general el esposo la escuda de la realidad externa y de tal modo le permite proteger al niño de fenómenos externos imprevisibles, a los cuales la criatura debe reaccionar; recordemos que cada reacción a una intrusión quiebra la continuidad de la existencia personal del niño, y se opone al proceso de integración.

Pero, en términos generales, para estudiar lo que proveemos en la salud y en la crisis lo mejor es estudiar a la madre (como siempre, incluyo al padre) y lo que a ella se le ocurre naturalmente proveer a su infante. Encontramos que el principal rasgo de ese fenómeno es que la madre conoce las necesidades del infante gracias a su identificación con él. En otras palabras, descubrimos que ella no necesita confeccionar una especie de lista de compras con lo que debe hacer mañana; en cada momento siente lo que se necesita. Del mismo modo, no es necesario que planifiquemos los detalles de lo que tenemos que proveer a los niños que están a nuestro cuidado. Tenemos que organizarnos de modo tal que en todos los casos haya alguien con tiempo e inclinación para conocer las necesidades del niño. Las necesidades del niño pueden ser conocidas por alguien que conozca al niño. No es necesario que la identificación con la criatura sea tan profunda como la de la madre con el recién nacido, salvo desde luego cuando el niño del que se trata es enfermo -emocionalmente inmaduro o distorsionado, o discapacitado a causa de un trastorno físico-. Cuando el niño está enfermo, se produce una crisis, y la terapia necesaria compromete personalmente al terapeuta; ese trabajo no puede basarse en ninguna otra cosa.

Resumen

He tratado de relacionar las necesidades de los niños, y también las de los niños en crisis, con las de los bebés, y de vincular lo que proveemos en el cuidado del niño con lo que los progenitores proveen naturalmente (a menos que estén demasiado enfermos como para responder al llamado de la paternidad). No se trata entonces de ser inteligente, ni tampoco de conocerla totalidad de la compleja teoría del desarrollo emocional del individuo, sino de dar la oportunidad de que el tipo conveniente de personas llegue a conocer a los niños y a sentir sus necesidades. En este punto podríamos emplear la palabra "amor", a riesgo de parecer sentimentales.

Y esto nos lleva a una observación final: a menudo, sin abandonar el ámbito abarcado por la palabra amor, descubriremos que un niño necesita un manejo firme, ser tratado como el niño que es, y no como un adulto.

Biblioteca D. Winnicott

Joseph Sandler

**comentario acerca de "Sobre el concepto de superyó"
1960**

**Realizado en una Reunión Científica de la Sociedad Psicoanalítica Británica,
7 de diciembre de 1960. (1)**

Antes de iniciar mi participación, quisiera dejar en claro que si hubiera sabido lo que se esperaba de mí no habría consentido en hablar en esta reunión. El trabajo del Sr. Sandler brinda una formulación muy completa del tema del superyó y un estudio apropiado de dicho trabajo me llevaría mucho más tiempo del que se me ha concedido.

Considero que la enunciación del desarrollo de la idea del superyó en Freud es muy útil, y siempre estaré agradecido a cualquiera que se esfuerce por hacer esta clase de investigaciones y de enunciaciones. A partir de dicha enunciación, puede verse que, si bien Freud, más que ningún otro, sabía bastante sobre lo que sucede cuando el superyó afecta al ello y cuando el yo discrepa o está de acuerdo con el superyó, por los términos que emplea parece al principio referirse, no obstante, a la vida consciente. Un paciente puede contarle a uno el tipo de cosas que Freud escribió y que Sandler cita, como me sucedió a mí hace poco con un muchacho de 19 años. En cierta medida este muchacho de 19 años estaba influido por el pensamiento de esta década, que a su vez, por supuesto, está muy influida por la obra de Freud. Sin embargo, fue él mismo quien barruntó, en un autoanálisis, que tenía en su mente una institución que estaba todo el tiempo gravitando en él. Esto se basaba en parte en la idea que tenía de su padre y de ambos padres combinados, y en este caso comprobó que podía manejarse mediante el desafío. Pero en parte se basaba en un self muy personal, analizador y observador, que estudiaba todo cuanto acontecía en su vida y le permitía salir adelante sin demasiado sufrimiento. Esto que podría llamarse superyó era a veces sádico, y él admitía que su propio sadismo había alimentado el sadismo del superyó; también reconocía la perversión masoquista que era su manera de abordar al superyó sádico. Me comentó que había procurado aplicar su superyó sádico ala parte de sí mismo que él aborrecía, que era un falso self. No lo llamó así, sino en su propio lenguaje. Se refirió a un chico muy lindo, tal como todos suponían que él había sido, pero que, según comprobó más adelante, no era en modo alguno su verdadero self. Lo había asediado, por ejemplo, el mito del doble espectral [Doppelganger] y se pasaba buscando todo el tiempo ese otro self que aparecería en el momento de la muerte, cuando él ya no estuviera vivo para mantener en funcionamiento la escisión. Padecía de una falta de espontaneidad, y su única manera de recuperar la espontaneidad que había perdido era a través del alcohol, que por unas horas se ocupaba de su superyó y liberaba su espontaneidad, su capacidad para entablar relaciones y para alcanzar la heterosexualidad. Todo esto es, empero, superficial si se piensa en lo

que aparecería en el análisis de este muchacho.

De pacientes como éste tiene que haber reunido Freud el material para su trabajo sobre el superyó. Sin embargo, él se ocupó siempre de los aspectos más profundos de la cuestión, y quisiera mencionar que en la síntesis que ha hecho el Sr. Sandler no nos trae en grado suficiente a la memoria el interés de Freud por los sueños, la realidad psíquica y la fantasía. Me parece que Sandler se ha referido a la vida del individuo de un modo tal que si un lector sin conocimientos previos sobre Freud se topase con sus enunciados, pensaría que todo acontece en la mente y no en la psique.

Me resulta imposible avanzar en la discusión de este punto sin aludir al tema que desarrollé en mi artículo "La mente y su relación con el psique-soma" (2), articulando esto con el concepto de verdadero self y falso self. Me he referido ya al falso self que vive una vida mental o intelectual, que se ha separado del psiquesoma. Por mucho que admiro a quienes son capaces de examinar intelectualmente un concepto, siempre estoy atento a las fallas de un analista en su abordaje de este problema, el de un paciente que tiene la mente clara, pero no relacionada íntimamente con el funcionamiento del cuerpo y de la psique, y del yo corporal. Pienso que el Sr. Sandler corre el peligro de aludir en demasía a los seres humanos en función de una fuga hacia lo mental.

Debo plantear ahora la siguiente pregunta: ¿tenemos que estudiar el desarrollo de las ideas de Freud tal como se expresaron (al final) en el término superyó y aceptar lo que a nuestro juicio quiso decir Freud y limitar nuestro uso del término "superyó" de manera de no apartarnos de lo que, según creemos, fue su intención? ¿O, por el contrario, debemos estudiar ideas similares y tratar de ampliar el significado del concepto de superyó a fin de abarcar otros fenómenos?

Confío en que en este debate los oradores no queden empantanados en una pulseada entre quienes quieren mantener puro el concepto de superyó de Freud y quienes quieren enriquecerlo o degradarlo.

Al hablar, siempre debemos tener presente que un concepto no es una cosa, sino sólo la manera que empleamos para hablar de una cosa. Podemos usar la palabra "superyó" como se nos antoje, y puede antojársenos estudiar a Freud y usar dicha palabra como, según creemos, lo hizo él. Si hacemos esto es simplemente porque queremos tener un lenguaje común. En cambio, si tomamos una palabra como "self", que forma parte del lenguaje corriente y tiene una historia y un significado, no podemos emplearla a tontas y a locas. Esta palabra, "self", quizás nos sea instructiva, pero no estamos habilitados a alterar su significado por más que lo deseemos. El Sr. Sandler ha sido muy cuidadoso en atenerse a esta norma pero aun así ha cometido uno o dos errores, refiriéndose al superyó, por ejemplo, como si fuera una cosa en vez de un concepto sobre un fenómeno, un término que hemos concordado en utilizar para designar ese fenómeno.

Diría que la cuidadosa enunciación del desarrollo del pensamiento de Freud que ha hecho el Sr. Sandler nos llevaría a sostener que si Melanie Klein no hubiese existido, tendríamos que inventarla. Esto se debe, según creo, a lo que he mencionado acerca de la presentación que hace del caso freudiano sin suficiente referencia a la realidad interna inconsciente, y quizás no verbal, núcleo del mundo onírico individual. Leyendo la obra de Freud no obtengo en absoluto la misma impresión, pues si bien él usa la mente y los procesos intelectuales y la parte verbalizada de los sentimientos, nunca nos permite olvidar que está hablándonos de fenómenos cuyas raíces se encuentran en un material no verbal. Así, en el trabajo del Sr. Sandler nos sigue faltando algún tipo de formulación sobre la realidad psíquica muy íntimamente relacionada con el cuerpo y con el funcionamiento corporal, como la que en definitiva nos dio Melanie Klein. Querría pensar que la enunciación por el Sr. Sandler de los puntos de vista de Melanie Klein podría ser aceptada.

Me parece, pues, que estamos hablando de dos temas distintos, y tal vez al final resolvamos que son uno solo o bien que preferimos que sigan siendo dos. Estamos examinando la idea del superyó de Freud como algo correspondiente al tránsito del complejo de Edipo, y también los elementos, mecanismos, fenómenos intrapsíquicos que datan del comienzo de la vida del individuo. Si decidimos que en la salud hay una conformación gradual según los lineamientos de estos mecanismos intrapsíquicos hasta llegar a lo que, a la postre, resulta ser el superyó del concepto freudiano, nos pondremos de acuerdo en que estamos todos discutiendo un solo problema. Podemos dejar abierta la cuestión, pero también podemos decidir (y a mí personalmente no me molestaría en absoluto que así lo hiciéramos) que a estos mecanismos del funcionamiento mental temprano no puede llamárselos superyó, ni conferirles siquiera la dignidad de ser denominados "el esquema superyoico preautónomo".

Me gustaría acotar que me parece, por cierto, muy importante trazar una distinción entre la edad preautónoma y la edad autónoma, si por esto se entiende que estoy refiriéndome a la dependencia y al trayecto gradual de la dependencia a la independencia. Del mismo modo, no soy ajeno a la importancia de evaluar la cualidad subjetiva de la concepción que tiene el niño de sus padres y la cualidad de la percepción objetiva. En este punto el Sr. Sandler ha establecido claramente las diferencias.

Quisiera comparar los elementos que en la conceptualización kleiniana se llaman superyoicos (aunque no tendrían por qué ser llamados así necesariamente), con el superyó clásico de Freud, correspondiente al tránsito del complejo de Edipo. Desearía hacer esta comparación refiriéndome al análisis de pacientes. Ante todo, diría que el análisis de los elementos superyoicos kleinianos nos lleva de vuelta a la vida instintiva del individuo; es ella la que determina en el bebé y el niño pequeño la conformación de la realidad psíquica interna de elementos benignos y de apoyo, así como de elementos persecutorios y disociadores, aunque también hay cabida para las introyecciones, que eluden, por así decir, el vivir instintivo del individuo. En cambio, el análisis del superyó de Freud, correspondiente al tránsito del complejo de Edipo, nos lleva a los padres y a los efectos que surte su autoridad sobre la vida instintiva del niño. A primera vista parecería que entre estas dos maneras de contemplar el mismo fenómeno en los análisis de personas hay una gran diferencia.. Pero en el concepto freudiano de superyó hay amplia cabida para las ideas relativas a la visión subjetiva que el niño tiene de sus padres, lo cual introduce la idea de los padres como proyecciones así como de su uso y aceptación tal como realmente son. Por lo tanto, el trabajo analítico lleva en ambos casos al mismo sitio, o sea, a la vida instintiva tal como es experimentada en la transferencia.

Es menester que tengamos una teoría que incluya el efecto que tiene sobre el niño la falta de padres. No es posible dar cuenta por completo del desarrollo del superyó en el niño que vive sin autoridades parentales y en una comunidad si nos basamos en que encontrará figuras superyoicas dondequiera que estén. Tenemos que tomar en cuenta que en el desarrollo sano del niño sano, si el niño vive de hecho en el seno de una familia y tiene a ambos padres a su disposición, se produce una enorme simplificación de todo el desarrollo superyoico. Los padres reales contribuyen, entonces, como indica el Sr. Sandler, por ser reales, aunque la visión subjetiva de ellos sea el principal elemento en la formación de su superyó. Así pues, tomando en consideración la realidad psíquica, la fantasía y el mundo onírico del niño, llegamos a los elementos pregenitales que contribuyen a su visión subjetiva de los padres. Al considerar la vida instintiva pregenital nos hallamos asimismo en el ámbito de los objetos parciales, la dependencia, los mecanismos de defensa primitivos, la defusión de los instintos, etc.

Por consiguiente, si tomamos el superyó de Freud que surge del tránsito del complejo de Edipo, hallamos elementos que derivan de la vida instintiva pregenital y de la fantasía correspondiente a estos ámbitos de la experiencia de las relaciones subhumanas, y de hecho nos encontramos precisamente en el ámbito de que se ocupa Melanie Klein ¿Cuál es la particular contribución de

Melanie Klein aquí? Mi propia manera de entenderlo es que Melanie Klein se refirió a la fantasía del niño según la cual su fantasía está localizada dentro del self, dentro de la piel, dentro del yo corporal en funcionamiento; en rigor, en la panza o en la cabeza. Por supuesto, filosóficamente la fantasía que es personal del individuo y que llamamos realidad psíquica no tiene localización alguna. Sin embargo, en psicología, y en el estado de salud, el individuo le asigna un lugar, y las batallas entre los elementos benignos y persecutorios de la realidad psíquica internase libran en el cuerpo, así como son proyectadas fuera de él. En otros términos, pertenecen a todo el esquema corporal del individuo, pero el sitio real de origen de los conflictos está dentro del individuo, vale decir, en su fantasía.

El punto que se debate sólo concierne, en realidad, a esta zona intermedia de nuestro proceso de pensamiento, este asunto de la fantasía del niño según la cual su fantasía personal está dentro a menos que se la proyecte. En el análisis del superyó freudiano, exactamente igual que en el análisis de las angustias hipocondríacas y las correspondientes proyecciones del caso paranoide, lo que en definitiva importa para el paciente es el surgimiento de la vida instintiva en la transferencia. Aquí se unen el análisis de las angustias hipocondríacas kleinianas y el análisis del superyó freudiano; ambos son en última instancia reconducidos, en el análisis, a la vida instintiva del individuo. Sólo que el concepto freudiano retoma el tema de que los padres reales, si existen y desempeñan un papel, tienen autoridad, y destaca correctamente este aspecto de la formación del superyó. Per contra, el concepto kleiniano subraya los elementos superyoicos que no necesariamente llegan al punto del desarrollo en el cual pueden volverse totales y humanos.

Sin duda, sólo en la salud puede observarse el superyó clásico, perteneciente al tránsito del complejo de Edipo. Entiendo por salud que el desarrollo emocional del individuo ha sido satisfactorio en las primeras etapas de dependencia, y la familia existe, y los padres están presentes y cumplen bastante bien su función. Es un gran alivio para un niño poder experimentar las angustias que corresponden al complejo de Edipo. Debemos decir entonces, este niño está lo bastante bien como para ser una persona total entre tres, para experimentar la situación triangular, y es capaz de elaborar, en presencia de los padres, todo lo que significa el tránsito del complejo de Edipo y el establecimiento de un superyó que tiene alguna relación con los padres tal como han sido percibidos e imaginados. Un gran número de niños no logra nunca ese alivio. Lo que ocurre en tales casos no es que no haya superyó, sino que la formación del superyó nunca se humaniza, y permanece por siempre como el politeísmo antes del monoteísmo. Sucede entonces como si hubieran fuerzas y agentes mecánicos temidos que deben ser mágicamente contrarrestados, y que por cierto no pueden ser desafiados. En este campo, todo posible mecanismo aterrorizador implica falta de salud. En la salud, el niño puede (sin duda) desarrollar una psiconeurosis, pero de todas maneras cuenta con el gran alivio de un superyó vinculado con los seres humanos de hecho, el padre y la madre. El análisis puede sacar partido de esto. A estos seres humanos se los puede amar y odiar, obedecer y desafiar, en la forma corriente bien conocida.

Debo adecuar mis concepciones teóricas a la experiencia que tuve con mi segundo caso infantil, un análisis sencillo y exitoso de una niña de 2 años y medio, que era lo que yo llamaría normal. Padece una grave inhibición alimentaria que comenzó el día de su primer cumpleaños, cuando por primera vez se sentó a la mesa para comer con ambos padres. Se retiró, se replegó, y así empezó su síntoma principal. El análisis (entre los 2 años y medio y los 3 años y medio) consistió en gran medida en representar la escena primaria en relación con esta comida, donde los dos padres devoraban a la niña, y en lugar de la inhibición apareció un desafío extremo, un comerse a los padres y un reiterado derrumbar la mesa, que era su mundo. Gradualmente, la identificación con cada uno de sus padres le trajo alivio. Dicho sea de paso, como madre esta niña era sádica con sus muñecas incontinentes, y también lo era como maestra, aunque sus padres fueron muy tolerantes con ella y la niña no presentaba problema alguno en lo que respecta a mantenerse seca y limpia.

Dado que era una niña normal, casi empleó a los padres reales en lugar de los elementos

superyoicos más primitivos a los 12 meses, y con mi ayuda y apoyo analítico, entre los 2 años y medio y los 3 años y medio se volvió rápidamente capaz de desafiar y derrumbar, de identificarse y obedecer. ¡Ahora tiene dos niños sanos, nacidos de una sagrada alianza!

En una gran proporción de nuestros casos, los mecanismos primitivos de la realidad psíquica interna no logran dicho alivio y nos vemos forzados a analizar esas angustias hipocondríacas o sus proyecciones; aunque a menudo esta enunciación es muy avanzada y necesitamos manejar angustias aún más primitivas (o psicóticas), cuando el niño precisa volverse muy dependiente y manifestar una transferencia delirante.

Si bien discrepo en cuatro o cinco detalles con lo que, según entiendo, es la teoría total de la señora Klein, me doy cuenta del grado en que acepto esta teoría cuando leo la alternativa que propone el Sr. Sandler. En cuanto a mi propia obra, he sido la principal figura del movimiento que propuso que la satisfacción de la necesidad es anterior y más fundamental que el cumplimiento de deseo, y he tratado de que la palabra "internalización" fuese usada para la elaboración imaginativa del funcionamiento corporal, reservando "introyección" para el proceso mágico que puede ocurrir aparte del comer.

También escribí detalladamente sobre la correspondencia entre la conducta de la madre y la "imago materna interna catectizada. Para retomar un solo punto: cuando la conducta de la madre no se corresponde de hecho con la imago materna interna catectizada, el niño no "experimenta frustración, displacer y rabia"... lo que sucede es que el niño tiende a perder su capacidad de relacionarse con objetos. Si conserva la capacidad de sentir rabia, las cosas no andan tan mal.

Una oración importante es ésta: "Es en gran medida por obra de los padres que el principio de realidad reemplaza al principio del placer". Sí, pero los padres no obran introduciendo en el niño la idea que ellos tienen del mundo real; lo hacen adaptándose suficientemente bien a las necesidades del niño, y luego fallando en forma gradual en dicha adaptación. Todo esto es anterior a la introyección, la identificación y la imitación. Una vez establecida la capacidad para las relaciones objetales, el niño puede pasar a cosas tales como la obediencia, el desafío y la identificación. Advierto que el Sr. Sandler deja fuera el desafío. Habla de la necesidad que tiene el niño de ser amado, pero también necesita sentirse real, y si se omite del esquema al desafío y el niño sólo obedece o se identifica, tarde o temprano se quejará de que no se siente real.

Quizá posea algún valor para nosotros, empero, la idea de que los introyectos tienen funciones de "representación" y de "orientación", llevando a la formación del superyó humano que se relaciona con el tránsito del complejo de Edipo en los niños sanos que hasta allí llegan.

En las páginas siguientes hay enunciados que merecen ser examinados. Discrepo con muchos detalles, y creo que el tema aparece simplificado en demasía. Por ejemplo, la identificación con el agresor es parte de un complejo proceso: 1) introyección; 2) control; 3) amenaza de ser controlado (identificación), y 4) tendencia a re proyectar, etc. El Sr. Sandler vincula esto con la reacción ante la pérdida. Al tramitar la pérdida del niño 1) introyecta, 2) somete al introyecto a agentes destructivos (su humor depresivo indica su identificación con el introyecto muerto), y 3) libera al introyecto para que vuelva otra vez a la vida luego de haber gastado en él en grado suficiente este odio centrípeto. Me parece que estos dos procesos tienen poco en común.

Al llegar al final, anoto simplemente: ¿qué pasó con la fantasía? Tal vez esté en alguna parte, pero perdida como una moneda de tres peniques en medio del budín de Navidad.

Hay una cita final de Freud en la que éste se refiere a la salud presuponiendo en el individuo una capacidad para identificarse con personas totales. Sin embargo, esto deja de lado el crecimiento del superyó a partir de los elementos pertenecientes a la vida primitiva de dependencia extrema, en la

que sólo existen objetos parciales.

(1) El trabajo del profesor Sandler fue leído en una Reunión Científica de la Sociedad Psicoanalítica Británica el 7 de diciembre de 1960, y publicado en *The PsychoAnalysis Study of the Child*, vol. 15, 1960. Comienza haciendo una reseña del desarrollo del concepto de superyó en los escritos de Freud y luego muestra de qué manera el concepto fue ganando en complejidad a través de la obra de otros autores -en particular de los propugnadores de la psicología del yo y también de Melanie Klein, cuyas concepciones sobre el desarrollo muy temprano del superyó y de la culpa son examinadas por Sandler en detalle-. Sandler sostiene que los avances del psicoanálisis dieron por resultado un debilitamiento del concepto del superyó por una "disolución conceptual": lo que antes había sido considerado como un conflicto superyoico, luego tendió a verse más bien en función de las relaciones objetales dentro de la transferencia.

En la segunda parte de su artículo, Sandler procura reformular el concepto rastreando la evolución del superyó desde la temprana infancia. Destaca que en el niño pequeño hay una "obediencia y sometimiento a las demandas de los padres" y una "identificación e imitación de los padres" como medio de mitigar el agravio narcisista inherente a la aceptación del Principio de realidad. Si bien da lugar a un "esquema [preedípica] de un superyó preautónomo", entiende que la cristalización del superyó propiamente dicho está firmemente ligada a la resolución del complejo de Edipo. Puede hallarse una exposición más reciente de las ideas de Sandler sobre el su superyó en su *From Safety to Supereng* Londres, Karnac; Nueva York, Guilford Press, 1987.

(2) Este artículo data de 1949, y está incluido en *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, Londres, Tavistock, 1958; Nueva York, Basic Books, 1975; Hogarth Press, 1975.

Biblioteca D. Winnicott

Harold F. Searles

1963

**Reseña de “The non-human environment in normal development and in schizophrenia”.
Nueva York, International Universities Press, 1960.**

Esta reseña apareció en International Journal of Psycho-Analysis, vol. 44, 1963.

Las ideas, como la palabra, pueden caer en suelo rocoso o caer en suelo fértil y dar frutos. Una idea original requiere de una audiencia, y una buena audiencia se compone de aquellos que ya tuvieron la idea; están contentos de encontrarla formulada, y están enojados también por haber perdido una oportunidad para reclamar prioridad. Así pues, la originalidad es engañosa tanto cuando se la evalúa como cuando se la atribuye, y cada creador es en cierto grado un plagiario.

Me gusta ser parte del público, parte de este suelo fértil en el que puede fructificar la obra de Searles. La idea de estudiar el ambiente no humano es sensata y hace tiempo que los círculos psicoanalíticos la estaban necesitando. Searles examina el motivo por el cual se ha producido esta larga demora; y en verdad es previsible que los analistas sospechen de cualquier tendencia capaz de apartar la atención de la teoría de las relaciones objetales, donde el objeto es humano, o bien es un objeto parcial que está esperando que se le posibilite volverse total. Estas sospechas provienen del propio desarrollo de la teoría psicoanalítica sobre la base de que el ello está sofrenado por el yo y controlado por el superyó, o de que el yo está orientado hacia el ello y la realidad externa y procura permanentemente conciliar estas dos realidades. Cuando los psicoanalistas se sintieron lo bastante seguros como para explorar la psicología del yo y las relaciones del yo, se obtuvo una nueva comprensión tanto del significado de la dependencia infantil como de las necesidades de aquellos pacientes esquizofrénicos que junto con su enfermedad arrastran la tendencia a un desarrollo emocional sano, aunque tardío.

Searles ha compuesto todo un libro, muy interesante, sobre este tema de la relación del hombre con el ambiente no humano -con el perro como perro, aparte de su simbolismo, y con el mundo material aparte de su significado de madre o como lugar que acoge las proyecciones-. Podría decirse quizá que cuando Sechehaye le da una manzana a una niña particular en un momento particular (realización simbólica), Sechehaye nos hace reparar en la manzana, que presumiblemente tenía el grado adecuado de madurez, y también en el huerto de donde se la sacó, y en el acceso que el propio Sechehaye tenía a los productos de los huertos, etc.

Por cierto, este tema se desarrolla muy fácilmente una vez iniciado su examen, pero aun cuando la idea subyacente en lo escrito pueda sacarse a la luz y contemplarse aquí, lo que le aprovechará al

lector es la lectura concreta del libro.

Gran parte de mi propia obra ha estado vinculada con este tema. Nunca temí que el reconocimiento del papel del ambiente, más allá del ámbito de las proyecciones del individuo, pudiera obstaculizar la teoría del desarrollo individual. Viene a la mente aquí el "área libre de conflictos" del yo, que postulaba Hartmann, la cual no interfiere en modo alguno con el concepto de conflicto y de angustia.

Bien podría descubrirse a la larga que el ambiente no humano de Searles es la madre, pero de un modo distinto del habitual, en el que los fenómenos ambientales se consideran proyecciones, y proyecciones de introyecciones. Quiero decir que este ambiente no humano puede concebirse como una extensión del ambiente que constituye la madre antes de que el bebé llegue a las relaciones objetales con catexias del ello. He desarrollado este tema en términos de las relaciones del yo y de la doble dependencia, entendiéndolo por ésta la relación del bebé con fenómenos ambientales de los que él no puede percatarse, de modo que más tarde, en su calidad de paciente, el ex bebé ahora niño o adulto no es capaz de reproducir dicha relación como una pauta que se manifieste en la transferencia analítica. En otras palabras, el ambiente al que me refiero con el concepto de doble dependencia no está compuesto esencialmente de proyecciones. Más adelante el individuo puede llegar a reconocer esto en su compleja aceptación de la realidad "compartida". Esta aceptación del principio de realidad es una cuestión intelectual.

Así pues, el ambiente no humano de Searles es en parte humano, en parte animal, en parte vegetal y en parte puramente físico. La fuerza de gravedad es en él un elemento que diferencia el período posterior al nacimiento del período prenatal; en el aspecto positivo, el bebé sabe esto por la sensación de pesadez, y en el aspecto negativo, conoce la gravedad indirectamente, a través del pánico infinito asociado con el hecho de no ser sostenido de una manera confiable. Fue menester un Newton y milenios de complejización para que pudiera ser formulado el concepto de la gravedad, y en la observación de bebés en desarrollo asistimos todo el tiempo a los efectos de detalles pertenecientes al ambiente humano, que con frecuencia no llegan nunca a ser enunciados. Creo que Searles está intentando hacer una enunciación general, que abarque los avances futuros -como la posibilidad de que algún día la psicología contribuya con la física respecto de algún detalle-

¿Aceptaría Searles un cambio terminológico? Parecería que su término no es suficientemente bueno, ya que su ambiente no humano bien puede ser humano -p. ej., el color del pelo de la madre, el hecho de que ella sobreviva o muera, o la profesión del padre, quien puede ser minero y volver a casa todo negro o ser panadero y volver todo blanco-. Pienso que Searles se refiere al ambiente no proyectivo, o a todos los aspectos del ambiente de un individuo que de hecho se vuelven efectivos o se entrometen antes que el bebé esté listo para cobrar control de la realidad externa mediante los mecanismos de proyección e introyección.

Es fácil ejemplificar la afinidad entre el punto de vista de Searles y el mío. Por ejemplo: "El paciente en regresión profunda, más que cualquier otro con excepción del bebé, necesita contar con un ambiente no humano que no sólo sea relativamente estable y relativamente carente de complejidad, sino además bello" (pág. 416). Dejando de lado el detalle de la belleza, que introduce cuestiones más complicadas, entiendo que esta idea de un ambiente no humano relativamente estable y relativamente carente de complejidad es casi equiparable a mi insistencia en un quehacer materno suficientemente bueno, sin el cual no puede producirse en forma satisfactoria el desarrollo que lleva a la salud mental (en el sentido de no ser propenso a la psicosis). Se trata aquí del ambiente no humano que de hecho es la madre, la madre y el padre, la familia, el lugar, todo lo cual afecta al bebé antes de la época del control mediante la proyección y la introyección.

La temprana unidad alcanzada en la etapa previa a la separación de la madre respecto del self, que en la enfermedad psicótica aparece como una fusión, no es una unidad con una persona, ni con un objeto, sino una unidad con el ambiente no humano -o, como yo preferiría decir, con el ambiente no

proyectivo-. De modo que el estudio de Searles tiene gran importancia para la comprensión tanto de las necesidades de los esquizofrénicos como de los fenómenos que operan silenciosamente en el quehacer materno suficientemente bueno común y corriente.

Quizás Searles opte, empero, por seguir adhiriendo a su término "ambiente no humano", concentrándose así en el hecho de que en el proceso de obtener control sobre la realidad externa por introyección y proyección, el bebé en desarrollo (o paciente en estado regresivo) depende, para el ejercicio de estos mecanismos mentales, de la realidad externa que efectivamente exista para ser usada..

Biblioteca D. Winnicott

El concepto de falso self

(Borrador inconcluso de una conferencia pronunciada ante "El delito: un desafío"; grupo de la Universidad de Oxford, en el All Souls College, Oxford, 29 de enero de 1964)

Como ya he tenido el honor de hablar en otra ocasión ante "El delito: un desafío", sé que los oradores pueden elegir un tema no necesariamente relacionado con el delito. Esto, sin embargo, me plantea un problema, ya que si puedo hablar de cualquier cosa en absoluto, ¿cómo haré para elegir?

Hace seis meses, cuando me invitaron a presentarme como orador en el curso del semestre, concebí la idea de referirme al concepto de self verdadero y falso, y ahora debo convertirla en una contribución que consideren digna de ser analizada.

Para mí es fácil hablarles sobre el delito porque sé que ustedes no son delincuentes. Pero, ¿cómo haré para hablar del tema que he escogido sin que parezca que estoy predicando un sermón, habida cuenta de que de un modo u otro o en cierto grado todos estamos divididos en un self verdadero y un self falso? De hecho, tendré que vincular lo normal con lo anormal, y debo pedirles que me escuchen con paciencia si en el proceso parezco sugerir que todos nosotros estamos enfermos o que las personas mentalmente enfermas son cuerdas.

Convendrán ustedes en que la idea central no tiene nada de nuevo. A los poetas, filósofos y profetas siempre les ha preocupado la idea de un self verdadero, y traicionar el propio self ha sido un ejemplo típico de lo inaceptable.

Shakespeare, tal vez para evitar que se lo acusara de presumido, reunió un conjunto de verdades y nos las transmitió por boca de un pelmazo llamado Polonio. Podemos seguir su consejo: "Sobre todo sé franco contigo mismo, y así no podrás ser falso con los demás; consecuencia tan indispensable como que al día suceda la noche".

Ustedes podrían mostrar, citando a casi cualquier poeta destacado, que se trata de un tema predilecto de las personas que sienten intensamente. También podrían señalarme que las obras teatrales de nuestros días investigan la verdadera esencia de lo que se presenta como formal, sentimental, exitoso o zalamero.

Permítaseme suponer que el tema obsesiona a todos los adolescentes y que incluso encuentra eco en los vastos recintos de los institutos de Oxford y Cambridge. Tal vez a algunos de los presentes les preocupa su experiencia personal del problema, como me ocurre a mí, pero les prometo que no ofreceré soluciones. Si tenemos estos problemas personales debemos vivir con ellos y esperar que el tiempo aporte algún tipo de evolución más bien que una solución.

Ustedes saben que dedico mi tiempo a tratar pacientes (psicoanálisis y psiquiatría infantil), y cuando

miro a los que tengo a mi cargo actualmente, veo el problema en todos ellos. Tal vez haya un vínculo entre el concepto de madurez o salud personal adulta y la solución de este problema de personalidad. Sólo después de muchos años de estar atrapados entre los cuernos de un dilema (1), súbitamente despertamos y descubrimos que el animal era un unicornio.

En cierto modo lo que estoy diciendo es que cada cual tiene un self cortés y socializado, y también un self privado sólo accesible en la intimidad. Es lo que sucede habitualmente y podemos considerarlo normal.

Si miran a su alrededor, verán que en la salud esta división del self es un logro de la maduración personal; en la enfermedad es un cisma de la mente que puede llegar a ser muy profundo: en el punto de máxima profundidad se denomina esquizofrenia.

Estoy hablando, en consecuencia, de cuestiones corrientes que son también cuestiones de enorme importancia y gravedad.

Mientras escribía estas líneas, tuve que hacer una pausa para atender a un niño.

Es un varón de diez años, hijo de un colega, y tiene un problema apremiante. Vive en un buen hogar, lo cual no impide que para él, como para otros, la vida sea difícil. Su problema actual es que se ha producido un cambio en su desempeño escolar, habitualmente poco exitoso. Ha comenzado a aprender y a hacer las cosas bien. Todo el mundo está encantado y lo califican de "milagro del siglo veinte". Pero hay una complicación. A ese cambio se suma otro .que ya no es tan bueno: no puede dormir. "El problema", les explicó a sus padres, que son muy comprensivos, "es lo bien que me va en la escuela. Es terrible. Es propio de nenas". Mientras yace con los ojos abiertos lo asaltan toda clase de preocupaciones, incluso le preocupa la idea de que él y su padre van a morir. Piensa mucho en un personaje de ficción que trabajó muy duro y murió a los 16 años. El muchacho fue muy claro en cuanto a la conexión entre sus preocupaciones y el cambio operado en su carácter. Ocurrió cuando obtuvo por primera vez un "bueno" en la escuela. Al bajar del ómnibus sintió de pronto una nueva clase de miedo: miedo de que un hombre que vio se le acercara y lo matara. Había además una complicación: la idea de que lo mataran le resultaba placentera. "No puedo dormir, explicó, porque si cierro los ojos me clavan un puñal."

He omitido muchos detalles a fin de presentar este caso de modo que pueda ser utilizado en este contexto. En una entrevista que transcurrió fluidamente, el muchacho me contó sus sueños. Uno de ellos era especialmente importante. Hizo un dibujo en el que él aparecía acostado en una cama junto a un asesino y una espada; en otro se lo veía sentado, con mucho miedo, cubriendo su boca con la mano, mientras el asesino se disponía a clavarle la espada. Se advierte en estas escenas una mezcla de asesinato con ataque sexual simbólico, un sueño que no es infrecuente en muchachos de esa edad. Lo importante es que al hablarme de todo eso, este muchacho de diez años fue capaz de explicarme que si se porta bien, él y su padre se llevan bien, pero después de algún tiempo él comienza a perder su identidad. Cuando las cosas llegan a este punto se vuelve provocativo y se niega tontamente a hacer lo que le ordenan. No le agrada reñir con su padre y generalmente se las arregla para transferir el problema a la escuela e irritar a sus maestros. Al obrar de esta manera se siente real. Si se porta bien reaparece el sueño del asesino y él siente terror, no tanto de que lo maten como de desear que lo maten, lo cual le hace sentir que se identifica con las chicas y no con los varones.

Como ven, el muchacho tiene un problema, muy común por otra parte, pero quizás a causa de que sus relaciones con sus padres son satisfactorias es capaz de expresarse claramente.

Para decirlo del modo más simple, puede utilizar un self que agrada a todo el mundo, pero esto lo

hace sentirse terriblemente mal. Algunas personas se sentirían irreales; el problema de este muchacho, en cambio, es que se siente amenazado, como si fuera a convertirse en mujer o en la parte pasiva en un ataque. Por lo tanto, siente una gran tentación de reafirmar algo que esté más de acuerdo con un self verdadero y de ser siempre provocativo e insatisfactorio, a pesar de que tampoco esto constituye una respuesta adecuada a su problema.

Me he referido a este caso porque pienso que el muchacho es bastante normal y porque ilustra la idea que ya he mencionado: que solucionar estos problemas es una de las cosas que hacen los adolescentes. Tal vez ustedes adviertan el mismo problema en personas que conocen y que podrían desempeñarse bien, obtener buenas notas y cosas por el estilo, pero que de algún modo se sienten irreales si lo hacen, de manera que para lograr sentirse reales se convierten en miembros incómodos de la sociedad; se los puede ver obrando mal y desilusionando a todo el mundo de forma casi deliberada.

Es lo que tienen de malo los exámenes, que, en cierto sentido, son siempre ritos de iniciación. Los de ingreso en la escuela secundaria, para comenzar, luego los de ingreso en la universidad y finalmente los que llevan a la obtención de un título universitario. Pareciera que lo que se evalúa no es sólo la capacidad intelectual del individuo -lo cual podría hacerse mejor con un test de CI- sino también su capacidad de someterse y de soportar ser falso en alguna medida a fin de conseguir, en relación con la sociedad, algo que pueda usarse mientras se desarrolla la vida, una vez agotada la fase en que los privilegios y obligaciones de un estudiante le proporcionan un lugar muy especial, que lamentablemente no dura para siempre.

Probablemente adviertan ustedes que hay en el mundo algunas personas para quienes es fácil ser sumisas en un grado limitado a fin de obtener ventajas limitadas, mientras que a otras ese mismo problema les altera el ánimo. Naturalmente, si alguien que se siente confuso ante estas cuestiones pide que lo asesoren, el asesor debe tomar partido por el self verdadero, o como quieran ustedes llamarlo. En todos los casos en que esta cuestión plantea un problema insoluble, el observador debe respetar la integridad del individuo. No obstante, si uno es el padre de un muchacho o una chica, espera que la batalla entre el self verdadero y el falso no tenga que librarse en el territorio que definen las palabras "enseñanza" y "aprendizaje". Hay tanto para ganar y tanto de qué disfrutar en este ámbito, que es trágico para un progenitor presenciar cómo un muchacho o una chica deben ser antisociales, o al menos lo contrario de prosociales, en un período en que el individuo tiene la oportunidad de enriquecerse culturalmente.

Tal vez entiendan mejor lo que estoy diciendo si ubico el problema en la temprana infancia. Enseñamos a nuestros hijos pequeños a decir "gracias". En realidad les enseñamos a decir "gracias" por cortesía y no porque lo sientan. En otras palabras, les enseñamos buenos modales y esperamos que sean capaces de decir mentiras, esto es, de ajustarse a las convenciones en la medida necesaria para lograr que la vida sea manejable. Sabemos perfectamente que un niño que dice "gracias" no siempre se siente agradecido. La mayor parte de los niños son capaces de aceptar esta deshonestidad como precio que debe pagarse por la socialización. Algunos nunca lo logran. Quizá porque alguien trató de enseñarles a decir "gracias" demasiado pronto, o porque ellos mismos quedaron fuertemente atrapados en este problema de integridad. Sin duda hay niños que preferirían ser excluidos de la sociedad a tener que decir mentiras.

Hasta ahora me he referido a los niños normales. Algo más allá están los que tendrán una vida difícil a causa de la necesidad en que se encuentran de establecer y restablecer la importancia del self verdadero en relación con todo lo que sea falso. Creo que en general es exacto decir que aunque habitualmente es posible transigir en la vida cotidiana, no ocurre lo mismo en relación con algún ámbito al que se ha elegido dar un trato especial. Puede tratarse de la ciencia, la religión, la poesía o los juegos. En el ámbito elegido no hay posibilidad de transigir.

Biblioteca D. Winnicott

"Sí, pero... ¿cómo sabemos que es cierto?"

- 1950 -

Los alumnos que por primera vez reciben instrucción de índole psicológica suelen atravesar dos etapas. En la primera, aprenden lo que se les enseña sobre psicología tal como aprenden todas las demás cosas. En la segunda, empiezan a preguntarse: "Pero... ¿será verdad?, ¿será real? ¿Cómo lo sabemos?". En esta segunda etapa las enseñanzas psicológicas comienzan a separarse de las restantes como algo que, de hecho, no puede aprenderse: debe sentirse como real, o de lo contrario se vuelve irritante y hasta exasperante.

No es difícil comprobar que tiene que haber una diferencia entre los efectos de un tipo de enseñanza y el otro. Por ejemplo, si ustedes aprenden sobre administración, leen acerca de la Ley de Cuidado y Protección del Niño y estudian los antecedentes del desarrollo social que condujo al Informe Curtis ⁽¹⁾.

O bien averiguan sobre el funcionamiento de los tribunales de menores, el empleo de los funcionarios encargados de la libertad condicional, etcétera. Se forman sus propias ideas a partir de sus lecturas y de visitas a los tribunales.

Contrástese esto con lo que sucede cuando se aprende psicología. La antigua psicología académica murió de muerte natural, y ustedes lo sufren como una pérdida porque la habían aprendido tal como aprendieron cómo se sancionan las leyes en el Parlamento y cuáles son los procedimientos judiciales, sin trastornos aunque sin provecho. Ahora bien, la psicología es una cuestión de sentimientos, de personas vivas, de emociones e instintos; además, se ocupa de lo inconsciente, y de los conflictos inconscientes que causan los síntomas por no tener acceso a la conciencia.

¿Se dan cuenta? Mientras que la mayoría de los tipos de enseñanza los sacan a ustedes de sí mismos, la psicología -la psicología que importa- tiende a arrojarlos de vuelta hacia sí mismos. Porque todos somos seres humanos, y cuando aprendemos sobre los demás, aprendemos sobre nosotros mismos. Podemos procurar ser objetivos y empeñarnos lo más posible para aprender acerca de los demás sin desarrollar una introspección mórbida, pero esto exige esfuerzo, y nos damos cuenta de ello y nos perturbamos; esta psicología no va a portarse tan bien como las demás materias del plan de estudios.

Más aún, esta psicología tampoco va a ayudarnos a la larga del mismo modo que las demás materias, y el resultado de lo aprendido siempre será el reconocimiento de que el cuidado de seres humanos es más complejo de lo que suponíamos. A uno pueden enseñarle qué tiene que hacer en un caso de delincuencia juvenil, pero no se le puede enseñar qué hacer frente a un niño que es infeliz en un hogar sustituto. En este último caso, sólo puede adquirir una comprensión cada vez mayor sobre los factores involucrados, de modo tal que al enfrentar el problema uno haga lo que le parece que debe hacer con una comprensión

creciente de los motivos.

He introducido una nueva idea y quiero desarrollarla.

Cuando uno aprende cosas comunes no hay una contribución de la propia persona, simplemente se aprende lo que a uno le enseñan. El pasado de `je suis" es `j'étais"; la forma de dirigirse a un magistrado en inglés es llamarlo "yer'onor" (o lo que fuere), y no hay vueltas. Sin embargo, cuando se aprende psicología, nunca se aprende nada tan bien definido. No hay instrucciones que puedan ponerse en práctica sin más. A la larga, siempre uno tendrá que actuar como siente. Lo único es que puede enriquecerlo, conocer situaciones semejantes a aquella en la que se encuentra, y además puede quedar habilitado para ver con más claridad lo que hace y por qué lo hace.

Permítaseme dar un ejemplo casero. Una amiga de uno de ustedes sufre una moderada depresión. Le telefona y le pide si puede ir a verla a su departamento, y éste acepta, aunque no sabe qué puede hacer. Lo primero que hace es tomar un libro de psiquiatría y buscar "depresión"; tras un breve vistazo a la descripción clínica, pasa rápidamente al párrafo sobre el tratamiento. No recibe ayuda alguna. Está desconcertado. "Evitar que el paciente se suicide" no es aplicable en este caso, porque sabe que su amiga no está tan mal como para eso.

Hasta ahí, la psicología no fue de gran ayuda.

Sin embargo, supongamos que la amiga tiene el buen tino de enfermarse de gripe o de ciática. Está sola en su departamento y, como ante su llamado usted se siente mal, acude prontamente y hace por ella todo lo necesario. Sabe exactamente qué debe hacer. Le sirve una buena comida, le arregla la cama para que esté cómoda, le trae una bolsa de agua caliente, sale a hacer las compras y le deja la comida hecha, y un vaso de leche o de agua al alcance de la mano; al irse, le comunica a su amiga exactamente a qué hora del día siguiente volverá a visitarla.

Para hacer esto, por cierto que no tiene que consultar un texto de psiquiatría.

El hecho es que ante una amiga con una gripe usted supo exactamente qué hacer; este caso fue sencillo, porque padecía una afección física que le otorgaba sensatez a todo cuanto usted hacía. (Probablemente la amiga también tenía un poco de depresión; la mayoría de la gente tiene a mano una depresión para cuando encuentra a alguien que se ocupe de ella, ¿y por qué desperdiciar la oportunidad que brindaba la gripe y la pronta reacción del amigo?)

La psicología no intenta enseñarnos qué hacer cuando un amigo necesita nuestra ayuda, pero puede contribuir en gran medida a que nos sintamos más seguros de lo que hacemos por él, a que comprendamos lo que le ocurre, a que crezcamos a partir de nuestras experiencias, veamos dónde cometimos errores, prevengamos el dolor y las catástrofes.

Tomemos otro ejemplo. Es posible hablar con las madres acerca del cuidado de sus hijos y darles instrucciones basadas en lo que sabemos. En lo tocante a la salud física y a la prevención de las enfermedades, hay amplio espacio para la instrucción, correspondiente a lo que dije antes cuando les hablé de conocer la Ley sobre el Cuidado de los Niños ⁽²⁾. Pero cuando se trata de indicarles a las madres cómo deben atender a sus hijos, las enseñanzas psicológicas bien pueden volverse perjudiciales. O bien las madres hacen oídos sordos, o bien se confunden y se sienten impotentes; el caso extremo es el que muestra esa historieta en la que se ve a una madre dándole a su hijo una palmada en el trasero mientras con la otra mano sostiene un libro de psicología infantil que lee febrilmente con ayuda de sus gruesos lentes.

Para decirles a las madres cosas útiles, creo necesario descubrir primero y fortalecer después lo que les da por hacer naturalmente. Para muchas, quizá para la mayoría, esto será suficiente. Algunas querrán

ir más allá y aprender algo más acerca de lo que hacen y por qué lo hacen. Las madres que han realizado bien su labor pueden tolerar que se les imparta instrucción, porque no temen descubrir las fuerzas tremendas que estuvieron en juego y cuánto dependió de que hicieran lo que debían hacer en el momento adecuado. Saben que no lo hicieron por azar ni tampoco porque son inteligentes, sino por un sentimiento intuitivo o instintivo profundamente arraigado, fortalecido por la autoconfianza que da la salud.

La razón de que hable sobre todo esto referido al quehacer materno es que lo considero relevante.

El problema es que a ustedes se les enseña psicología dinámica en un momento en el que de hecho no están ocupándose de niños, o de personas en general, para el caso es lo mismo. Por el momento, aunque son hombres y mujeres experimentados, se encuentran in statu pupillari [en condición de alumnos], divorciados de aquellas cosas que podrían hacerles sentir confianza en su capacidad intuitiva.

Tal vez ustedes hayan sido maestros o tal vez son ya padres o madres, o tuvieron personas a cargo en una oficina o fábrica. Todos los días se sorprenden a sí mismos por actuar o no actuar del modo exacto que corresponde a la situación, así como el parlamento de Hamlet sobre "ser o no ser" corresponde exactamente a la exposición del tema central de la obra de Shakespeare. En esas situaciones, podría aprovecharles sondear en la psicología de sus semejantes y de ustedes mismos.

Ahora, en este estado temporario de alumnos, es fácil que les surja la falta de confianza que torna peligrosa en apariencia a la psicología dinámica. Si a una madre ansiosa se le dice que "su bebé nunca tendrá un contacto satisfactorio con el mundo a menos que ella sepa cómo presentarle en pequeñas dosis la realidad externa", puede alarmarse y aun tener un aborto, porque la alarmará su propia falta de saber consciente. No obstante, si se la deja librada a sí misma, hará las cosas perfectamente, por el solo hecho de la devoción que siente por su bebé.

Análogamente, si les digo que todo el futuro de un bebé depende de que ustedes sepan que una cierta madre sustituta alberga un sentimiento de venganza inconsciente contra su propia madre, y que esto la vuelve inepta para ser una madre sustituta, darán un paso atrás. ¿Cómo pueden estar enterados de estas cosas? No obstante, si estuvieran en estas cuestiones comprobarían que en un caso así tendrían sospechas y dudas, y harían preguntas a fin de examinar los aspectos ocultos del caso.

¡Y qué decir de la enseñanza de que operan en el bebé, desde el vamos, fuerzas tremendas!; de que los cimientos de la salud mental del adulto se edifican en la infancia y la niñez; de que el pequeño de 2, 3 o 4 años ya posee instintos que lo vuelven igual a un adulto en sus sueños, de modo tal que (en ese sentido) es un rival sexual del padre; de que los bebés que pasan de una niñera a otra no desarrollan la capacidad de creer en la eficacia de sus propios impulsos amorosos... ¿qué decir acerca de todo esto, con lo que ustedes se encontrarán en el curso durante el año? Si creen en todo esto, creen también que estas cosas les fueron aplicables a ustedes, pese a que obviamente no puedan recordarlas. Además, si todo esto es cierto, ustedes y yo y todos los que salimos adelante satisfactoriamente le debemos algo a alguien. Alguien se ocupó de nosotros en las primeras etapas. De hecho, no nos habríamos arreglado sin los cuidados que recibimos de entrada. Éramos dependientes, y a medida que recordamos más y más debemos admitir que éramos más y más dependientes, y que en el momento del nacimiento y durante unos meses nuestro grado de dependencia fue alarmante. Debe seguir siendo alarmante para todos, siempre.

No hay que extrañarse, entonces, de que sea difícil aprender psicología. ¿Cuál es la solución? Una sería avanzar con lentitud. Otra, el alivio que ofrece saber que algo de lo que se nos va a enseñar estará seguramente equivocado, aunque la psicología, tal como es, puede enseñarnos mucho de cierto sobre la naturaleza humana. Además, cuando puedan, pasen de las experiencias que han tenido o de las cosas que ustedes mismos hayan hecho a la comprensión que puede ofrecerles la psicología; el camino inverso, de la psicología a la experiencia, no es bueno en absoluto.

Por último, hay una estación intermedia. Podemos alojarnos aquí mientras estemos creciendo. Me refiero a los tests de inteligencia. Estos valiosos tests tienen un pie puesto en la psicología académica del pasado, y por lo tanto ofrecen un descanso; por fortuna, también tienen un pie puesto en la psicología dinámica del presente, y por ende si abordan cabalmente las estimaciones del CI a la larga se hallarán sumidos en las profundas aguas de los sentimientos y los conflictos inconscientes. De todas maneras, los tests del CI brindan un territorio muy neutral, que puede recomendarse en el ínterin.

(1) Informe ante el Ministerio del Interior de la Comisión para el Cuidado de los Niños, Londres, His Majesty's Stationery Office, 1946.

(2) The Children's Act, 1948. Londres, His Majesty's Stationery Office, 1948.

P S I K O L I B R O

Biblioteca D. Winnicott

Susan Isaacs (1948)

I. Nota Necrológica

Publicado en Nature, 4 de diciembre de 1948.

Susan Isaacs murió el 12 de octubre, a los 63 años de edad. Pocas personas han tenido en nuestra época más gravitación que ella en la crianza y educación de los niños. En verdad, la tendencia moderna a conceder pleno reconocimiento al aspecto humano en la escuela maternal (1) y los niveles educativos subsiguientes debe mucho a su obra.

La Dra. Isaacs era hija de William Fairhurst, de Bolton, condado de Lancashire, y de Miriam Sutherland. Educada en la escuela secundaria de Bolton y en las universidades de Manchester y de Cambridge, en 1912 pasó a ser auxiliar de investigación en el laboratorio de psicología de Cambridge, y luego catedrática de psicología en el Darlington Training College. En 1924 se le ofreció la dirección de la Malting House School en Cambridge. En los tres años siguientes reunió amplios datos sobre el comportamiento, las ideas y los sentimientos de los niños, que expuso en forma brillante en sus dos libros, *Intellectual Growth in Young Children* (1930) y *Social Development in Young Children* (1933).

En 1933 se la nombró jefa del nuevo Departamento de Desarrollo del Niño en el Instituto de Educación de la Universidad de Londres, cargo que desempeñó con notable éxito durante diez años. En ese lapso, gran cantidad de avezados maestros y educadores se enriquecieron con los nuevos conocimientos, vastos y profundos, que ella impartía y, sobre todo, con su vívida percepción de cada niño como una personalidad plena y viviente, que debe realizarse en el plano imaginativo y ser comprendida como tal.

Tan pronto el psicoanálisis freudiano se difundió en Inglaterra, la Dra. Isaacs se volcó hacia los nuevos insights y en 1921 ingresó en la Sociedad Psicoanalítica Británica. En 1931 fue designada como psicóloga en el plantel profesional de la Clínica de Psicoanálisis de Londres, donde permaneció hasta su muerte, contribuyendo destacadamente y de muy variadas maneras a la obra científica de la Sociedad y a las tareas prácticas del Instituto. Fue un miembro valioso del Comité de Capacitación y del Consejo.

La Dra. Isaacs se caracterizaba por su claridad, no sólo como docente y conferencista, sino como escritora; hoy sus libros y artículos científicos son bien conocidos por los estudiantes de psicología. Su pequeño manual para madres y maestros, *The Nurcery Years* [Los años de la escuela maternal], escrito en 1929, es conocido en el mundo entero; en Estados Unidos le fue concedida la medalla de la revista *Parent's Magazine*. *The Children We Teach* [Los niños a quienes enseñamos] es otro pequeño libro suyo muy popular. Uno de los dos libros que se publicaron antes de su muerte fue *Childhood and After* [La niñez y lo que viene después], el cual contiene ensayos y estudios de psicología clínica pertenecientes a un período más tardío de su vida. Hay en él un capítulo titulado "Los niños internados en instituciones"; este capítulo, que fue originalmente un memorando

presentado en 1945 ante el Comité para el Cuidado de Niños del Ministerio del Interior (conocido como Comité Curtis), constituyó probablemente el más importante documento utilizado como obra de consulta por dicho Comité.

Los dones de la Dra. Isaacs eran una combinación de factores intelectuales y emocionales. Su apasionado interés por las condiciones de la educación de los niños pequeños, en primer lugar, y de su crianza general en el hogar, en segundo lugar, fue el fruto de sus propias experiencias. Su madre murió cuando ella tenía apenas 6 años, luego de una enfermedad fatal invalidante que se inició cuando Susan no tenía más de 4 años; ello la llevó a buscar en su primera escuela elemental (en la década de 1880, en un pueblo de Lancashire) refugio y solaz frente a la tragedia que se vivía en el hogar; pero también muy pronto se rebeló contra las múltiples limitaciones e insuficiencias de la enseñanza. Esta decepcionada ansiedad y su agudo sentido de lo que podría haber sido una "escuela", pero no lo fue, perduró como telón de fondo en su mente a lo largo de todo su crecimiento y contribuyó en gran medida a moldear posteriormente la obra a la que dedicó su vida.

En una temprana etapa de su desarrollo vio con claridad que la mera crítica y el simple abandono de los métodos vigentes no podrían producir resultados constructivos. Asimiló y adoptó muy pronto las ideas educativas más avanzadas de la época, y su respuesta inmediata ante las nuevas enseñanzas del psicoanálisis mostró que la oposición o las resistencias convencionales no le impedían aceptar sin vacilación todo aquello que le abriera más vastos horizontes y le diera una comprensión más profunda. De igual modo, en un momento posterior, cuando por primera vez se expusieron en Gran Bretaña las ideas de Melanie Klein, estuvo entre las primeras personas en captar que se abrían nuevas fuentes de saber. Vio de qué modo podían desarrollarse estas nuevas ideas para beneficio general de la crianza de todo niño, y a partir de entonces buscó ese saber y lo aplicó infatigablemente hasta el fin.

Su más notable característica intelectual era la extremada rapidez y amplitud con que asimilaba un tema cualquiera para luego clasificarlo y resumirlo, exponerlo con llamativa claridad y discutirlo desde varios ángulos. Su excepcional capacidad para dar al instante expresión verbal a sus ideas e impresiones fue un poderoso instrumento al servicio de sus otros dones.

Típico de Susan Isaacs fue que al advertir que había todavía, especialmente en la obra de Melanie Klein, muchas cosas que no había asimilado, decidió (aunque ya era miembro de la Sociedad Psicoanalítica Británica) volver a empezar y hacer otra vez el curso completo como alumna. Pudo así desarrollarse aún más, emprendió un segundo y prolongado análisis personal, y enriqueció enormemente su propia labor y los aportes que a la larga pudo hacer a la investigación psicoanalítica general. En sus últimos años se dedicó casi por entero a la práctica analítica, y consideraba que de todas las clases de trabajos emprendidos por ella, éste había sido el más satisfactorio.

En su marido, Nathan Isaacs, encontró un amigo y un apoyo constante, así como un crítico constructivo.

II. Palabras preliminares para el libro de

D. E. M. Gardner, Susan Isaacs

Londres, Methuen, 1969. Fechado el 9 de setiembre de 1968.

Cuando Susan me telefoneó para comunicarme que estaba enferma e iba a morir, me dio mucha rabia. Ella me recordó esa reacción mía de rabia, cuando la vi por última vez, un año después.

¿Parecía un desperdicio tan grande que esta persona, tan real y activa, debiera dejar de ser, simplemente por un cáncer!

Susan y yo nos conocimos cuando ambos éramos candidatos en el Instituto de Psicoanálisis, a mediados de la

década del treinta. Ya había realizado su obra fundamental en la Malting House School, y más o menos por esa época se creó para ella el Departamento de Desarrollo del Niño en el Instituto de Educación. Como psicoanalista, estaba llevando a cabo su segunda formación, insatisfecha con la primera, lo cual le implicó tener que pasar por un segundo análisis y una nueva revolución personal.

Fue para mí muy importante que Susan me invitara a pronunciar cada año una serie de conferencias ante sus alumnos del curso de Desarrollo del Niño. La sorpresa que me llevé fue mayúscula. Pese a mis inmadureces, me dio total libertad, y durante varios años les enseñé a sus alumnos basándome en mi experiencia pediátrica. Poco a poco estas conferencias se fueron convirtiendo en una serie anual de diez, en la que se procuraba abarcar el tema del desarrollo emocional del individuo. No sólo fue amable de su parte que me instase y me dejase aplicar mi propio método y punto de vista, sino que además fue brillante haberse percatado de que podía hacer ese uso de un colega, con una finalidad útil. Pero esto era típico de ella. Era una mujer notoriamente superior, generosa Pero al mismo tiempo humana, vulnerable, modesta y dotada de una tolerancia que se revestía de humor. Yo creía volverme loco cuando oía de qué modo su esposo, Nathan, criticaba con saña sus ideas y formulaciones, pero luego me di cuenta que era eso, precisamente, lo que ella valoraba, y hacía un uso positivo de la saña y del tremendo intelecto de su marido.

Me tocó en suerte suministrarle a Susan casos de niños para su capacitación, y seguí con interés su sensible manejo de la situación familiar total -algo que es difícil lograr cuando, al par que se está aprendiendo, se lleva a cabo un tratamiento psicoanalítico que implica sesiones diarias a lo largo de varios años-. Nunca tuve dudas sobre el curso que seguirían estos tratamientos, por más que en esa época trabajábamos en un medio potencialmente hostil.

Por supuesto, si yo hubiera sabido que la enfermedad vendría a cercenar nuestra amistad habría planeado las cosas de antemano de manera de aprovechar mucho mejor todo cuanto Susan tenía para ofrecer; pero parecía haber mucho tiempo por delante... y además, todos necesitábamos recuperarnos de la guerra.

Luego, llegó a su fin la vida de esta alma firme y tenaz, y a quienes las sobrevivimos nos dio mucha rabia. Esta compilación de recuerdos suyos llevada a cabo por Dorothy Gardner me ofrece un instante dichoso, al permitirme recobrar en parte la realidad de una persona auténticamente grande, que ha ejercido una enorme influencia positiva en la actitud de los padres y maestros. Esta tentativa de reconstrucción cumplirá su cometido si permite traer de nuevo a la vida a Susan para quienes no la conocieron; y algunos podrán leer sus libros luego de haberseles presentado un ser humano radiante en sus luchas y desvelos, un ser que parecía destinado a alcanzar algo significativo que ahora, empero, no podemos definir, por cuanto la muerte ha puesto fin al proceso. Queda en pie la posibilidad de estudiar lo que efectivamente realizó.

Notas:

(1) Nursery school: en el sistema educativo anglosajón, escuela para niños de 3 a 5 años.

Biblioteca D. Winnicott

Sobre la seguridad

(1960)

Toda vez que se habla de las necesidades básicas de los niños, escuchamos las palabras "lo que necesitan es seguridad". A veces nos parece una afirmación sensata y otras, experimentamos algunas dudas. ¿Qué significa la palabra "seguridad"? Los padres sobreprotectores despiertan angustia en sus hijos, y los que no son confiables los confunden y atemorizan. Así, es posible que los padres proporcionen excesiva seguridad y, por otro lado, sabemos que los niños realmente necesitan sentirse seguros. ¿Cómo podemos aclarar este problema?

Los padres que logran mantener un hogar unido, proporcionan de hecho algo que es de inmensa importancia para sus hijos, y, naturalmente, cuando aquellos se separan los hijos sufren las consecuencias. Pero si se nos dice simplemente que los niños necesitan seguridad, sentimos que algo falta en esa afirmación. Los niños encuentran en la seguridad una especie de desafío, un desafío que los lleva a demostrar que pueden escapar. Llevada a su extremo la afirmación de que la seguridad es algo bueno implicaría que una prisión es un buen lugar donde crecer, lo cual es absurdo. Desde luego, la libertad del espíritu puede conservarse en cualquier parte, incluso en una prisión. El poeta Lovelace escribió:

Stone walls do not a prison make,
No iron bars a cage,

esto es, que la sujeción física no es lo único que debe tenerse en cuenta. Pero las personas deben vivir con libertad a fin de vivir con imaginación. La libertad es un elemento esencial, algo que permite a las personas desarrollar lo mejor que hay en ellas; sin embargo, debemos admitir que hay individuos que no pueden vivir en libertad porque experimentan temor con respecto a sí mismos y al mundo. Para esclarecer estas ideas, pienso que debemos considerar al niño, al adolescente y al adulto, y seguir la evolución, no sólo de las personas individuales, sino también de lo que ellas necesitan del medio a medida que crecen. Sin duda, es un signo de crecimiento sano el que los niños comiencen a poder disfrutar de la libertad que se les va otorgando gradualmente. ¿Cuál es nuestra meta en la educación de los niños? Confiamos en que cada uno de ellos adquirirá gradualmente una sensación de seguridad, y en que en su interior se establezca una creencia en algo, algo que no sólo es bueno, sino también confiable y durable, o que puede recuperarse aún después de que ha sido dañado o se ha extinguido. La pregunta es: ¿cómo se produce este desarrollo de un sentimiento de seguridad? ¿Qué lleva a ese estado satisfactorio de cosas en que el niño tiene confianza en las personas y las cosas que lo rodean? ¿Qué trae como consecuencia esa cualidad que llamamos autoconfianza? ¿Lo importante aquí es un factor innato o personal o bien la enseñanza moral? ¿Es necesario predicar con el ejemplo? ¿El medio debe proporcionar lo necesario para producir el efecto deseado?

Podríamos examinar las etapas del desarrollo emocional por la que cada niño debe pasar a fin de convertirse en una persona sana y, eventualmente, adulta, y, de paso, referirnos a los procesos innatos del crecimiento y ala forma, necesariamente muy compleja, en que los seres humanos se vuelven personas por derecho propio. Con todo, quisiera considerar aquí la provisión del medio, nuestro propio papel y el de la sociedad con respecto a nosotros.

El medio es el que permite que cada niño crezca, pues, si no es confiable, el crecimiento personal no puede tener lugar, o bien resulta distorsionado. Además, y dado que no hay dos niños que sean exactamente iguales, debemos adaptarnos específicamente a las necesidades de cada uno. Ello significa que quien tenga a su cuidado una criatura debe conocerla y actuar sobre la base de una relación personal y viva con ella, y no basándose en lo que ha aprendido y aplicándolo en forma mecánica. Por el hecho de estar presentes, confiables y congruentes, proporcionamos una estabilidad que no es rígida, sino viva y humana, y eso hace que el niño se sienta seguro, y pueda crecer. Este es el tipo de relación que puede absorber e imitar.

Cuando ofrecemos seguridad hacemos dos cosas a la vez. Por un lado, y gracias a nuestra ayuda, el niño está a salvo de lo inesperado, de innumerables intrusiones desagradables y de un mundo que no conoce ni comprende, y, por otro, lo protegemos de sus propios impulsos y de los efectos de esos impulsos. Es innecesario señalar que los niños muy pequeños no pueden prescindir de nuestros cuidados ni manejarse por su cuenta. Necesitan que los sostengan, que los lleven de un lado a otro, que los laven, los alimenten, los mantengan a la temperatura adecuada y los protejan de las corrientes de aire y los golpes. Necesitan que alguien haga frente a sus impulsos y nos necesitan para que su espontaneidad tenga sentido. En esta temprana etapa las cosas no son muy difíciles porque, en la mayoría de los casos, el niño cuenta con una madre que, durante un tiempo, se ocupa casi exclusivamente de las necesidades de su hijo. Durante este período el niño está protegido. Cuando una madre tiene éxito en esta etapa, el resultado puede ser un niño cuyas dificultades corresponden realmente a la vida y a los conflictos inherentes a los sentimientos vivos, y no a los choques con el mundo. Así, en la mayoría de las circunstancias satisfactorias, en la seguridad del cuidado que se le proporciona al niño, éste comienza a llevar una vida personal e individual.

Muy pronto los niños empiezan a defenderse de la inseguridad, pero durante las primeras semanas y meses, están muy débilmente establecidos como personas y, si carecen de apoyo, los factores adversos distorsionan su desarrollo. El niño que ha conocido la seguridad en esa temprana infancia comienza a abrigar la expectativa de que no "le fallarán". Frustraciones, sí, eso es inevitable, pero que le fallen, eso no.

Lo que nos interesa aquí es qué ocurre cuando se establece en el niño un sentimiento de seguridad. Pienso que se inicia entonces una prolongada lucha contra la seguridad, esto es, la que proporciona el medio. Después del período inicial de protección, la madre permite gradualmente que el mundo haga su aparición, y el niño pequeño aprovecha ahora cada nueva oportunidad para la libre expresión y la acción impulsiva. Esta guerra contra la seguridad y los controles continúa durante toda la infancia, a pesar de lo cual los controles siguen siendo necesarios. Los padres siguen estando listos con sus medidas disciplinarias, con sus muros de piedra y sus barrotes de hierro, pero, en la medida en que saben cómo es cada uno de sus hijos y les preocupa su evolución como personas, aceptan de buen grado el desafío de los niños. Continúan actuando como custodios de la paz, pero saben que habrá desobediencia e incluso revolución. Por fortuna, en la mayoría de los casos tanto los niños como los padres encuentran algún alivio para esta situación en la esfera de la imaginación y el juego, y a través de las experiencias culturales. Con el correr del tiempo, y si son sanos, los niños se vuelven capaces de conservar un sentimiento de seguridad frente al peligro manifiesto, como sucede cuando un progenitor se enferma o muere, cuando alguien se comporta mal o, cuando un hogar se desintegra por un motivo o por otro.

La necesidad de poner a prueba las medidas de seguridad

Los niños necesitan comprobar constantemente si pueden seguir confiando en sus padres, y estas pruebas continúan a veces hasta que los niños ya están en condiciones de ofrecer protección a sus propios hijos, y aun después. Los adolescentes, en particular, ponen a prueba todas las medidas de seguridad y todas las reglas y reglamentos. Así, habitualmente sucede que los niños aceptan la seguridad como un supuesto básico; creen en el cuidado paterno y materno porque lo han conocido. Abrigan un sentimiento de seguridad que se ve continuamente reforzado por las pruebas a que someten a sus padres y a sus familias, a sus maestros y amigos, y a todas las personas que conocen. Habiendo comprobado que llaves y cerrojos están realmente echados,

proceden a forzarlos. Lo hacen una y otra vez, o bien se quedan acurrucados en la cama, escuchando discos con canciones tristes y sintiéndose totalmente inútiles.

¿Por qué los adolescentes en particular hacen estas pruebas? Ello parece deberse sobre todo a que experimentan sentimientos intensos y atemorizantemente nuevos, y quieren estar seguros de que los controles externos no han desaparecido. Pero, al mismo tiempo, deben demostrarse que pueden liberarse de esos controles y afirmarse como individuos. Los niños sanos necesitan a su alrededor personas que sigan conservando el control, pero deben ser personas hacia las que sea posible experimentar amor y odio, rebeldía y dependencia; los controles mecánicos resultan inútiles, y el temor nunca es un buen motivo para la obediencia. Siempre es la relación viva entre las personas lo que permite el verdadero crecimiento, el cual gradualmente, con el correr del tiempo, hace que el niño o el adolescente adquiera un sentido adulto de la responsabilidad, sobre todo en lo concerniente a proporcionar seguridad a los niños de la nueva generación.

Esto es lo que hacen los artistas creadores de todo tipo. Cumplen una función muy valiosa para nosotros, porque crean constantemente nuevas formas y las abandonan, pero sólo para crear otras nuevas. Los artistas nos permiten mantenernos vivos, cuando las experiencias de la vida real amenazan con destruir nuestra sensación de estar vivos y de ser reales. Más que cualquier otro individuo, el artista nos recuerda que la lucha entre nuestros impulsos y el sentimiento de seguridad, ambos vitales para nosotros, es una lucha eterna que tiene lugar en el interior de cada uno de nosotros mientras alienta la vida.

Así, pues, los niños sanos desarrollan suficiente confianza en sí mismos y en las otras personas como para odiar los controles externos de todo tipo, pues ahora éstos se han transformado en autocontrol. En tales circunstancias, el conflicto se resuelve por anticipado dentro de la persona. Por consiguiente, esta es mi manera de ver las cosas: las circunstancias favorables en las etapas tempranas conducen a un sentimiento de seguridad, y éste, al autocontrol que, cuando se constituye en un hecho, hace que la seguridad impuesta sea un insulto.

Biblioteca D. Winnicott

Sobre la contribución al psicoanálisis de la observación directa del niño

*(Trabajo leído en el 20º Congreso Internacional de Psicoanálisis, París, julio de 1957,
y publicado por primera vez (en francés) en la Revue Française de Psychanalyse, 22, págs. 205-11)*

Deseo hablar sobre la confusión que a mi juicio surge cuando se acepta que la palabra "profundo" puede aplicarse sin más trámite al mundo "temprano". He publicado dos trabajos que abordan específicamente el tema de la observación directa; tienen que ver (a) con el modo que tiene el infante de acordar con el objeto (Winnicott, 1941), y (b) con el empleo de los objetos y fenómenos durante el período de la transición desde una vida puramente subjetiva hasta la etapa siguiente (Winnicott, 1951).

En ambos escritos se encontrará material útil para el examen de mi tesis principal, según la cual lo "profundo" en sentido analítico no equivale a lo "temprano" en el desarrollo del infante.

La observación de infantes en una situación determinada

(Llamaré a esto "investigación de acción", para presentarlo con un ropaje moderno y vincularlo con Kris.)

En el abordaje en regla por el infante de un objeto que se le presenta, pueden distinguirse las tres etapas principales que describimos a continuación.

Primera etapa

Reflejo inicial de prensión;

repliegue;

tensión que abarca renovada prensión voluntaria y el lento paso del objeto a la boca.

La boca se llena de saliva.

Segunda etapa

El objeto es tomado con la boca; empleo desinhibido del objeto en la exploración experimental, en el juego y como algo con lo que se puede alimentar a otros.

En este punto el objeto cae involuntariamente. Supongamos que un adulto lo recoge y se lo devuelve al infante.

Tercera etapa

Rechazo del objeto.

Al considerar estas cuestiones con referencia a un ejemplo, de inmediato se hace necesario conocer la edad del infante. Es típica la de once meses. En los meses trece y catorce, los infantes han desarrollado tantos otros intereses que es probable que lo más importante quede oscurecido.

A los diez o nueve meses de edad, la mayoría de los infantes atraviesan las fases de desarrollo de manera normal, aunque cuanto más jóvenes son más necesitan de algún grado de esa sutil cooperación que brindan las madres sensibles y que da apoyo sin dominar. En mi experiencia no ha sido común que un bebé de seis meses presente con claridad el desempeño físico total que hemos descripto. En esa edad la inmadurez es tal que aferrar y sostener el objeto, y tal vez tomarlo con la boca, constituye todo un logro. La observación directa demuestra que el bebé debe tener una cierta madurez física y psicológica para poder disfrutar de la experiencia emocional completa.

Cuando estos fenómenos surgen en el psicoanálisis, sea en una sesión o a lo largo de una fase de varios días o semanas, al analista no le resulta posible establecer una fecha para lo que observa o deduce. Al analista que revisa el material presentado en el análisis puede parecerle que el fenómeno que he descripto proviene de la infancia temprana del paciente, incluso de las primeras semanas y días de vida. Este material puede aparecer en el análisis mezclado con detalles que realmente pertenecen a la infancia más temprana, incluso al estado posparto. El analista debe aprender a tenerlo en cuenta. No obstante, en el análisis, se llega a reconocer la significación completa del juego del infante; ese juego indica la fantasía total de incorporación y eliminación, y del crecimiento de la personalidad a través del comer imaginario.

Los objetos y fenómenos transicionales

En el caso más simple, un bebé normal adopta un trozo de tela o un babero y se vuelve adicto a él, más o menos entre los seis meses y el año, o algo más tarde. El examen de este fenómeno en el trabajo analítico nos hace posible referirnos a la capacidad para dar forma a símbolos en los términos del uso de un objeto transicional. Pero según el trabajo analítico parecería posible que estos procesos, de forma rudimentaria, se produzcan en la infancia más temprana. No obstante, hay una edad antes de la cual el objeto transicional no puede existir, en razón de la inmadurez del infante. Aunque también los animales tienen objetos transicionales, incluso el acto de chuparse el pulgar no puede tener para el infante en el momento del nacimiento la misma significación que adquiere al cabo de unos meses, ni tampoco, sin duda, la que le atribuye a su succión compulsiva un niño psicótico de diez años.

Profundo no significa temprano, porque el infante debe alcanzar un cierto grado de madurez para poder ir volviéndose gradualmente profundo. Esto es obvio, casi trivial, pero pienso que no se le ha prestado suficiente atención.

En este punto sería útil que pudiéramos definir la palabra "profundo". James Strachey (1934) enfrentaba este mismo problema al escribir:

No obstante, la ambigüedad del término (interpretación "profunda") no debe molestarnos. Sin duda describe la interpretación del material genéticamente temprano e históricamente distante de la experiencia actual del paciente, o que soporta el peso de la represión -un material, en todo caso, que en el curso normal de las cosas es sumamente inaccesible al yo y está muy lejos de él-.

Strachey parece aceptar las dos palabras como sinónimas. Al considerar con más atención la cuestión, vemos que "profundo" es una palabra de empleo diverso, y que "temprano" se refiere a un hecho; esto hace que comparar ambos términos resulte difícil y tenga un significado temporal. Es "más profundo" referirse a la relación infante-madre que a las relaciones triangulares, hablar de angustia persecutoria interna que de una sensación de persecución externa; los mecanismos de la escisión, la desintegración y la incapacidad para tomar contacto me parece que son más profundos que la angustia en una relación.

Creo que cuando empleamos la palabra "profundo" siempre presuponemos algo profundo en la fantasía inconsciente o en la realidad psíquica del paciente; es decir que están involucradas su mente y su imaginación.

En el curso de su "Opening Remarks on Psychoanalytic Child Psychology", Kris (1951) dice al pasar: "Realizando la extrapolación de los mecanismos psicóticos a la niñez temprana...". Estaba examinando en términos críticos la relación entre la profundidad de la interpretación en el análisis y la precocidad conjeturable de los mecanismos psicóticos en la psicología del infante. En nuestro trabajo analítico, con la ayuda de nuestros conceptos en evolución llegamos a profundizar cada vez más. Podemos percibir y utilizar los fenómenos de la transferencia que se relacionan con elementos cada vez más profundos del desarrollo emocional de nuestros pacientes. En alguna medida, "cada vez más profundos" supone "cada vez más precoces", pero sólo limitadamente. Debemos tener en cuenta que en nuestros pacientes ha habido una fusión de elementos tempranos con otros posteriores.

Nos hemos acostumbrado a formular ideas sobre la infancia sirviéndonos de lo que encontramos en el análisis. Esto proviene de la obra del propio Freud. No nos ha resultado muy difícil aplicar las ideas de Freud sobre el origen de las psiconeurosis a la psicología del niño en la edad del deambulador, aunque también se ha dado el caso de que los psicoanalistas dijeran cosas ciertas en el psicoanálisis y no obstante incorrectas en su aplicación cruda a la psicología de la niñez.

Como utilizamos ideas que nos llevan a niveles más profundos, asumimos un riesgo mucho mayor al aplicar lo que encontramos a la psicología de la infancia. Consideremos el concepto de Klein de "la posición depresiva en el desarrollo emocional". En cierto sentido profundiza, y también retrocede más en el tiempo. El estudio del desarrollo del yo no nos permitiría aceptar la posibilidad de algo tan complejo como el desarrollo de la posición depresiva en un infante menor de seis meses, y sin duda sería más seguro atribuirle un origen posterior. Sería absurdo pretender que la posición depresiva puede encontrarse en infantes de unas pocas semanas. Pero lo que Melanie Klein denomina "posición paranoide" es seguramente mucho más rudimentario, casi una cuestión de venganza, y tal vez pueda encontrársela antes de que la integración sea un hecho. La anamnesis en la clínica pediátrica indicaría que las expectativas de retaliación pueden datar de los primeros días de vida. En consecuencia, yo diría que la posición paranoide es temprana, más bien que profunda.

En cuanto a los mecanismos de escisión, ¿son una cuestión de psicología temprana o de psicología profunda? Me parece que es importante conocer la respuesta, porque ella indicaría el desarrollo del yo y el papel desempeñado por la madre. Podemos referirnos a lo profundo como una parte del infante, pero cuando hablamos de lo temprano tenemos que tomar en cuenta el ambiente auxiliar del yo que constituye un rasgo importante en las primeras etapas de la dependencia extrema.

Ahora bien, el observador directo de infantes debe admitir que el analista formule ideas sobre la muy temprana infancia que quizá sean psicológicamente ciertas pero no demostrables; sin duda a veces la observación directa permite demostrar que lo que se ha encontrado en análisis no pudo realmente existir en el momento conjeturado, a causa de las limitaciones de la inmadurez. Ahora bien, lo que se encuentra en el análisis no queda invalidado porque la observación directa demuestre que es erróneo. La observación directa sólo prueba que los pacientes han antedatado ciertos fenómenos, dándole de ese modo al analista la impresión de que las cosas sucedieron a una edad en la que en realidad eran imposibles.

Hay algunos conceptos que me parecen ciertos mientras estoy analizando, pero falsos cuando observo infantes en mi clínica. Kris (1951) continúa diciendo: "Las observaciones ... realizadas en una gran cantidad de marcos han confirmado la importancia del ambiente concreto en el desarrollo del niño". Muchos analistas subestiman de modo sutil ese ambiente concreto al no enunciar cuidadosamente que conocen y toman en cuenta el factor ambiental. Es muy difícil llegar a la médula de la controversia, pero en casos como éstos hay que tratar de hacerlo. Si lo cada vez más profundo, según se lo formula en el trabajo analítico, significa lo cada vez más precoz, es necesario dar por sentado que el infante inmaduro de unas pocas semanas puede tomar conciencia del ambiente. No obstante, sabemos que el infante no se percata del ambiente como tal, sobre todo cuando ese ambiente es bueno o suficientemente bueno. Por supuesto, el ambiente induce reacciones cuando falla en algunos aspectos importantes, pero lo que denominamos un ambiente bueno es algo que sencillamente se da

por sentado. En las etapas tempranas, el infante no tiene ningún conocimiento del ambiente, es decir, ningún conocimiento que pueda recogerse y presentarse como material en el análisis. La concepción de lo ambiental tiene que añadirla el analista.

Cuando un analista nos lleva a comprender más profundamente el material presentado por el paciente, no basta con que diga que reconoce la importancia del factor externo. En una formulación de la psicología completa del niño que pueda ponerse a prueba mediante la observación directa, el analista debe revestir imaginativamente con el ambiente el material presentado por el paciente: con el ambiente implícito pero que el paciente no puede aportar en el análisis porque nunca ha tomado conciencia de él. He ilustrado este hecho en una historia clínica publicada, en la cual el paciente tenía la sensación de que lo hacían dar vuelta en un momento de repliegue, y yo interpreté un ambiente implícito pero del que no podía decirse nada. No hay supervivencia emocional o física del infante sin su ambiente. Por empezar, sin el ambiente el infante caería interminablemente. El infante sostenido o tendido en una cuna no toma conciencia de que se lo salva de caer interminablemente. Pero una ligera falla del sostén suscita en el niño una sensación de caída perpetua. En el análisis, el paciente puede comunicar la sensación de caída, que data de los días más tempranos, pero no decir nada del sostén que recibía en esa etapa del desarrollo.

Lo "cada vez más profundo" nos lleva alas raíces instintivas del individuo, pero no nos proporciona ninguna indicación sobre la dependencia común y la dependencia que no ha dejado en él ninguna huella, aunque son características de la vida temprana.

Afirmo que si se reconociera esta diferencia esencial entre lo profundo y lo temprano sería más fácil que los observadores directos y los analistas se pusieran de acuerdo entre sí. Siempre será el observador directo quien le diga al analista que aplica sus teorías a una etapa demasiado temprana. Los analistas seguirán diciéndole al observador directo que en la naturaleza humana hay mucho más que lo que puede observarse directamente. En cierto sentido esto no presenta ninguna dificultad, salvo la de llevar a la discusión un conjunto de interesantes temas teóricos. Pero en la práctica hay razones por las cuales es muy importante que sepamos lo que es y lo que no es aplicable a la más temprana infancia.

El psicoanálisis tiene mucho que aprender de quienes realizan la observación directa de infantes, de las madres y sus infantes juntos, y de los niños pequeños en el ambiente en el que viven naturalmente. Por otro lado, la observación directa no puede por sí misma construir una psicología de la infancia temprana. La cooperación constante entre analistas y observadores directos puede correlacionar lo profundo en el análisis con lo temprano en el desarrollo del infante.

En pocas palabras: un infante humano debe recorrer alguna distancia desde lo temprano para tener la madurez que le permita ser profundo.

Biblioteca D. Winnicott

La teoría de la relación entre progenitores-infante

Este trabajo, junto con uno de la doctora Phyllis Greenacre sobre el mismo tema, fue sometido a discusión en el 22º Congreso Internacional Psicoanalítico, realizado en Edimburgo en 1961. Se publicó por primera vez en el Int. J. Psycho-Anal., 41, págs. 585-95.

Es posible que el tema principal de este escrito pueda exponerse del mejor modo mediante una comparación del estudio de la infancia con el estudio de la transferencia psicoanalítica (1). Nunca podrá subrayarse lo bastante que lo que digo se refiere a la infancia, y no primordialmente al psicoanálisis. La razón por la cual es indispensable comprenderlo toca las raíces de la cuestión. Si este escrito no realiza un aporte constructivo, no hará más que sumarse a la confusión existente acerca de la importancia relativa de las influencias personales y ambientales en el desarrollo del individuo.

En el psicoanálisis tal como lo conocemos no hay ningún trauma al margen de la omnipotencia del individuo. Todo cae finalmente bajo el control del yo, y por lo tanto queda relacionado con los procesos secundarios. Al paciente no lo ayuda que el analista diga "su madre no fue lo bastante buena", "en realidad su padre la sedujo", o "su tía la abandonó". En un análisis se producen cambios cuando los factores traumáticos entran en el material psicoanalítico a la manera del paciente, y en el seno de la omnipotencia del paciente. Las interpretaciones que producen cambios son las que pueden realizarse en términos de proyección. Lo mismo se aplica a los factores benéficos, los factores que conducen a la satisfacción. Todo es interpretado en los términos del amor y la ambivalencia del individuo. El analista está preparado para aguardar hasta encontrarse en condiciones de hacer exactamente este tipo de trabajo.

Pero al infante le ocurren cosas buenas y malas que están totalmente fuera de su alcance. De hecho, la infancia es el período en el cual todavía está en proceso de formación la capacidad para recoger los factores externos en el ámbito de la omnipotencia del infante. El yo auxiliar del cuidado materno le permite vivir y desarrollarse a pesar de no ser aún capaz de controlar o de sentirse responsable por lo bueno y malo del ambiente.

De los acontecimientos de esas primeras etapas no puede pensarse que se pierden en virtud de lo que ahora conocemos como mecanismos de represión, y por lo tanto los analistas no pueden esperar que aparezcan como resultado del trabajo que atenúa las fuerzas de la represión. Es posible que Freud pensara en esos problemas cuando empleó la expresión "represión primaria", pero esto está abierto a la discusión. Lo seguro es que lo que estamos examinando aquí ha sido dado por sentado en gran parte de la literatura psicoanalítica (2).

He dicho que el analista está preparado para aguardar hasta que el paciente sea capaz de presentar los factores ambientales en términos que permitan su interpretación como proyecciones. En un caso bien escogido, este resultado surge de la capacidad del paciente para confiar, que es redescubierta en la confiabilidad del analista y en el encuadre profesional. A veces el analista tiene que esperar mucho, y en el caso mal elegido para el psicoanálisis clásico es probable que la confiabilidad del analista sea el factor más importante (o más importante que las interpretaciones), porque el paciente no la experimentó en el cuidado materno de la infancia, y para poder hacer uso de ella necesitará encontrarla por vez primera en la conducta del analista. Esta parece ser la base de la investigación sobre el problema de lo que puede hacer un psicoanalista en el tratamiento de la

esquizofrenia y las otras psicosis.

En los casos fronterizos no siempre esperamos en vano; con el transcurso del tiempo, el paciente llega a ser capaz de usar como proyecciones la interpretación psicoanalítica de los traumas originales. Puede incluso suceder que esté en condiciones de aceptar lo que es bueno en el ambiente como una proyección de los elementos simples y estables del "seguir siendo", derivados de su propio potencial hereditario.

La paradoja está en que lo bueno y lo malo del ambiente del infante no son en realidad proyecciones pero, a pesar de esto, para que el infante se desarrolle sanamente es necesario que todo le parezca una proyección. Aquí encontramos operando la omnipotencia y el principio de placer, como sin duda lo hacen en la más temprana infancia, y a esta observación podemos añadir que el reconocimiento de un "no-yo" verdadero es una cuestión de intelecto; pertenece al refinamiento extremo y a la madurez del individuo.

En los escritos de Freud, la mayor parte de las formulaciones concernientes a la infancia derivan del estudio de los adultos en análisis. Hay algunas observaciones directas (el material de 1920 sobre el carretel), y está el análisis de Juanito (1909). A primera vista, parecería que gran parte de la teoría psicoanalítica trata sobre la niñez temprana y la infancia, pero en cierto sentido puede decirse que Freud ha desatendido a la infancia como estado. Lo pone de relieve una nota al pie de "Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico" (1911, pág. 220 de la edición inglesa), en la cual se ve que reconoce que está dando por sentadas las mismas ideas que sometemos a discusión en este artículo. En el texto, Freud rastrea el desarrollo desde el principio de placer hasta el principio de realidad, siguiendo su curso usual de reconstrucción de la infancia de sus pacientes adultos. La nota dice lo siguiente:

Se me objetará con todo derecho que una organización que era esclava del principio de placer y desatendía la realidad del mundo externo no podía mantenerse viva ni un tiempo mínimo, de modo que no podría haber llegado a existir en absoluto. No obstante, el empleo de una ficción como ésta se justifica cuando uno considera que el infante -siempre y cuando se incluya con él el cuidado que recibe de su madre casi realiza un sistema físico de este tipo.

Freud rinde tributo a la función del cuidado materno, y debe suponerse que abandona el tema porque no está preparado para discutir todo lo que implica. La nota continúa:

Probablemente el niño alucina la satisfacción de sus necesidades internas; revela su displacer cuando se produce un incremento del estímulo y una ausencia de satisfacción mediante la descarga motriz del llanto y agitando brazos y piernas; entonces experimenta la satisfacción que ha alucinado. Más tarde, como niño mayor, aprende a emplear intencionalmente esas manifestaciones de descarga como métodos para expresar sus sentimientos. Puesto que el cuidado ulterior de los niños sigue el modelo del cuidado de los infantes, el dominio del principio de placer sólo puede llegar realmente a su fin cuando el niño ha logrado un desligamiento psíquico completo respecto de sus progenitores.

Las palabras "siempre y cuando se incluya con él el cuidado que recibe de su madre" tienen una gran importancia en el contexto de este estudio. El infante y el cuidado materno, juntos, forman una unidad (3). Sin duda, si se estudia la teoría de la relación progenitores-infante, es necesario tomar una decisión sobre estas cuestiones, que conciernen al significado real de la palabra dependencia. No basta con reconocer que el ambiente es importante. En una discusión de la teoría de la relación progenitores-infante, se forman dos grupos antagónicos si hay quienes no admiten que en las primeras etapas el infante y el cuidado materno se pertenecen recíprocamente y son inextricables. Estas dos cosas, el infante y el cuidado materno, se deslindan y disocian en la salud, y la salud, que significa tantas cosas, en alguna medida significa desenredar el cuidado materno en algo que entonces llamamos el infante o los principios de un niño en crecimiento. Esta idea queda cubierta por las palabras de Freud en el final de la nota al pie: "el dominio del principio de placer sólo puede llegar

realmente a su fin cuando el niño ha logrado un desligamiento físico completo respecto de sus progenitores". (Más adelante examinaremos la parte central de la nota al pie, en una sección en la que propondremos que estas palabras de Freud son inadecuadas y en cierto sentido desorientan, si se considera que se refieren a la primera etapa.).

La palabra "infante"

En este escrito entendemos que la palabra infante designa al niño muy pequeño. Es necesario decirlo, porque en las obras de Freud esta palabra parece incluir al niño hasta la edad de la superación del complejo de Edipo. En realidad, "infante" implica "que no habla" (infans), y no resulta inútil pensar en la infancia como la fase anterior a la aparición de la palabra y al empleo de símbolos verbales. Se infiere que Freud está refiriéndose a una fase en la cual el infante depende de un cuidado materno basado más en el empatía de la madre que en lo que es o puede ser expresado verbalmente.

Este es en lo esencial un período de desarrollo del yo, y la integración es el rasgo principal de ese desarrollo. Las fuerzas del ello reclaman atención. Al principio son externas al infante. En la salud, el ello se recoge al servicio del yo, y el yo lo domina, de modo que las identificaciones del ello pasan a fortalecer al yo. No obstante, éste es un logro del desarrollo sano, y en la infancia hay muchas variantes que dependen del fracaso relativo de este proceso. En la mala salud los logros infantiles de este tipo sólo han sido alcanzados en un grado mínimo, o quizá se alcanzaron y perdieron. En la psicosis infantil (o esquizofrenia) el ello sigue siendo relativa o totalmente "externo" al yo; sus satisfacciones siguen siendo físicas, y tienen el efecto de amenazar la estructura del yo, hasta que se organizan defensas de calidad psicótica (4).

Estoy sosteniendo que la razón principal por la cual en el desarrollo infantil el infante por lo común llega a ser capaz de dominar al ello, y el yo capaz de incluirlo, es el hecho del cuidado materno, mientras el yo materno instrumenta el yo del infante y de ese modo le da poder y estabilidad. Habrá que examinar cómo se produce este proceso, y también cómo el yo del infante llega finalmente a liberarse del yo auxiliar de la madre, de modo tal que el niño se desliga mentalmente de ella, consiguiendo diferenciarse en un self personal separado.

Para examinar la relación progenitores-infante es necesario en primer lugar intentar una breve exposición de la teoría del desarrollo emocional del infante.

Historia

En el desarrollo de la teoría psicoanalítica, las primeras hipótesis tenían que ver con el ello y con los mecanismos de defensa del yo. Se entendía que el ello entraba en escena muy tempranamente; el descubrimiento y la descripción por Freud de la sexualidad pregenital, sobre la base de sus observaciones de los elementos regresivos hallados en la fantasía genital y en el juego y los sueños, constituyen rasgos principales de la psicología clínica.

Los mecanismos de defensa del yo fueron formulándose gradualmente (5). Se supuso que esos mecanismos se organizaban en relación con la angustia derivada de la tensión instintiva o de la pérdida del objeto. Esta parte de la teoría psicoanalítica presupone una separatividad del self y una estructuración del yo, quizás un esquema corporal personal. En la primera parte de este escrito todavía no podemos dar por sentado este estado de cosas. La discusión se centra precisamente en el establecimiento de este estado de cosas, es decir, de la estructuración del yo que hace posible la angustia a partir de la tensión instintiva o de la pérdida del objeto. En esta etapa temprana la angustia no es angustia de castración, ni de separación; se relaciona con algo totalmente distinto, y de hecho constituye angustia de aniquilación (cf. la afánisis de Jones).

En la teoría psicoanalítica, los mecanismos de defensa del yo en gran medida suponen la idea de un niño que tiene independencia, una organización defensiva verdaderamente personal. En esta transición del desarrollo, las investigaciones de Klein se suman a la teoría freudiana, clarificando el interjuego de los mecanismos de defensa con las angustias primitivas. El trabajo de Klein tiene que ver con la más temprana infancia, y llana la atención sobre la importancia de los impulsos agresivos y destructivos, más profundamente arraigados que los reactivos a la frustración y relacionados con el odio y la rabia; esta autora también realiza una disección de las defensas tempranas contra las angustias primitivas, propias de las primeras etapas de la organización mental (escisión, proyección e introyección).

Lo que se describe en la obra de Melanie Klein pertenece claramente a la vida del infante en las primeras fases y al período de dependencia que nos ocupa en este artículo. Melanie Klein deja en claro que ella reconoce que el ambiente es importante en ese período, y de diversos modos en todas las etapas (6). No obstante, yo sostengo que el trabajo de esta estudiosa y de sus colaboradores deja abierto para una consideración ulterior el tema del desarrollo de la dependencia completa, que aparece en la frase de Freud "... el infante, siempre y cuando se incluya con él el cuidado que recibe de su madre...". No hay nada en la obra de Klein que contradiga la idea de una dependencia absoluta, pero me parece que tampoco hay referencia específica a la etapa en que el infante sólo existe gracias al cuidado materno, con el cual forma una unidad.

Lo que aquí estoy formulando para su consideración es la diferencia entre la aceptación por el analista de la realidad de la dependencia y su trabajo con ella en la transferencia (7).

Parecería que el estudio de las defensas del yo retrotrae al investigador a las manifestaciones pregenitales del ello, mientras que el estudio de la psicología del yo lo lleva a la dependencia, a la unidad cuidado materno-infante.

Una mitad de la teoría de la relación progenitores-infante tiene que ver con el infante: es la teoría del recorrido del infante desde el principio de placer hasta el principio de realidad, y desde el autoerotismo hasta las relaciones objetales. La otra mitad de la teoría de la relación progenitores-infante se refiere al cuidado materno, es decir, a las cualidades y los cambios de la madre, que satisfacen las necesidades específicas y el desarrollo del niño hacia el que ella se orienta.

A. El infante

En esta parte del estudio, la palabra clave es dependencia. Los infantes no pueden empezar a ser sino en ciertas condiciones. Las estudiamos más adelante, pero forman parte de la psicología del infante. Los infantes llegan a ser de modo diferente, según las condiciones sean favorables o desfavorables. Al mismo tiempo, esas condiciones no determinan el potencial de la criatura. Este es heredado y resulta legítimo estudiarlo como un tema separado, siempre y cuando se acepte que el potencial heredado por un infante no puede convertirse en un infante a menos que esté vinculado con el cuidado materno.

El potencial heredado incluye la tendencia al crecimiento y desarrollo. A todas las etapas del crecimiento emocional, pueden asignárseles fechas aproximadas. Es presumible que todas las etapas del desarrollo tienen su fecha especial en cada niño individual. No obstante, no se trata sólo de que esas fechas varían de niño a niño, sino también de que, aunque se las conociera de antemano en el caso de un niño dado, no podrían utilizarse para predecir el desarrollo real de ese niño, a causa del otro factor, el cuidado materno. A lo sumo, sólo pueden tener algún valor predictivo si se da por sentado un cuidado materno adecuado en los aspectos importantes. (Obviamente, esto no significa "adecuado" sólo en el sentido físico; más adelante examinamos el significado de la adecuación y la inadecuación en este contexto.)

El potencial heredado y su destino

En este punto es necesario intentar describir brevemente lo que sucede con el potencial heredado cuando éste se convierte en un infante, y más tarde en un niño, un niño que se orienta hacia la existencia independiente. A causa de las complejidades del tema, es preciso basar esta descripción en el supuesto de un cuidado materno satisfactorio, que en realidad significa cuidado parental. El cuidado parental satisfactorio puede dividirse aproximadamente en tres etapas que se superponen:

- a) Sostén.
- b) La madre y el niño viven juntos. El infante no conoce la función del padre (ocuparse del ambiente para la madre).
- c) Padre, madre e infante viven juntos.

Empleamos el término "sostén" para denotar no sólo el sostén físico del infante, sino también toda la provisión ambiental anterior al concepto de vivir con. En otras palabras, se refiere a una relación tridimensional o espacial, a la que gradualmente va añadiéndose el tiempo. El sostén, aunque comienza antes, después se superpone con las experiencias instintivas que con el transcurso del tiempo determinarán las relaciones objetales. Incluye el manejo de experiencias intrínsecas de la existencia tales como el completamiento (y por lo tanto el no-completamiento) de los procesos, procesos éstos que desde fuera pueden parecer puramente fisiológicos, pero que son propios de la psicología del infante y se producen en un campo psicológico complejo, determinado por la conciencia y la empatía de la madre. (Más adelante examinamos detalladamente el concepto de sostén.)

La expresión "vivir con" implica relaciones objetales, y que el infante emerge de su estado de fusión con la madre, o su percepción de los objetos como externos al ser.

En este estudio nos interesa especialmente la etapa de "sostén" del cuidado materno, y los acontecimientos complejos del desarrollo psicológico del infante relacionados con esa fase. Pero debe recordarse que la división entre fase y fase es artificial, y sólo se la adopta por conveniencia, para llegar a una definición más clara.

El desarrollo del infante durante la fase de sostén

A la luz de lo que hemos dicho pueden enumerarse algunas características del desarrollo del infante durante esta fase. En ella son realidades vivas:

el proceso primario, la identificación primaria, el autoerotismo, el narcisismo primario.

El yo pasa de un estado no integrado a una integración estructurada, con lo cual el infante adquiere la capacidad de experimentar la angustia asociada con la desintegración. La palabra "desintegración" comienza a tener un sentido que no tenía antes de que la integración del yo fuera un hecho. Si el desarrollo es sano, en esta etapa el infante conserva la capacidad de reexperimentar estados no integrados, pero esto depende de la continuación de un cuidado materno confiable, o de la constitución en el infante de recuerdos del cuidado materno, que gradualmente empieza a ser percibido como tal. El resultado de un progreso sano en el desarrollo del infante en esta etapa es que se logra lo que podríamos llamar "estado de unidad". El infante se convierte en una persona, en un individuo por derecho propio.

Con este logro está asociada la existencia psicósomática del infante, que comienza a adoptar una pauta personal; me he referido a esto como a la psique que habita o reside en el soma (8). La base de esta residencia es la vinculación de las experiencias motrices, sensoriales y funcionales con el nuevo estado del infante como persona. Como continuación del desarrollo aparece lo que podría denominarse "membrana limitadora", que en alguna medida (y en la salud) equivale a la superficie de la piel, y que ocupa una posición intermedia entre el

"yo" y el "no-yo" del infante. De modo que éste empieza a tener un interior y un exterior, y un esquema corporal. Adquieren sentido las funciones de incorporación y expulsión; además va justificándose cada vez más postular una realidad psíquica personal o interior del infante (9).

Durante la fase de sostén se inician otros procesos; el más importante es el alborear de la inteligencia y el comienzo de la mente como algo distinto de la psique. Allí se inicia la historia de los procesos secundarios y del funcionamiento simbólico así como de la organización de un contenido psíquico personal, que da base al soñar y a las relaciones de vida.

Al mismo tiempo empiezan a converger en el infante dos raíces de la conducta impulsiva. El término "fusión" designa el proceso positivo en virtud del cual los elementos difusos propios del movimiento y del erotismo muscular se fusionan (en la salud) con el funcionamiento orgiástico de las zonas erógenas. Con este concepto estamos más familiarizados en el proceso inverso de desfusión, que es una defensa complicada en la cual la agresión queda separada de la experiencia erótica al cabo de un período en el cual se había logrado un cierto grado de fusión. Todos estos desarrollos corresponden a la condición ambiental del sostén, y sin un sostén suficientemente bueno estas etapas no se alcanzan, o si se alcanzan no quedan establecidas.

El paso siguiente en el desarrollo es la capacidad para las relaciones objetales. El infante pasa de una relación con un objeto concebido subjetivamente a una relación con un objeto percibido objetivamente. Este cambio está estrechamente ligado con la evolución del infante, que deja de estar fusionado con la madre y se separa de ella, o se relaciona con ella como algo separado y "no-yo". Si bien este avance no está específicamente relacionado con el sostén, sí se vincula con la fase de "vivir con"...

Dependencia

En la fase de sostén el infante se encuentra en una dependencia máxima. La dependencia puede clasificarse como sigue:

(i) Dependencia absoluta. En este estado el infante no tiene modo alguno de conocer el cuidado materno, que en gran medida tiene que ver con la profilaxis. La criatura no tiene el control de lo que está bien y lo que está mal hecho; sólo puede sacar partido o sufrir la perturbación.

(ii) Dependencia relativa. El infante se da cuenta de la necesidad que tiene de los detalles del cuidado materno y en medida creciente los relaciona con sus impulsos personales; más tarde, en un tratamiento psicoanalítico, puede reproducirlos en la transferencia.

(iii) Hacia la independencia. El infante desarrolla medios para pasar sin cuidado real. Lo logra gracias a la acumulación de recuerdos de cuidado, a la proyección de las necesidades personales y a la introyección de detalles de cuidado con el desarrollo de confianza en el ambiente. Debe añadirse el elemento de la comprensión intelectual, con sus enormes consecuencias.

El aislamiento del individuo

Otro fenómeno de esta fase que es necesario considerar es la ocultación del núcleo de la personalidad. Examinemos el concepto de un self central o verdadero. Puede decirse que el self central es el potencial heredado que experimenta una continuidad del ser y adquiere a su propio modo y a su propia velocidad una realidad psíquica y un esquema corporal personales (10). Parece necesario introducir el concepto del aislamiento de ese self central como una característica de la salud. Cualquier amenaza a ese aislamiento del self verdadero en esta etapa temprana genera una angustia importante, y las defensas de la temprana infancia

aparecen en relación con el fracaso de la madre (o del cuidado materno) en prevenir las intrusiones capaces de perturbar ese aislamiento.

La organización del yo puede salir al paso y abordar esas intrusiones, que quedarán recogidas en la omnipotencia del infante y serán sentidas como proyecciones (11). Por otra parte, a veces irrumpen a través de esta defensa, a pesar del yo auxiliar que proporciona el cuidado materno. Entonces se ve afectado el núcleo central del yo, y en esto consiste la naturaleza misma de la angustia psicótica. En la salud, el individuo pronto se vuelve invulnerable en este sentido, y si hay intrusión de factores externos sólo resulta un nuevo grado y una nueva calidad de la ocultación del self central. En este caso la mejor defensa es la organización de un self falso. Las satisfacciones instintivas y las relaciones objetales en sí constituyen una amenaza al "seguir siendo" personal del individuo. Por ejemplo, un bebé toma el pecho y obtiene satisfacción. El hecho en sí no indica si tiene una experiencia yo-sintónica del ello o, por el contrario, padece el trauma de una seducción, una amenaza a la continuidad del yo personal, la amenaza de una experiencia del ello que no es yo-sintónica y para tratar con la cual el yo no está dotado.

En la salud, las relaciones objetales pueden desarrollarse sobre la base de una transacción que compromete al individuo en lo que más tarde se denominaría engaño y deshonestidad, mientras que la relación directa sólo es posible sobre la base de la regresión a un estado de fusión con la madre.

La aniquilación (12)

En estas primeras etapas de la relación progenitores-infante, la angustia está relacionada con la amenaza de aniquilación, y es necesario explicar qué entendemos por este término.

En un lugar caracterizado por la existencia esencial de un ambiente que sostiene, el "potencial heredado" se convierte en una "continuidad de ser". La alternativa a ser es reaccionar, y el reaccionar interrumpe el ser y aniquila. Ser y aniquilación son las dos alternativas. Por lo tanto, la función principal del ambiente sostenedor es la reducción a un mínimo de las intrusiones a las que el infante debe reaccionar, con la consiguiente aniquilación del ser personal. En condiciones favorables, el infante establece una continuidad de existencia, y a continuación empieza a desarrollar los recursos más sutiles que hacen posible recoger las intrusiones en el ámbito de la omnipotencia. En esta etapa la palabra muerte no tiene ninguna aplicación posible, por lo cual la expresión "instinto de muerte" es inaceptable para describir la raíz de la destructividad. La muerte no tiene ningún sentido hasta la aparición del odio y el concepto de la persona humana total. Cuando se puede odiar y cuando se alcanza el concepto de persona humana total, la muerte tiene significado, y a esto le sigue de cerca lo que puede denominarse "mutilación"; la persona total odiada y amada se mantiene viva gracias a que se la castra o mutila de algún otro modo, en lugar de matarla. Estas ideas son propias de una fase ulterior a la caracterizada por la dependencia respecto del ambiente sostenedor.

La nota al pie de Freud, reexaminada

En este punto debemos volver a considerar la afirmación de Freud citada anteriormente. Freud escribe: "Probablemente (el bebé) alucina la satisfacción de sus necesidades internas; revela su malestar por el incremento de la estimulación y la demora de la satisfacción a través de la descarga motriz del llanto y la lucha, y entonces experimenta la satisfacción alucinada". La teoría expuesta en esta parte del enunciado no se aplica a la fase más temprana. Con estas palabras ya se hace referencia a las relaciones objetales, y la validez de esta parte del enunciado de Freud depende de que da por sentados los aspectos anteriores del cuidado materno, que aquí describimos como propios de la fase de sostén. Por otra parte, esta oración de Freud se ajusta exactamente a la fase siguiente, caracterizada por una relación entre el infante y la madre en la cual dominan las relaciones

objetales y las satisfacciones instintivas o de las zonas erógenas, es decir, cuando el desarrollo continúa bien.

B. La función del cuidado materno

A continuación trataré de describir algunos aspectos del cuidado materno, especialmente el sostén. En este estudio el concepto de sostén es importante, y necesitamos desarrollar más esta idea. Utilizamos la palabra para introducir un desarrollo completo del tema contenido en la frase de Freud "...cuando uno considera que el infante -siempre y cuando incluya con él el cuidado que recibe de su madre- casi realiza un sistema psíquico de este tipo". Me refiero al estado real inicial de la relación infante-madre, cuando el primero aún no ha separado un self del cuidado materno, respecto del cual está en una dependencia absoluta en el sentido psicológico (13).

En esta etapa el infante necesita, y de hecho habitualmente obtiene, una provisión ambiental con ciertas características:

Satisface sus necesidades fisiológicas; la fisiología y la psicología aún no son distintas o están en proceso de diferenciación; y es confiable, pero no mecánicamente confiable; es confiable de un modo que indica empatía de la madre.

El sostén:

protege de la agresión fisiológica; toma en cuenta la sensibilidad dérmica del infante -el tacto, la temperatura, la sensibilidad auditiva, la sensibilidad visual, la sensibilidad a la caída (a la acción de la gravedad)- y su desconocimiento de la existencia de nada que no sea el self; incluye la totalidad de la rutina del cuidado a lo largo del día y la noche, que no es la misma para dos infantes cualesquiera, porque forma parte del infante, y no hay ningún par de infantes que sean iguales; también sigue los minúsculos cambios cotidianos, tanto físicos como psicológicos, propios del crecimiento y desarrollo del infante.

Debe observarse que las madres que espontáneamente proporcionan un cuidado suficientemente bueno, pueden mejorarlo si ellas mismas son cuidadas de un modo que reconozca la naturaleza esencial de su tarea. Las madres que no proporcionan un cuidado suficientemente bueno de modo espontáneo, no estarán en condiciones de hacerlo como consecuencia de la mera instrucción.

El sostén incluye especialmente sostener físicamente al infante, lo que es una forma de amar, quizá la única con la que la madre puede demostrarle su amor al niño. Hay quienes pueden sostener a un infante y quienes no pueden. Estas últimas generan rápidamente en la criatura una sensación de inseguridad y llanto angustiado.

Todo esto conduce al establecimiento de las primeras relaciones objetales y las primeras experiencias de gratificación instintiva y también lo incluye y coexiste con él (14).

Sería erróneo anteponer la gratificación instintiva (alimentación, etcétera) o las relaciones objetales (relación con el pecho) a la cuestión de la organización del yo (es decir, al yo del infante reforzado por el yo materno). La base de la satisfacción instintiva y de las relaciones objetales es la manipulación, el manejo y el cuidado generales del infante que, cuando todo marcha bien, se dan por sentados con mucha facilidad.

La salud mental del individuo (en el sentido de estar libre de psicosis), o el riesgo de psicosis (esquizofrenia) tienen como base este cuidado materno, que cuando es el correcto apenas se advierte y constituye una prolongación de la provisión fisiológica característica del estado prenatal. Esta provisión ambiental es también una prolongación de la vivacidad tisular y la salud funcional que proporcionan un silencioso pero vitalmente importante respaldo al yo del infante. De este modo, la esquizofrenia, la psicosis infantil o el riesgo de psicosis a más edad están relacionados con una falla de la provisión ambiental. Pero esto no significa que los efectos

negativos de esa falla no puedan describirse en los términos de una distorsión del yo y de las defensas contra las angustias primitivas -esto es, en los términos del individuo-. Se verá que el trabajo de Klein sobre los mecanismos de defensa de la escisión, y sobre las proyecciones, introyecciones, etcétera, intenta exponer los efectos de la falla de la provisión ambiental en los términos del individuo. Ese trabajo acerca de los mecanismos primitivos proporciona la clave de sólo una parte de la cuestión, y la reconstrucción del ambiente y sus fallas es la clave de la otra parte. Esta otra parte no puede aparecer en la transferencia, porque el paciente no conoce ni los aspectos buenos ni los aspectos insuficientes del cuidado materno, tal como éste se dio en el escenario infantil original.

Examen de un detalle del cuidado materno

Daré un ejemplo para ilustrar un aspecto sutil del cuidado del infante. Mientras el infante está fusionado con la madre, lo mejor es que ésta comprenda las necesidades de la criatura con la mayor exactitud posible. No obstante, con el final de la fusión se produce un cambio, y ese final no es necesariamente gradual. En cuanto la madre y el infante quedan separados desde el punto de vista del infante, se observará que la mujer tiende a cambiar de actitud. Todo ocurre como si ella supiera que el bebé ya no espera que comprenda sus necesidades de un modo casi mágico. La madre parece saber que su niño ha adquirido una nueva capacidad, la de emitir una señal para guiarla hacia la satisfacción de sus necesidades. Podría decirse que si la madre conoce tan bien lo que necesita el infante, sólo puede ser por magia y no constituye ninguna base para una relación objetal. Ahora llegamos a las palabras de Freud: "El [el infante] probablemente alucina la satisfacción de sus necesidades internas; revela su displacer, cuando hay un incremento del estímulo y una ausencia de satisfacción, mediante la descarga motriz del llanto y la agitación de brazos y piernas, y entonces experimenta la satisfacción que ha alucinado". En otras palabras, al final de la fusión, cuando el niño se ha separado del ambiente, un rasgo importante es que tiene que dar una señal [\(15\)](#).

Este hecho sutil aparece claramente en la transferencia, en el curso de nuestro trabajo analítico. Es muy importante, salvo cuando el paciente ha sido llevado a una regresión a la más temprana infancia y a un estado de fusión, que el analista no conozca las respuestas, excepto en la medida en que el paciente dé las claves. El analista recoge las claves y hace las interpretaciones; a menudo ocurre que los pacientes no dan claves, por lo cual y sin duda el analista no puede hacer nada. Esta limitación del poder del analista es importante para el paciente, así como lo es el poder del analista, representado por la interpretación correcta realizada en el momento oportuno, y basada en las claves y la cooperación inconsciente del paciente, quien proporciona el material que respalda y justifica la interpretación. Por ello es posible que el analista en formación realice a veces un análisis mejor que los que hará al cabo de unos años, cuando sepa más. Después de haber tenido unos cuantos pacientes, empezará a resultarle tedioso avanzar con la lentitud de cada paciente, y empezará a formular interpretaciones no basadas en el material aportado por el paciente en esa sesión, sino en su propio conocimiento acumulado, o en su adhesión momentánea a cierto grupo de ideas. Esto es inútil para el paciente. El analista puede parecer muy inteligente y quizás el paciente exprese admiración, pero en última instancia la interpretación correcta es un trauma que el paciente tiene que rechazar, porque esa interpretación no es la suya. Se queja de que el analista intente hipnotizarlo, de que aliente una regresión severa a la dependencia, empujándolo de nuevo a una fusión, esa vez con el propio analista.

Lo mismo puede observarse en las madres de infantes; la madre de varios hijos empieza a tener un dominio tal de la técnica del quehacer materno que tiende a hacer todo lo correcto en los momentos oportunos, y entonces al infante que ha comenzado a separarse de ella no le resulta posible lograr el control de las cosas buenas que están sucediendo. Faltan por completo el gesto creativo, el llanto, la protesta, todos los pequeños signos que se suponen suscitan lo que la madre hace, porque la madre se adelanta a satisfacer cada necesidad como si el infante estuviera todavía fusionado con ella, y ella con el infante. De este modo, la madre, por ser una madre aparentemente buena, hace algo peor que castrar. Al infante sólo le quedan dos alternativas: un estado permanente de regresión o fusión con la madre, o bien un rechazo total de la madre, incluso de la madre aparentemente buena.

Vemos por lo tanto que en la infancia y en el manejo de los infantes hay una distinción muy sutil entre la comprensión por la madre de las necesidades del infante basada en la empatía y su ulterior comprensión basada en algo del infante o niño pequeño que indica la necesidad. Este pasaje les resulta particularmente difícil a las madres debido a que los niños vacilan entre un estado y otro; en un momento están fusionados con sus madres y necesitan empatía, al siguiente están separados, y si la madre conoce sus necesidades de antemano es peligrosa, una bruja. Sorprende que algunas madres que carecen por completo de instrucción se adapten muy bien a esos cambios de sus infantes en desarrollo, sin tener ningún conocimiento de la teoría. Este detalle se reproduce en el trabajo psicoanalítico con pacientes fronterizos, y en todos los casos en ciertos momentos de gran importancia, cuando la dependencia en la transferencia es máxima.

El cuidado materno satisfactorio, no advertido

En esta cuestión del cuidado materno del tipo del sostén, es axiomático que cuando todo va bien el infante no puede darse cuenta de lo que se le está proveyendo ni de lo que se le evita sufrir. Por otra parte, cuando las cosas no marchan bien el infante toma conciencia no del fracaso del cuidado materno sino de los resultados, sean cuales fueren, de ese fracaso, es decir que toma conciencia de que reacciona a alguna intrusión. Como resultado del éxito del cuidado materno en el infante se establece una continuidad de ser que constituye la base de la fuerza del yo, mientras que el resultado de cada fracaso del cuidado materno consiste en que la continuidad de ser se ve interrumpida por reacciones a las consecuencias de ese fracaso, con un consiguiente debilitamiento del yo (16).

Tales interrupciones constituyen el aniquilamiento y están evidentemente asociadas con un sufrimiento de calidad e intensidad psicóticas. En el caso extremo, el infante sólo existe sobre la base de una continuidad de reacciones a la instrucción y de recuperaciones después de tales reacciones. Esto presenta un gran contraste con la continuidad de ser que es mi concepción de la fuerza del yo.

C. Los cambios de la madre

En este contexto es importante examinar los cambios que se producen en las mujeres cuando están por tener un bebé o acaban de tenerlo. Estos cambios son al principio casi fisiológicos, y se inician con el sostén físico del bebé en la matriz. No obstante, algo faltaría en la descripción si empleáramos la frase "instinto materno". El hecho es que, en la salud, las mujeres cambian de orientación respecto de ellas mismas y el mundo; ahora bien, por más profundamente arraigados en la fisiología que estén tales cambios, la mala salud mental de la mujer a veces los distorsiona. Es necesario pensar esos cambios en términos psicológicos, a pesar de que pueden existir factores endocrinológicos susceptibles de modificarse por medio de medicación.

No hay duda de que los cambios fisiológicos sensibilizan a la mujer a los más sutiles cambios psicológicos que se producen a continuación.

Poco después de la concepción, o cuando se conoce su posibilidad, la mujer comienza a modificar su orientación, y a preocuparse por los cambios que tienen lugar dentro de ella. De diversos modos su propio cuerpo la alienta a interesarse en ella misma (17). La madre desvía hacia el bebé que crece dentro de ella una parte de su sentido del self. Lo importante es que aquí se origina un estado de cosas que merece la descripción y cuya teoría es necesario elaborar.

El analista que satisface las necesidades de un paciente que en la transferencia revive esas etapas muy tempranas, padece cambios similares de orientación, pero el analista, a diferencia de la madre, tiene que tomar conciencia de la sensibilidad que se desarrolla en él como respuesta a la inmadurez y dependencia del paciente. Esto puede pensarse como una ampliación de la descripción de Freud, que ve al analista en un estado voluntario de atención.

Una descripción detallada de los cambios de orientación de una mujer que va a convertirse en madre o acaba de serlo estaría aquí fuera de lugar; en otra parte he hablado de esos cambios en un lenguaje popular o no técnico (Winnicott, 1949a).

Hay una psicopatología de esos cambios de orientación, y los extremos de anormalidad son la preocupación de quienes estudian la psicología de la locura puerperal. Sin duda existen muchas variaciones cualitativas que no constituyen anormalidades. La anormalidad surge del grado de distorsión.

En general, las madres se identifican de un modo u otro con el bebé que crece dentro de ellas, y así llegan a tener una sensación muy intensa de las necesidades de la criatura. Se trata de una identificación proyectiva. Esta identificación dura un cierto tiempo después del parto, y a continuación va perdiendo gradualmente importancia.

En los casos corrientes, esta especial orientación de la madre hacia el infante va más allá del proceso del parto. La madre sin distorsiones en este aspecto está preparada para abandonar su identificación con el infante cuando éste necesita separarse. Es posible proporcionar un buen cuidado inicial, pero no completar el proceso por la incapacidad para dejar que llegue a su fin, de modo que la madre tiende a seguir fusionada con su infante y a demorar la separación de éste respecto de ella. En todo caso, es difícil para la madre separarse de su infante a la velocidad con la que el infante necesita separarse de ella (18).

A mi juicio, lo importante es que a través de su identificación con el infante la madre sepa cómo se siente la criatura, y pueda proporcionarle casi exactamente lo que necesita en el modo de sostén y, en general, en la provisión de un ambiente. Sin esa identificación, entiendo que el infante no obtiene lo que necesita al principio, que es una adaptación viva a sus necesidades. Lo principal es el sostén físico, que constituye la base de todos los aspectos más complejos del sostén y de la provisión ambiental en general.

Es cierto que una madre puede tener un bebé muy diferente de ella, que la lleve a cometer errores de cálculo. (quizás el bebé sea más rápido o más lento que la madre, etcétera. Entonces pueden producirse momentos en los que lo que la mujer siente como necesidades del bebé no sean las reales. Pero parece ser común que las madres no distorsionadas por la mala salud o la tensión ambiental del día tiendan en general a conocer con bastante exactitud lo que necesitan sus infantes, y además les gusta satisfacer esas necesidades. Esta es la esencia del cuidado materno.

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

Todo esto tiene significación para el analista. Sin duda, para lograr una visión clara de lo que sucede en la infancia en sí, el mejor método no es la observación directa de infantes, sino el estudio de la transferencia en el encuadre analítico. Este trabajo sobre la dependencia infantil deriva del estudio de los fenómenos de la transferencia y la contratransferencia propios del compromiso del psicoanalista con los casos fronterizos. En mi opinión, este compromiso es una extensión legítima del psicoanálisis; en ella la única modificación real es el diagnóstico de la enfermedad del paciente, cuya etiología es anterior al complejo de Edipo, y envuelve una distorsión en la época de la dependencia absoluta.

Freud pudo descubrir de un nuevo modo la sexualidad infantil porque la reconstruyó a partir de su trabajo analítico con pacientes psiconeuróticos. Al ampliar su trabajo para abarcar el tratamiento del paciente psicótico fronterizo nos resulta posible a nosotros reconstruir la dinámica de la infancia y de la dependencia infantil, y el cuidado materno que satisface esa dependencia.

Resumen

(i) Se realiza un examen de la infancia; esto no es lo mismo que un examen de los mecanismos mentales primitivos.

(ii) El rasgo principal de la infancia es la dependencia; se la considera en los términos del ambiente que proporciona sostén.

(iii) Todo estudio de la infancia debe dividirse en dos partes:

(a) el desarrollo del infante facilitado por un cuidado materno suficientemente bueno; y

(b) el desarrollo del infante distorsionado por un cuidado materno que no es lo suficientemente bueno.

(iv) Se puede decir que el yo del infante es débil, pero en realidad es fuerte gracias al yo auxiliar del cuidado materno. Cuando el cuidado materno falla, la debilidad del yo del infante se pone de manifiesto.

(v) En la salud, los procesos que tienen lugar en la madre (y en el padre) generan un estado especial en el cual el progenitor se orienta hacia el infante y de este modo está en condición de satisfacer su dependencia. Hay una patología de estos procesos.

(vi) Se llama la atención acerca de los diversos modos como estas condiciones intrínsecas de lo que aquí denominamos ambiente sostenedor pueden o no aparecer en la transferencia si en una etapa ulterior el infante debe entrar en análisis.

Biblioteca D. Winnicott

La timidez y los trastornos nerviosos en los niños

- 1938 -

EL MÉDICO SE OCUPA, al menos por el momento, de satisfacer las necesidades individuales de un solo paciente, el que acude a él en consulta. Por lo tanto, quizás un médico no sea la persona adecuada para hablar a los maestros, ya que éstos casi nunca tienen la oportunidad de limitar su atención a un solo niño por vez. A menudo deben experimentar el deseo de hacer aquello que parece más apropiado para un niño en particular, pero deben abstenerse por temor a causar un trastorno en todo el grupo.

Ello no significa, sin embargo, que al maestro no le interese estudiar a los niños a su cuidado individualmente, y lo que un médico pueda decir quizás lo lleve a ver con mayor claridad lo que ocurre, por ejemplo, cuando una criatura es tímida, o fóbica. Una mejor comprensión puede llevar a una menor ansiedad y un mejor manejo, aun cuando sólo se puede proporcionar muy pocos consejos directos.

Hay algo que los médicos hacen y que los maestros podrían hacer más a menudo de lo que en realidad ocurre. El médico obtiene de los padres un cuadro tan claro como puede de la vida pasada del niño y de su estado actual, y trata de relacionar los síntomas por los cuales le han traído al niño, con su personalidad y con sus experiencias externas e internas. El maestro no siempre dispone del tiempo necesario o de una buena oportunidad para ello, pero sugiero que las oportunidades que sí se le presentan para el diagnóstico no siempre resultan aprovechadas. A menudo el maestro, puede llegar a saber cómo son los padres de un niño, sobre todo en el caso de progenitores "imposibles", demasiado exigentes o descuidados; también puede averiguar cuál es la posición del niño en la familia. Pero hay tanto más.

Incluso si se ignora el desarrollo interno, a menudo es posible relacionar muchas cosas con hechos tales como la muerte de un hermano, una tía o un abuelo predilecto o, desde luego, la pérdida de uno de los padres mismos. Puedo imaginar un niño que se las arreglaba bastante normalmente hasta que, por ejemplo, un hermano mayor tuvo un accidente y falleció, y desde esa fecha mostró tendencia al malhumor, a tener dolores en las extremidades, a sufrir de insomnio, a exhibir desagrado con respecto a la escuela y encontrar serias dificultades para hacerse de nuevos amigos. En casos como éste, por lo común nadie se molesta en poner de manifiesto estos hechos o en establecer alguna relación entre ellos, y los padres, que disponen de todos esos datos, tienen que hacer frente al mismo tiempo a su propio dolor, por lo cual es probable que no tomen conciencia de la relación entre los cambios operados en el estado del niño y la pérdida sufrida por la familia.

Como consecuencia de tales descuidos en la redacción de la historia clínica, el maestro se une al médico escolar en una serie de errores de manejo que sólo pueden confundir al niño, que anhela alguien que lo ayude a comprender.

Desde luego, la etiología de buena parte de la nerviosidad y la timidez infantiles no es tan simple; las más de las veces no existe ningún evidente factor externo precipitante, pero el maestro debería utilizar un método tal que, de existir tal factor, de ningún modo pudiera pasarse por alto.

Siempre recuerdo un caso muy simple de este tipo, el de una inteligente niña de doce años que se había vuelto muy nerviosa en la escuela y padecía de enuresis nocturna. Nadie parecía haber comprendido que luchaba con el dolor que le había producido la muerte de un hermano muy querido. Ese hermano se había alejado del hogar por una semana o dos, debido a una fiebre infecciosa, pero no regresó al cabo de ese tiempo, pues comenzó a sufrir de dolores que resultaron atribuibles a una tuberculosis ósea. La hermana se había alegrado, tal como el resto de la familia, de que se lo internara en un excelente hospital para tuberculosos. A medida que transcurrían los días, el muchacho sufría dolores cada vez más agudos, y cuando por fin murió de una tuberculosis generalizada, ella volvió a alegrarse. Todos afirmaron que era un gran alivio.

Las cosas se habían desarrollado de tal modo que la niña nunca experimentó un profundo dolor y, no obstante, el dolor estaba allí esperando que se lo reconociera. La sorprendí con una pregunta inesperada: "¿Tú lo querías, no es así?", que produjo pérdida de control y torrentes de lágrimas. Como consecuencia, la niña volvió a su actitud normal en la escuela, y la enuresis nocturna desapareció.

Semejante oportunidad para la terapia directa no se presenta todos los días, pero este caso ilustra la impotencia del maestro y el médico que no saben tomar una historia clínica precisa.

A veces un diagnóstico sólo resulta evidente después de una prolongada investigación. Una niña de diez años asistía a una escuela donde se prestaba mucha atención a cada alumno. Entrevisté a su maestra, quien me dijo: "Esta niña es nerviosa y tímida, como tantas otras. Yo misma era terriblemente tímida en mi infancia, y comprendo esa situación. En mi clase por lo general puedo manejar a los chicos nerviosos y conseguir que, al cabo de pocas semanas, pierdan buena parte de su timidez. Pero con esta niña me es imposible: nada de lo que yo hago parece modificarla; no empeora ni mejora".

Sucedió que esa niña fue sometida a un tratamiento psicoanalítico, y la timidez no la abandonó hasta que se puso de manifiesto y se analizó una profunda desconfianza oculta, que sólo podía desaparecer con un análisis. La maestra estaba acertada al señalar la diferencia entre esa niña tímida y otras que se le parecían en superficie. Toda bondad era una trampa para esta niña, y todos los regalos eran manzanas envenenadas; su enfermedad le impedía aprender y sentirse segura, y era también por miedo que necesitaba actuar como los otros chicos en la medida de lo posible, con el fin de que nadie se diera cuenta de que anhelaba la ayuda que no tenía esperanzas de recibir ni de aceptar. Un año después de que esta niña comenzara el tratamiento, esa misma maestra pudo manejarla igual que a los otros chicos, y con el tiempo esa niña llegó a convertirse en una de las alumnas más destacadas del colegio.

Muchos de los niños que se muestran excesivamente nerviosos tienen en su configuración psicológica una expectativa de persecución, y resulta útil aprender a distinguirlos de otros niños. Por lo general se los persigue realmente, pues prácticamente piden que se los moleste. Casi podría decirse que a veces logran crear matones entre sus compañeros. No hacen amigos con facilidad, aunque pueden establecer ciertas alianzas contra un enemigo común.

Estos niños son traídos a consulta por diversos dolores y trastornos del apetito, pero lo que nos interesa es que a menudo se quejan de que su maestra los ha golpeado.

Por fortuna sabemos que esa queja no encierra exactamente la verdad de Dios. Se trata de una cuestión mucho más compleja, a menudo un puro y simple delirio, a veces una sutil manera de plantear las cosas sin respetar demasiado la verdad, pero siempre una señal de angustia, de persecuciones inconscientes mucho peores, ocultas y, por ello, mucho más terroríficas para el niño. Desde luego, hay maestras malas,

y hay maestras que golpean cruelmente a los niños, pero rara vez se las descubre por este método. La queja del niño es casi siempre un síntoma de enfermedad psicológica de tipo persecutorio.

Muchas criaturas resuelven sus problemas persecutorios cometiendo de continuo pequeñas maldades, y creando así una maestra verdaderamente persecutoria, que los castiga incesantemente. Ese niño obliga a la maestra a mostrarse muy estricta con él y, dentro de un grupo, puede obligar a todo el grupo a un manejo muy estricto, que en realidad es "bueno" sólo para un niño. A veces resulta útil pasar ese niño a un colega que no esté al tanto de las cosas, para conservar así la posibilidad de proporcionar un tratamiento sano a los otros alumnos, menos enfermos.

Desde luego, conviene recordar que la nerviosidad y la timidez ofrecen un aspecto sano, normal. En mi trabajo puedo reconocer ciertos tipos de trastornos psicológicos por la ausencia de timidez normal. A veces un niño da vueltas por la habitación, mientras examino a otro paciente, y luego se dirige rectamente hacia mí, un desconocido y se sube a mis rodillas. Los niños más normales tienen miedo, me exigen ciertas señales de seguridad. Incluso a veces prefieren abiertamente a su propio padre, y así me lo dicen.

Esta nerviosidad normal resulta más evidente en el caso de niños más pequeños: Una criaturita que no le tiene miedo a las calles de Londres, e incluso a una tormenta con truenos y relámpagos, está enferma. Hay cosas terribles dentro de un niño, como dentro de nosotros, pero no puede correr el riesgo de encontrarlas afuera, no puede dejarse llevar por su imaginación. Los padres y los maestros que emplean la huida hacia la realidad como una defensa básica contra lo intangible, lo grotesco y lo fantástico, se engañan a veces al creer que el niño que no teme a "perros, médicos y negros" es simplemente sensato y valiente. En realidad, el niño pequeño debería ser capaz de tener miedo, de obtener un cierto alivio de la maldad interior a través de la posibilidad de percibir maldad en las personas, cosas y situaciones externas. Sólo gradualmente la prueba de realidad va modificando el espanto interior, y este proceso nunca es completo para nadie. En pocas palabras, el niño pequeño que no tiene miedo está fingiendo, reforzando su valor, o bien está enfermo. Pero si está enfermo, y lleno de temores, es posible reasegurarle, según su capacidad para percibir también fuera de él la bondad que hay dentro de él.

La timidez y el nerviosismo, pues, son problemas a diagnosticar, y a considerar en relación con la edad del niño. Partiendo del principio de que es posible enseñar a los niños normales, y de que los niños enfermos malgastan la energía y el tiempo de los maestros, resulta importante poder llegar a una conclusión en cuanto a la normalidad o anormalidad de los síntomas en cada caso individual; y he sugerido que el uso adecuado de la historia clínica y la forma en que se la toma pueden ayudar en este sentido, es decir, si ello se combina con un conocimiento relativo al mecanismo del desarrollo emocional del niño.



Biblioteca D. Winnicott

Terapia ocupacional 1949

Reseña del libro de Adrian Hill, "Art versus illness"
[El arte contra la enfermedad]

Londres, George Allen and Unwin, 1948.

Esta reseña apareció en el *British Journal of Medical Psychology*, vol. 22, 1949.

Creo que éste es un buen libro. Adrian Hill, artista y docente de arte, debió pasar un período de obligado reposo en un sanatorio para tuberculosos, y allí descubrió una nueva razón para dibujar y pintar. Esto lo hizo sentirse mejor y tal vez afectó en forma indirecta el proceso físico de la curación. ¿No es lógico que, al ser dado de alta, se convirtiese en un protagonista militante de la lucha del arte contra la enfermedad?

El libro narra la historia de sus aventuras. Para convencer a otros de esa idea que se abrió paso en él mientras iba de un lado a otro en busca de distintos tipos de autorización, debió emplear mucho autocontrol y comprensión, como paciente, de la mentalidad de los médicos, enfermeros y comisiones para el manejo de pacientes.

La idea fundamental es que cuando la gente enferma no está demasiado enferma, necesita imperiosamente que se la ayude en el manejo de su alma, o mundo interior, o como quiera llamárselo. El período de reposo forzoso puede ser tiempo perdido, o aprovechado para el crecimiento y el desarrollo. Es bien conocido el hecho de que un niño, lo mismo que un adulto, enfermo de una cardiopatía reumática o inmovilizado por una tuberculosis o una fractura de fémur, puede ganar en profundidad y en equilibrio mientras dura su enfermedad; pero es cosa de suerte que la tensión provocada por la mera contemplación no termine siendo excesiva, y el resultado sea desquiciante en lugar de ser productivo.

Adrian Hill ha visto con claridad que un buen maestro, que promueva personalmente los intereses y actividades artísticos, es determinante de la diferencia entre desquicio e integración. En algunos casos no hará otra cosa que colocar, sobre la pared que está enfrente a la cama del enfermo, un marco en el que puedan insertarse una serie de interesantes reproducciones; en otros casos organizará clases concretas de dibujo y pintura, pero siempre su objetivo será descubrir el verdadero aporte personal que cada paciente es capaz de hacer.

A uno le gustaría saber si el autor se da cuenta de que esta idea, aunque original en cierto sentido, no es nueva, y en verdad muchos la han tenido y la han llevado a la práctica, si bien tal vez no en gran escala. En caso afirmativo, su entusiasmo personal nos provoca alegría y hace que le

deseemos éxito en su cruzada.

¿Qué relación guarda todo esto con la terapia ocupacional? Quizás esta pregunta ya ha sido contestada en alguna parte, y no se hallará la respuesta en este libro. Yo diría que en el peor de los casos, la terapia ocupacional es una tentativa orgánica de apartar a las personas de sí mismas, y esto es lo opuesto del objetivo pregonado por Adrian Hill. Algunos opinan que la formación oficial en terapia ocupacional apunta peligrosamente a inculcar habilidades, un inmenso número de habilidades, y que esa misma formación basta para que queden relegados los verdaderos artistas, alfareros, músicos. Pero, desde luego, tiene que haber una formación oficial y títulos habilitantes, y si la terapia ocupacional se dejase en manos de los artistas el resultado sería el caos.

Durante la guerra, mi esposa, que era artista, alfarera y ceramista (trabajaba en el departamento de terapia ocupacional del Hospital Maudsley, a la sazón en Mill Hill), comprobó que el modelado de la arcilla podía utilizarse constructivamente, de esta manera autorreveladora, con hombres y mujeres que padecían diversas clases de trastornos psiquiátricos. En la labor psiquiátrica se torna necesaria una estrecha cooperación entre el artista (alfarero, etc.) y el psiquiatra que tiene la responsabilidad médica del caso, cooperación que no siempre se da. Es más probable que se dé si el artista es un terapeuta ocupacional diplomado.

En el mejor de los casos, la terapia ocupacional es de hecho lo que describe Adrian Hill: un artista, alfarero, músico, escultor, ceramista, que vive en contacto con el medio que él ha elegido, se empeña en acercarse a un grupo de pacientes postrados en la cama o inmovilizados y merced al contacto personal capacita a cada uno de ellos para que tiendan un puente, cada cual a su modo, entre el inconsciente y la vida consciente ordinaria, un puente por el cual puede transitarse en ambas direcciones. Mucho es lo que entonces sucede, pero lo principal es que al hacerle descubrir gradualmente al paciente sus impulsos creadores y sus fuerzas integradoras positivas, se le permite echar una mirada a lo que está dentro del self y ver lo que hay allí: el caos, las tensiones, la muerte, así como la belleza y la vitalidad innata.

Como ejemplo del uso de la música, recuerdo un hogar para niños reumáticos de larga convalecencia en Warwickshire, donde los niños fabricaban flautas, las tocaban, escribían composiciones propias, dirigían la orquesta o contribuían de algún modo al acervo musical común. El personal del establecimiento incluía a un músico (que no era terapeuta ocupacional). Esta experiencia era enormemente enriquecedora para los niños, y poco importa si alguno de ellos se convirtió en músico más adelante. Sería un fastidio, por supuesto, que a uno se lo obligase a ser músico por el hecho de haber estado enfermo en una institución loca por la música.

La radio podría ser de tremenda ayuda para los enfermos si tuvieran a su alcance la botonera y el Radio Times; sería posible usar la programación para el crecimiento personal. En cambio, quedar sometido, cuando uno está enfermo, a un programa escogido por el técnico que trabaja en el subsuelo del hospital es estar "ocupado" sin poder encontrarse a sí mismo o crecer.

A este libro podría empleárselo, pues, como correctivo contra las tendencias negativas (si es que existen) presentes en la perspectiva oficial sobre la terapia ocupacional, y como soporte de las tendencias positivas. Lamentablemente, la frase "terapia ocupacional" parece apartar la atención de la experiencia enriquecedora y dirigirla hacia la fabricación de un artículo que pueda exhibirse a la luz del día.

P S I K O L I B R O

Biblioteca D. Winnicott

La psicoterapia de los trastornos del carácter 1963

Trabajo leído en el 11° Congreso Europeo de Psiquiatría del Niño,
celebrado en Roma en mayo y junio de 1963

Pese al título elegido para este trabajo, es imposible abstenerse de discutir el significado de la expresión "trastorno del carácter". Como lo ha señalado Fenichel (1), cabe preguntarse si existe algún análisis que no sea un "análisis del carácter". Todos los síntomas son el resultado de actitudes específicas del yo, que en el análisis aparecen como resistencias y que han sido adquiridas durante los conflictos infantiles. Así es en verdad y, hasta cierto punto, todos los análisis son realmente análisis del carácter.

Y añade:

Los trastornos del carácter no constituyen una unidad nosológica. Los mecanismos en los que se fundan pueden ser tan diferentes como aquellos en los que se basan las neurosis sintomáticas. Por ende, un carácter histérico será más fácil de tratar que uno compulsivo y, a su vez, éste será más fácil de tratar que un carácter narcisista.

Salta a la vista que la expresión "trastornos del carácter" es demasiado amplia para ser útil, o bien tendré que utilizarla de un modo especial. Si opto por la segunda alternativa, debo indicar qué uso le daré en este trabajo.

Ante todo, la confusión será inevitable a menos que se reconozca que los tres términos -carácter, buen carácter y trastorno del carácter- traen a la memoria tres fenómenos muy diferentes. Tratar simultáneamente a los tres sería caer en lo artificioso; sin embargo, los tres están interrelacionados.

Freud escribió que "un carácter moderadamente confiable" era uno de los requisitos fundamentales para el éxito del análisis, pero aquí nos estamos refiriendo a la no confiabilidad como rasgo de la personalidad y Fenichel pregunta: ¿esta inconfiabilidad puede ser tratada? Podría haber preguntado: ¿cuál es su etiología?

Al observar los trastornos del carácter, me doy cuenta de que estoy observando a personas totales. La expresión "trastornos del carácter" implica cierto grado de integración que es de por sí una señal de buena salud, desde el punto de vista psiquiátrico.

Los trabajos que precedieron al mío nos han enseñado muchas cosas y han fortalecido en mí la idea de que el carácter es algo relacionado con la integración. El carácter es una manifestación de una integración lograda; un trastorno del carácter es una deformación de la estructura yoica, si bien se mantiene la integración. Quizá convenga recordar que en la integración entra el factor tiempo: el carácter del niño se ha formado sobre la base de un proceso evolutivo constante y, en este sentido, el niño tiene un pasado y un futuro.

Parecería oportuno utilizar el término "trastorno del carácter" para describir el intento de un niño de adecuar sus propias anormalidades o deficiencias en el desarrollo. Siempre suponemos que la estructura de la personalidad es capaz de soportar la tensión y el esfuerzo impuestos por la anormalidad. El niño necesita avenirse a su pauta personal de angustia, compulsión, modalidad temperamental, recelo, etc., y relacionarla con los requerimientos y expectativas del ambiente inmediato.

En mi opinión, el valor del término radica específicamente en una descripción de una deformación de la personalidad que se produce cuando el niño necesita adecuar cierto grado de tendencia antisocial. Esto nos lleva de inmediato a una enunciación del uso que le doy al término.

Las palabras que utilizo nos permiten centrar la atención no tanto en la conducta, sino más bien en las raíces de la mala conducta que abarcan toda el área intermedia entre la normalidad y la delincuencia. Ustedes pueden estudiar la tendencia antisocial en su propio hijo sano que a los 2 años toma una moneda de la cartera de su madre.

La tendencia antisocial siempre nace de una privación y representa el reclamo del niño de volver, por detrás de ella, a la situación reinante cuando todo iba bien. Me es imposible desarrollar el tema en este trabajo, pero debo mencionar lo que yo llamo "tendencia antisocial" porque se la encuentra con regularidad al hacer la disección de los trastornos del carácter. Al adecuar su propia tendencia antisocial, el niño tal vez la oculta, desarrolla una formación reactiva contra ella (p. ej., se vuelve escrupuloso), se siente agraviado y adquiere un carácter quejumbroso, o bien se especializa en tener ensueños diurnos, mentir, orinarse en la cama, chuparse el pulgar o frotarse los muslos en forma compulsiva, evidenciar una masturbación crónica leve, etc. Asimismo, puede manifestar periódicas-, entre su tendencia antisocial por intermedio de un trastorno de la conducta, siempre compulsivo y asociado a la esperanza, que consiste en robar o en agredir y destruir.

Por consiguiente, desde mi punto de vista, los trastornos del carácter se refieren principalmente a una deformación de la personalidad intacta provocada por los elementos antisociales que contiene. El elemento antisocial es el que determina la intervención de la sociedad (o sea, de la familia del niño, etc.), la cual debe hacer frente al desafío y sentir agrado o desagrado por ese carácter y su trastorno.

Aquí tenemos, pues, el comienzo de una descripción:

Los trastornos del carácter no son sinónimo de esquizofrenia. En ellos hay una enfermedad oculta, dentro de una personalidad intacta. De algún modo, y hasta cierto punto, involucran activamente a la sociedad.

Podemos clasificarlos basándonos en:

El éxito o fracaso del individuo cuando su personalidad total intenta ocultar el elemento de enfermedad. En este contexto tener éxito significa que la personalidad, pese a su empobrecimiento, ha adquirido la capacidad de socializar la deformación del carácter para encontrar beneficios secundarios, o bien para hacerla compatible con una costumbre social. Fracasos significa que el empobrecimiento de la personalidad va acompañado de una falla en el establecimiento de una

relación con la sociedad en general, debida al elemento de enfermedad oculto.

La sociedad desempeña un papel efectivo en la determinación del destino de la persona afectada por un trastorno del carácter. Lo hace de diversos modos; por ejemplo:

Tolera hasta cierto punto la enfermedad del individuo.

Tolera la incapacidad del individuo de contribuir con algo.

Tolera o aun disfruta las deformaciones del modo en que el individuo contribuye con algo.

O bien enfrenta el desafío de la tendencia antisocial del individuo, con una reacción motivada por:

- 1) El deseo de venganza.
- 2) El deseo de socializar al individuo.
- 3) La comprensión y su aplicación a la prevención.

El individuo afectado por un trastorno del carácter puede adolecer de:

- 1) Empobrecimiento de la personalidad, sentimiento de agravio, irrealidad, conciencia de la falta de un propósito serio para su vida, etc.
- 2) Incapacidad de socializarse.

Aquí tenemos una base para la psicoterapia, porque ella se relaciona con el sufrimiento del individuo y su necesidad de ayuda. Empero, en los trastornos del carácter, el sufrimiento interviene tan sólo en las etapas tempranas de la enfermedad; los beneficios secundarios pronto prevalecen, alivian el sufrimiento e interfieren en el impulso del individuo de buscar ayuda o aceptar la que le ofrezcan.

Debemos admitir que en lo pertinente al "éxito" (o sea, al ocultamiento y socialización del trastorno del carácter) la psicoterapia enferma al individuo, porque la enfermedad ocupa una posición intermedia entre la defensa y la salud del individuo. En cambio, cuando el individuo "fracasa" en su intento de ocultar su trastorno, en una etapa temprana puede experimentar un impulso inicial de buscar ayuda pero, a causa de las reacciones de la sociedad, esta motivación no lo impele necesariamente a buscar un tratamiento para su enfermedad más profunda.

El indicador con respecto al tratamiento de los trastornos del carácter es el papel que desempeña el ambiente en la cura natural. El ambiente puede "curar" los casos muy leves porque la causa del trastorno fue una falla ambiental en el área del soporte del yo y la protección, producida en una etapa de dependencia del individuo. Esto explica por qué los niños suelen "curarse" de un trastorno incipiente en el curso evolutivo de su propia niñez mediante el simple uso de la vida doméstica. Los padres tienen una segunda oportunidad de sacar a flote a sus hijos e incluso una tercera, pese a las fallas (en su mayoría inevitables) habidas en su manejo en las etapas más tempranas de su vida, cuando el niño es muy dependiente. La vida familiar es, pues, el medio que ofrece la mejor oportunidad para investigar la etiología de los trastornos del carácter. A decir verdad, es en esa vida familiar (o en su sustituto) donde va formándose de manera positiva el carácter del niño.

Etiología de los trastornos del carácter

Cuando se estudia la etiología de estos trastornos hay que dar por descontados, por un lado, el proceso de maduración del niño, la esfera libre de conflictos del yo (Hartmann) y el movimiento de avance impulsado por la angustia (Klein) y, por el otro, la función ambiental que facilita los procesos

de maduración. En todos los casos, la maduración efectiva del niño requiere una provisión ambiental suficientemente "buena".

Teniendo presentes estas premisas, podemos decir que hay dos deformaciones extremas y que ellas se relacionan con la etapa de maduración durante la cual la falla ambiental sometió, en verdad, a un esfuerzo excesivo a la capacidad de organización defensiva del yo:

En un extremo está el ocultamiento por el yo de las formaciones de síntomas psiconeuróticos (disposición relacionada con la angustia propia del complejo de Edipo). En este caso la enfermedad oculta es una cuestión de conflicto dentro de lo inconsciente personal.

En el otro extremo está el ocultamiento por el yo de las formaciones de síntomas psicóticos (escisión, disociaciones, deslizamiento fuera de la realidad, despersonalización, regresión y dependencias omnipotentes, etc.). En este caso la enfermedad oculta está en la estructura yoica.

No obstante, la intervención esencial de la sociedad no depende de que la enfermedad oculta sea psiconeurótica o psicótica. De hecho, en los trastornos del carácter está presente otro elemento más: la percepción correcta por el individuo, en un momento de su temprana infancia, de que al principio todo iba bien o suficientemente bien, pero luego todo marchó mal. En otras palabras, el individuo percibe que en un momento dado, o a lo largo de una fase evolutiva, hubo una falla efectiva en el soporte del yo que sostenía su desarrollo emocional. Esta perturbación provocó en él una reacción que ocupó el lugar del simple crecimiento. Los procesos de maduración quedaron obstruidos por una falla del ambiente facilitador.

Si es correcta, esta teoría de la etiología de los trastornos del carácter conduce a una nueva descripción de su gestación. A lo largo de su vida, el individuo que entra en esta categoría lleva encima dos cargas separadas. Una es, por supuesto, la carga cada vez más pesada de un proceso de maduración perturbado y, en algunos aspectos, atrofiado o postergado. La otra es la esperanza de que el ambiente reconozca y repare la falla específica que ocasionó el daño; esta esperanza nunca se extingue del todo. En la gran mayoría de los casos, los padres, familiares o custodios del niño admiten el hecho del "abandono" (tan a menudo inevitable) y logran que el niño se recupere del trauma haciéndolo pasar por un período de manejo especial, de mimos o de lo que podríamos llamar cuidado mental.

Si la familia no remedia sus fallas el niño sigue adelante con ciertas desventajas, por cuanto:

- 1) está empeñado en arreglárselas para llevar una vida propia, a pesar de la falta de desarrollo emocional;
- 2) está constantemente expuesto a tener momentos de esperanza, en los que le parecería posible obligar al ambiente a efectuar una cura; de ahí sus actuaciones.

Entre el estado clínico del niño así dañado y la reanudación de su desarrollo emocional (con todas sus connotaciones desde el punto de vista de la socialización) se interpone la necesidad de inducir a la sociedad a reconocer y reparar el daño. Detrás de la inadaptación de un niño siempre hay una falla del ambiente, que no se adaptó a las necesidades absolutas de ese niño en un momento de relativa dependencia (falla que es al principio una falla en la asistencia y el cuidado). A ella puede añadirse ulteriormente una falla de la familia, al no curar los efectos de las fallas anteriores, y otra de la sociedad, cuando ocupa el lugar de la familia. Permítaseme subrayar que, en este tipo de casos, es posible demostrar que la falla inicial ocurrió en un momento en que el desarrollo del niño acababa de posibilitarle la percepción de la falla como hecho real, así como de la índole de la inadaptación ambiental.

El niño muestra ahora una tendencia antisocial. Como ya he dicho, en la etapa previa a la adquisición de los beneficios secundarios, dicha tendencia siempre es una manifestación de esperanza. Puede mostrarla de dos maneras:

- 1) Planteando reclamos a los otros respecto a: tiempo, preocupación por él, dinero, etc. (manifestados mediante el robo).
- 2) Abridando la expectativa de que alcanzará el grado de fortaleza y organización estructurales, y de "retorno", esencial para que el chico pueda descansar, relajarse, desintegrarse y sentirse seguro (manifestada mediante la destrucción, que provoca a su vez un manejo enérgico del niño).

Esta teoría de la etiología de los trastornos del carácter me servirá de base para examinar el tema de la terapia.

Indicaciones para la terapia

El tratamiento de estos trastornos tiene tres metas:

- 1) Hacer una disección profunda, que llegue hasta la enfermedad oculta que sale a la luz en la deformación del carácter. Puede haber un período preparatorio, durante el cual se invita al individuo a convertirse en paciente, o sea, a enfermarse en vez de ocultar la enfermedad.
- 2) Responder a la tendencia antisocial que, desde el punto de vista del terapeuta, evidencia la esperanza que alienta el paciente. Se responderá a ella como si fuera un S.O.S., un grito del corazón, una señal de socorro.
- 3) Hacer un análisis que tome en cuenta la deformación del yo y la explotación, por el paciente, de las mociones del ello durante sus tentativas de autocuración.

El intento de responder a la tendencia antisocial del paciente presenta dos aspectos:

Posibilitar sus reclamos de que tiene derechos con respecto al amor y confiabilidad de una persona. Suministrarle una estructura de sostén del yo, relativamente indestructible.

De esto se infiere que el paciente "actuará" de tiempo en tiempo; sus actuaciones pueden ser manejadas e interpretadas en tanto guarden relación con la transferencia. Los problemas que aparecen en la terapia se refieren a la actuación antisocial que está fuera del mecanismo terapéutico total, o sea, que involucra a la sociedad.

La enfermedad oculta y la deformación del yo requieren un tratamiento psicoterapéutico, pero al mismo tiempo se debe tratar de contrarrestar la tendencia antisocial a medida que vaya manifestándose. Esta parte de la terapia tiene por objeto llegar hasta el trauma original. Esto debe hacerse durante la psicoterapia o, si ésta no es asequible, durante el manejo especializado que se suministre.

En el curso de este trabajo, las fallas del terapeuta o de quienes manejen la vida del niño serán reales y podrán mostrarse como otras tantas reproducciones simbólicas de las fallas originales. Su realidad es genuina, especialmente en la medida en que el paciente haya retornado al estado de dependencia propio de la edad en que sufrió la privación, o lo recuerde. El reconocimiento de la falla del analista o custodio capacita al paciente para experimentar el sentimiento de rabia que corresponde, en vez de sentirse traumatizado. El paciente necesita retrotraerse a la situación reinante antes del trauma original, a través del trauma transferencial. (En algunos casos, se da la

posibilidad de que el paciente llegue muy pronto hasta el trauma de privación en la primera entrevista). La reacción ante la falla actual sólo tiene sentido si ésta es la falla ambiental original, desde el punto de vista del niño. La reproducción de ejemplos en el tratamiento tal como surgen de la falla ambiental original, junto con la pertinente experiencia de rabia del paciente, liberan los procesos de maduración de éste. Debemos recordar que el paciente se encuentra en un estado de dependencia y necesita recibir un soporte del yo, así como un manejo ambiental (sostén), dentro del encuadre del tratamiento. La fase siguiente tiene que ser un período de crecimiento emocional, durante el cual el carácter se fortalezca positivamente y pierda sus deformaciones.

En circunstancias favorables la actuación propia de estos casos queda confinada a la transferencia, o bien se la puede incorporar a ella en forma productiva interpretando el desplazamiento, el simbolismo y la proyección. En un extremo está la cura "natural" común, que acontece dentro de la familia del niño. En el otro están los pacientes con perturbaciones graves, cuya actuación puede imposibilitar el tratamiento mediante interpretaciones, pues el trabajo se ve interrumpido por las reacciones de la sociedad ante los robos o actos destructivos que comete el paciente.

En un caso moderadamente grave se puede manejar la actuación, siempre y cuando el terapeuta comprenda su significado e importancia. Puede decirse que la actuación es la alternativa de la desesperación. La mayor parte del tiempo, el paciente desespera de poder corregir el trauma original; de ahí que viva en un estado de depresión relativa o de disociaciones que enmascaran la amenaza constante de caer en un estado caótico. Sin embargo, cuando empieza a trabar una relación de objeto o a investir a una persona, se pone en marcha una tendencia antisocial, una compulsión a plantear reclamos por medio del robo o de una conducta destructiva y así activar un manejo duro, o incluso vengativo.

En todos los casos, para que la psicoterapia tenga éxito, el analista debe observar al paciente durante una o muchas de estas molestas fases de conducta antisocial manifiesta... y, con excesiva frecuencia, el tratamiento es interrumpido justamente en esos momentos molestos. No siempre se abandona un caso porque la situación se ha vuelto intolerable; es igualmente probable que se lo abandone porque los padres, familiares o custodios ignoran que estas fases de actuación son inherentes al caso y pueden tener un valor positivo.

Estas fases del manejo o tratamiento presentan dificultades tan grandes en los casos graves, que la ley -o sea, la sociedad- se hace cargo de ellos y deja en suspenso su tratamiento psicoterapéutico. La piedad o la benevolencia dejan paso a la venganza de la sociedad; el individuo deja de sufrir y de ser un paciente, transformándose en un criminal con delirio de persecución.

Deseo llamar la atención de ustedes con respecto al elemento positivo contenido en los trastornos del carácter. El hecho de que un individuo que está intentando acomodar cierto grado de tendencia antisocial no llegue a tener un trastorno del carácter indica que está expuesto a sufrir un derrumbe psicótico. El trastorno del carácter indica que la estructura yoica del individuo puede ligar las energías relacionadas con la atrofia de los procesos de maduración, así como las anomalías en la acción recíproca entre el niño y la familia. En tanto los beneficios secundarios no adquieran importancia, la personalidad con trastornos del carácter siempre estará expuesta a derrumbarse y caer en la paranoia, la depresión maníaca, la psicosis o la esquizofrenia.

En suma, podemos describir el tratamiento de estos trastornos partiendo de la premisa de que es el mismo que se aplica a cualquier otro trastorno psicológico, o sea, el psicoanálisis (siempre y cuando sea asequible). Tal premisa debe ir seguida de estas consideraciones:

1) El psicoanálisis. puede tener éxito, pero el analista debe prever que encontrará una actuación en

la transferencia, comprender su significado e importancia y ser capaz de asignarle valor positivo.

2) El análisis puede tener éxito pero a la vez resultar difícil por las características psicóticas que posee la enfermedad oculta, que obligan a que el paciente se convierta en un enfermo (p.ej., en un psicótico o esquizoide) antes de empezar a mejorar; el analista deberá echar mano a todos sus recursos para tratar los característicos mecanismos de defensa primitivos.

3) El análisis puede ir bien encaminado pero, si la actuación no queda confinada a la relación de transferencia, el paciente será apartado del analista y mantenido fuera de su alcance, ya sea por la reacción de la sociedad ante su tendencia antisocial o por la aplicación de la ley. Este caso puede presentar muchas variantes, dada la variabilidad con que reacciona la sociedad, que va desde la venganza brutal hasta mostrarse dispuesta a darle al paciente la oportunidad de una socialización tardía.

4) Muchos casos de trastorno incipiente se tratan con éxito en el hogar del niño, ya sea mediante una o varias fases de manejo especial (en las que se "malcría" al niño) o mediante un cuidado especialmente personal (o un control estricto) a cargo de una persona que ama al niño. El tratamiento no psicoterapéutico de los trastornos incipientes o tempranos, por medio del manejo grupal, es una extensión del método anterior. La misión de estos grupos es suministrarle al niño un manejo especial que su familia no le puede dar.

5) A veces un paciente llega al consultorio del terapeuta manifestando ya una tendencia antisocial arraigada y una actitud empedernida, fomentada por los beneficios secundarios. En tales casos no se recurre al psicoanálisis, sino que se procura suministrar un manejo firme por personas comprensivas, a modo de tratamiento y antes de que se suministre uno correctivo por orden judicial. La psicoterapia individual podría servir de tratamiento adicional, si fuera accesible.

6) Un caso de trastorno del carácter puede presentarse como caso judicial; aquí, la reacción de la sociedad está representada por la orden judicial que dispone la libertad vigilada del menor, o bien, su reclusión en una escuela de readaptación social o un establecimiento carcelario.

Cuando se imparte en una fase temprana del trastorno del carácter, la orden judicial de reclusión puede contribuir de manera positiva a la socialización del paciente. Una vez más hallamos un paralelo entre la reacción de la sociedad y la cura natural que suele aplicar la familia del paciente: para éste, dicha reacción es una demostración práctica del "amor" que le tiene la sociedad, o sea, de su buena disposición para "sostener" su self no integrado y enfrentar la agresión con firmeza (con el fin de restringir los efectos de los episodios maníacos) y al odio con el odio (en la medida adecuada y bajo control). Esta última es la mejor forma de manejo satisfactorio que recibirán jamás algunos niños deprivados; muchos menores deprivados, antisociales y revoltosos se transforman de fierecillas ineducables en chicos educables bajo el régimen estricto de un hogar de derivación. Esta mejoría, obtenida en una atmósfera dictatorial, encierra un doble peligro: que tal sistema produzca dictadores y aun persuada a los pedagogos de que una atmósfera de severa disciplina, con reglas y deberes que ocupen hasta el último minuto del día, es un buen tratamiento educativo para los niños normales... cuando, en realidad, no lo es.

Las niñas

En términos generales, todo lo dicho hasta aquí se aplica tanto a los varones como a las niñas. Empero, en la etapa de la adolescencia, la naturaleza del trastorno del carácter difiere por fuerza de un sexo a otro. Por ejemplo, las muchachas tienden a manifestar su tendencia antisocial ejerciendo

la prostitución, y uno de los peligros de la actuación es que tengan hijos ilegítimos. En la prostitución hay beneficios secundarios. Uno de ellos es el descubrimiento, por las adolescentes, de que prostituyéndose pueden contribuir con algo a la vida de la sociedad, cosa que no pueden hacer por ningún otro medio. Encuentran a muchos hombres que se sienten solos, que buscan una relación más que el placer sexual y están dispuestos a pagar por ella. Asimismo, estas muchachas esencialmente solitarias logran establecer contacto con otras adolescentes prostitutas. El tratamiento de las adolescentes antisociales que han empezado a experimentar los beneficios secundarios de la prostitución presenta dificultades insuperables. En este contexto, tal vez no tenga sentido pensar en un tratamiento. En muchos casos ya es demasiado tarde para aplicarlo. Lo mejor es desistir de todo intento de curar la prostitución y, en cambio, concentrar los esfuerzos en darles a estas muchachas techo, comida y la oportunidad de mantenerse sanas y limpias.

Ejemplos clínicos

Un caso común

En un tiempo, tuve bajo tratamiento psicoanalítico a un niño que se hallaba en la etapa de latencia tardía, al que vi por primera vez cuando tenía 10 años, y que desde su muy temprana infancia (poco después de su nacimiento y mucho antes de su destete, acaecido a los 8 meses) había sido muy inquieto y propenso a los estallidos de furia. Su madre era una neurótica que había pasado su vida en un estado depresivo fluctuante. El niño robaba y solía tener arrebatos agresivos. Su análisis marchaba bien y, en un año de sesiones diarias, habíamos llevado a cabo un considerable trabajo analítico franco y directo.

No obstante, cuando su relación conmigo adquirió importancia, se excitó mucho, trepó al techo de la clínica, inundó el subsuelo e hizo tal alboroto que debimos interrumpir el tratamiento. A veces su conducta entrañaba un peligro para mí: un día se introdujo por la fuerza en mi auto, estacionado fuera de la clínica, y lo puso en marcha en primera por medio del arranque automático, al no tener la llave de contacto. Por la misma época reincidió en los robos y la conducta agresiva fuera del medio terapéutico. El Juzgado de Menores lo envió a una escuela de readaptación social, precisamente cuando el tratamiento psicoanalítico estaba en su apogeo. Si yo hubiese sido mucho más fuerte que él, tal vez habría manejado esta fase y tenido la oportunidad de completar el análisis; pero, dada la situación, debí abandonar el caso.

(A este muchacho le fue moderadamente bien en la vida. Entró a trabajar como camionero -un oficio adecuado a su temperamento inquieto- y, en la época en que hice el seguimiento del caso, llevaba 14 años en el puesto. Se había casado y tenía tres hijos. Su esposa se había divorciado de él, tras lo cual él se había mantenido en contacto con su madre, de quien obtuve los datos para el seguimiento).

Tres casos favorables

Un niño de 8 años empezó a robar. Tenía un buen hogar. A los 2 años había sufrido una privación relativa, cuando su madre quedó embarazada y fue presa de una angustia patológica. Los padres lograron atender las necesidades especiales del niño y casi habían llevado a cabo una cura natural. Los ayudé en esta larga tarea haciéndoles comprender, en alguna medida, lo que

estaban haciendo. En una consulta terapéutica, efectuada cuando el niño tenía 8 años, pude hacerle "palpar" su deprivación. En un salto regresivo, el niño volvió a una relación de objeto con la madre buena de su infancia y dejó de robar.

Cierta vez me trajeron en consulta a una niña de 8 años, a causa de sus robos. Tenía un buen hogar y entre los 4 y 5 años había sufrido en él una deprivación relativa. En una sola consulta psicoterapéutica, la niña retrocedió a su contacto infantil temprano con una madre buena y, a partir de entonces, cesaron sus robos. También se orinaba y se ensuciaba; esta manifestación leve de su tendencia antisocial persistió por un tiempo.

Un niño de 13 años, pupilo en una escuela privada muy distante de su hogar (que, por lo demás, era bueno), estaba cometiendo robos en gran escala, tajeando sábanas y alterando el orden por diversos medios: metía en líos a sus condiscípulos, escribía obscenidades erg los baños, etc. En una consulta terapéutica pudo comunicarme que a los 6 años había pasado por un período de tensión intolerable, cuando lo enviaron a la escuela de pupilos. Llegué a un acuerdo con los padres para que este niño, que era el segundo de tres hermanos, pudiera tener un período de "cuidado mental" en su propio hogar. Lo utilizó para hacer una fase regresiva y luego concurrió a una escuela diurna. Más adelante ingresó como pupilo en una escuela de la vecindad. Sus síntomas antisociales cesaron bruscamente después de esta única entrevista conmigo y el seguimiento indica que le ha ido bien. Ya ha egresado de la universidad y se está afianzando como hombre adulto. En este caso resulta particularmente cierto que el paciente trajo consigo la comprensión de su problema; sólo necesitaba que los hechos fueran reconocidos y que se intentara remediar, en forma simbólica, la falla ambiental.

Comentario

En estos tres casos, en los que se pudo prestar ayuda cuando los beneficios secundarios aún no habían adquirido importancia, mi actitud general como psiquiatra hizo posible que cada niño declarara un área específica de deprivación relativa. El hecho de que esto fuera aceptado como algo real y verdadero capacitó al niño para saltar hacia atrás, por encima de la brecha, y renovar una relación con objetos buenos que había sido bloqueada.

Un caso fronterizo entre trastorno del carácter y psicosis

Un muchacho lleva ya varios años bajo mi cuidado, aunque sólo lo he visto una vez. La mayoría de mis contactos han sido con la madre, en tiempos de crisis. Muchas personas han tratado de prestar ayuda directa al joven, que ahora tiene 20 años, pero él pronto se vuelve reacio a cooperar.

Su cociente intelectual es alto y todos aquellos a quienes ha permitido que le enseñen algo han dicho que podría ser un actor, poeta, pintor, músico, etc., excepcionalmente brillante. Concurrió a varias escuelas, siempre por períodos breves, pero como autodidacto se mantuvo muy por delante de sus pares; en la adolescencia temprana su método consistía en ayudar a sus amigos en sus tareas escolares, como lo haría un preceptor, y luego mantenerse en contacto con ellos.

Durante el período de latencia fue hospitalizado. Le diagnosticaron una esquizofrenia, pero él nunca aceptó su condición de paciente y emprendió el "tratamiento" de otros muchachos. Por último se fugó del hospital y pasó un largo período sin instrucción escolar. Solía tenderse en la cama y escuchar música lúgubre, o encerrarse con llave en su hogar para que nadie pudiera llegar hasta él. Amenazaba constantemente con suicidarse, sobre todo a causa de sus violentas aventuras amorosas. De tiempo en tiempo organizaba fiestas interminables, en cuyo transcurso a veces se

cometían daños contra la propiedad.

El muchacho vivía con su madre en un departamento pequeño. La mantenía siempre sobre ascuas, sin darle nunca la menor posibilidad de salir de esa situación, por cuanto no estaba dispuesto a marcharse del hogar, ni a ir a la escuela, ni a concurrir a un hospital, y era lo bastante listo como para hacer exactamente lo que quería sin caer jamás en el delito, con lo cual se mantenía fuera de la jurisdicción judicial.

He ayudado a la madre en varias oportunidades, poniéndola en contacto con la policía, el servicio de libertad vigilada y otros organismos de asistencia social. Cuando el muchacho se declaró dispuesto a concurrir a determinada escuela secundaria, "tiré de algunos hilos" para posibilitar su ingreso. Los profesores lo encontraron muy adelantado con respecto de su grupo etario y lo alentaron mucho, entusiasmados por su talento... pero él abandonó el colegio antes de terminar sus estudios y obtuvo una beca en una buena escuela de arte dramático de nivel terciario. A esa altura decidió que su nariz respingada era deforme y acabó por persuadir a su madre de que le costeara una operación de cirugía plástica para enderezarla. Luego encontró otras razones que le impedían avanzar y triunfar en la vida, sin darle a nadie, empero, oportunidad alguna de ayudarlo. Esta situación persiste. En la actualidad, el joven está internado en observación en un hospital psiquiátrico, pero ya hallará el modo de salir de él y establecerse una vez más en su hogar.

La historia temprana de este joven nos da la pista para explicar la parte antisocial de su trastorno del carácter. En realidad, él fue el producto de un matrimonio que tuvo un comienzo desdichado y un rápido fin; a poco de separarse de la madre, el padre se volvió paranoide. La pareja se había casado inmediatamente después de una tragedia y su unión estaba condenada al fracaso, porque la mujer todavía no se había recuperado del golpe. Esa tragedia había sido la muerte de su adorado novio, que ella achacaba a un descuido del hombre con quien se casó enseguida.

Este muchacho podría haber recibido ayuda a edad temprana, quizás a los 6 años, cuando lo llevaron por primera vez al consultorio de un psiquiatra. En esa ocasión, el niño podría haber guiado al psiquiatra hasta el material de su privación relativa y, a su vez, el profesional podría haberle explicado el problema personal de su madre y por qué mantenía con él una relación ambivalente. Pero, en vez de esto, el psiquiatra dispuso su hospitalización. De ahí en adelante el niño se endureció hasta convertirse en un caso de trastorno del carácter, en una persona que atormenta compulsivamente a su madre, sus maestros y sus amigos.

En esta serie de resúmenes de casos no he procurado describir un ejemplo de tratamiento psicoanalítico.

Los casos tratados exclusivamente por medio del manejo son innumerables e incluyen a todos los niños que al sufrir algún tipo de privación son adoptados, enviados a un hogar temporario o internados en pequeños albergues dirigidos al modo de las instituciones terapéuticas, que ofrecen atención personalizada. Si describiera un caso perteneciente a esta categoría, daría una impresión falsa. En verdad, es preciso llamar la atención con respecto al hecho de que el tratamiento de los trastornos del carácter incipientes siempre tiene éxito, sobre todo en el hogar y en toda clase de grupos sociales, y con total independencia de la psicoterapia.

No obstante, el trabajo intensivo con los pocos casos que lo requieren es el que esclarece el problema de los trastornos del carácter -lo mismo puede decirse de otros tipos de trastornos psicológicos- y el trabajo de los grupos psicoanalíticos en diversos países es el que ha echado las bases para una formulación teórica, además de haber empezado a dar a los equipos de terapeutas especializados una explicación sobre las razones de sus tan frecuentes éxitos en la prevención o tratamiento de los trastornos del carácter.

(1) O. Fenichel, The Psychoanalytic Theory of Neurosis, Nueva York, W. W. Norton, 1945. [Versión castellana: Teoría psicoanalítica de las neurosis, Buenos Aires, Paidós, 1964.].

P S I K O L I B R O

Biblioteca D. Winnicott

La tolerancia de síntomas en pediatría Historia de un caso 1953

Alocución presidencial a la Sección de Pediatría
de la Real Sociedad de Medicina,
27 de febrero de 1953.

El tema de este trabajo, que el título anticipa, podría conducirnos por dos caminos. Solamente hablaré de uno de ellos, ya que es posible que sea el que se espera que siga. Me refiero al hecho de que los procesos corporales naturales que tienden a la salud y a la resolución de la enfermedad se han visto más que oscurecidos por la reciente avalancha de avances en el campo de la quimioterapia. Resulta en verdad difícil que el médico de nuestros días sepa por experiencia lo que hace que un niño con neumonía no reciba mayor ayuda que aquella que hace treinta años constituía el único tratamiento: buenos cuidados. Hoy en día, y todos estaremos de acuerdo en ello, ni siquiera debe permitirse que un divieso siga su propio curso. Me parece que en las mejores escuelas de medicina el programa de estudios incluye un recordatorio de que en los días previos a la penicilina, los niños sobrevivían a las enfermedades y que incluso en nuestros días es el niño y los tejidos vivos quienes en definitiva permiten la restauración de la salud, no los antibióticos.

No he seguido este importante camino porque el tema ha sido desarrollado con gran competencia por médicos que, al dirigirse a los estudiantes de medicina, han recordado los viejos y malos tiempos, y que, desde el punto de vista pedagógico, han comprendido que los tiempos fatídicos tuvieron sus puntos favorables. Mi tema seguirá otro camino que, a la larga, me parece que demostrará su pertinencia, ya que también se refiere a la tendencia natural a la salud y al empleo que nosotros, los médicos, podemos hacer de dicha tendencia. En el campo psicológico el principio según el cual existe una tendencia natural a la salud o la madurez del desarrollo tiene especial significación. Cabría decir que gran parte de las enfermedades físicas se deben a una invasión por parte del medio o a una deficiencia ambiental, no tratándose de meros trastornos del desarrollo. En contraste, siempre puede describirse el trastorno psicológico en términos propios del desarrollo emocional, ya sea retardado o deformado o privado de alcanzar la madurez propia de la edad alcanzada por el pequeño. Así, pues, en la medicina psicológica existe un vínculo aún más estrecho entre lo normal y lo anormal que el que existe entre la fisiología y los procesos patológicos de los tejidos y las funciones. De hecho, cuando hay solamente un trastorno fisiológico, entonces la enfermedad suele ser de carácter psicogénico.

Cuando me hallaba pensando en la relación entre la pediatría y la psiquiatría infantil se me ocurrió que dicha relación entraña no sólo una diferencia entre uno y otro cambio, sino también una diferencia de actitud emocional entre los que adoptan una u otra forma de enfocar los casos. El pediatra considera que el síntoma es un reto a su arsenal terapéutico, esperando que ello sea cierto siempre. Si el niño padece dolor, entonces cuanto antes se haga el diagnóstico y se elimine la causa tanto mejor. Por contra, el psiquiatra de niños ve en el síntoma una organización de extrema complejidad, una organización producida y mantenida por el valor que tiene. El niño necesita el síntoma debido a algún obstáculo surgido en su desarrollo emocional.

(Para que mis argumentos resulten más claros será de utilidad dar por sentado que nuestro pequeño enfermo físico está psiquiátricamente sano, mientras que nuestro pequeño enfermo psiquiátrico goza de excelente salud corporal. Si bien muy a menudo las cosas no suceden de este modo, resulta justificado que ahora hagamos esta simplificación.)

El psiquiatra, por tanto, no se dedica a curar los síntomas, sino que reconoce en ellos una llamada de auxilio que justifica una investigación en toda regla de la historia del desarrollo emocional del pequeño en relación con el medio y la cultura en que el niño se halla inmerso. El tratamiento va dirigido a aliviar al niño de la necesidad de lanzar su llamada de socorro.

Existe, como ya he indicado, un grado de artificialidad en del este planteamiento de contrastes. Los mejores médicos del cuerpo también investigan las causas y, cuando ello es posible, echan mano de la tendencia natural a recobrar la salud, empleándola como su principal terapia. Pero incluso los médicos físicos que toleran los síntomas físicamente determinados y que buscan las causas originarias cuando se enfrentan a una enfermedad física tienden a hacerse alérgicos a los síntomas ante un síndrome de etiología psicológica. Sienten la necesidad acuciante de curar en el mismo momento en que se ven enfrentados a un síntoma histérico de conversión, o una fobia que en apariencia carece de sentido, o una sensibilidad a los ruidos o un ritual obsesivo, una regresión que parece propia de locos en el comportamiento, un trastorno del estado anímico, una tendencia antisocial o una inquietud que connota un desesperado estado de confusión en el núcleo de la personalidad del niño.

Estoy convencido de que la intolerancia de los síntomas se presenta simplemente porque el pediatra físico no está muy enterado de la ciencia denominada «psicología dinámica» (psicoanálisis para mí); y, sin embargo, sólo por medio de dicha ciencia cabe hallar sentido a los síntomas. Viendo que esta ciencia, que ya cuenta sus buenos cincuenta años, es tan amplia como la fisiología, cuando menos, e incluye todo el estudio de la personalidad humana en desarrollo dentro de su marco, no resulta sorprendente ver cómo el médico recién graduado, cansado, atiborrado de datos pediátricos, retrocede, asustado ante la perspectiva de una asignatura más y le da el esquinazo a estas nuevas enseñanzas, las únicas que califican para la práctica de la psicoterapia.

Hay que dejar que el problema del doble adiestramiento se resuelva por sí solo con el tiempo; mientras tanto debemos esperar y recibir con agrado los dos tipos de enfoque, el físico y el psicológico, y debemos procurar asimilar la aportación que cada uno de ellos es capaz de hacer a la pediatría.

Por desgracia ahora me veo forzado a limitar el tema de mi alocución, tema que, tanto en profundidad como en extensión, podría ser casi infinito. He decidido hablar de la enuresis, si bien les confieso que me resulta muy difícil dejar de lado tantas cosas que resultarían tan interesantes para mí mismo como para un auditorio de pediatras.

Hay clínicas dedicadas a la enuresis que son dirigidas por pediatras y por lo general el objetivo manifiesto de tales clínicas estriba en la curación del síntoma. Las madres y los niños les están agradecidos. Nada hay que decir en contra de tales clínicas, salvo que arrinconan por completo la

etiología, la enuresis como síntoma significativo de algo, como una persistente relación infantil que tiene valor en la economía emocional del pequeño. En la mayoría de los casos, la curación del síntoma no hace ningún daño y en los casos en que la curación podría, hacer daño, el niño, a través de procesos inconscientes, se las compone para resistirse a la curación o para adoptar una señal alternativa de SOS, una señal que traiga consigo el traslado a otro tipo de clínica.

Mientras que estas clínicas pediátricas son transitorias, los psiquiatras de niños se encuentran constantemente con los síntomas de la enuresis; a menudo el síntoma es claramente visible en calidad de fenómeno secundario o subsidiario, un fragmento del enorme problema del ser humano que trata de desarrollarse hasta alcanzar la madurez a pesar de todos los obstáculos.

Citaré un solo caso de entre los cientos de ejemplos que podría darles. Espero que con la descripción de este único caso quede demostrado de qué manera apareció la enuresis en el transcurso de una enfermedad psíquica.

Elijo el caso de un muchacho al que no era posible aplicarle el psicoanálisis y cuya curación, sin embargo (suponiendo que curación pueda llamársele), dependió, en parte, de tres sesiones psicoterapéuticas.

Durante las tres sesiones, el muchacho estuvo constantemente dibujando. A mí me fue posible tomar notas excepto en los momentos más críticos, cuando los sentimientos estaban tan tensos, que tomar notas hubiese redundado en perjuicio del chico.

El caso, nada infrecuente, se presta aún más a su exposición como ejemplo debido a que el tratamiento del chico corría principalmente a cargo de los padres, que pudieron reparar el hogar que había resultado destruido por la guerra. Espero que en esta parte de la historia, en la que la labor la hicieron los padres, sepan ver un tipo de enfermedad y de recuperación que ustedes mismos habrán observado en aquellos de sus pacientes que hayan podido utilizar un período de enfermedad física a modo de oportunidad para efectuar un crecimiento retardado de la personalidad. El muchacho en cuestión tuvo suerte: pudo obtener lo que le hacía falta sin necesidad de recurrir a ninguna enfermedad física.

Ejemplo: un caso de enuresis

Philip, de nueve años, era uno de los tres hijos de una buena familia. Durante la guerra el padre había permanecido ausente durante mucho tiempo; al finalizar el conflicto se retiró del ejército y se puso a reconstruir su hogar, empezando por dedicarse a la agricultura en pequeña escala. Los dos muchachos asistían a una conocida escuela preparatoria. En octubre de 1947 el director de la escuela escribió a los padres diciéndoles que se veía obligado a aconsejarles que sacasen de ella a Philip porque, si bien él, el director, jamás había considerado que en el chico hubiese algo anormal, había averiguado que Philip era la causa de una epidemia de robos que se estaba produciendo en la escuela. El director dijo: «Puedo solucionar fácilmente la epidemia si Philip se va», y, con mucho tino, comprendió que Philip estaba enfermo y que no podría responder sencillamente a ningún tipo de tratamiento correctivo. A resultas de esta carta, que causó un gran shock a los padres, éstos consultaron a su médico de cabecera, quien, siguiendo la recomendación de un psiquiatra, me remitió a mí el caso.

La consideración de estos detalles demuestra cuán precaria es esta cuestión de mandar al psiquiatra a un niño con una enfermedad psíquica antes de haberse producido algún daño. Casi fue cosa de casualidad que yo pudiera prestarle ayuda desde el comienzo y antes de que hubiese habido tiempo para adoptar una actitud moral con respecto a la delincuencia del muchacho, y antes

de que la intolerancia del síntoma se hubiese desarrollado hasta el extremo de producir una terapia de pánico.

Ante todo quise ver a la madre, y en el transcurso de una larga entrevista pude tomar nota de la siguiente y detallada historia: la historia en cuestión resultó ser correcta en casi todo, si bien hubo un detalle importante sobre el que no supe la verdad hasta que celebré una entrevista con el muchacho.

Me enteré de que el padre y la madre gozaban de la capacidad de formar y mantener un buen hogar, pero que los trastornos de la guerra habían provocado una seria ruptura que afectó más a Philip que a su hermano. La hermana pequeña se estaba desarrollando de un modo que a todas luces era normal y se veía capaz de sacar todos los beneficios de su reparado hogar. Los padres sentían inclinación por el espiritualismo pero me hicieron ver claramente que en modo alguno trataban de imponer su modo de pensar a los hijos. La madre sentía aversión por la psicología y manifestó no saber nada de ella. Esto resultó valioso para mi forma de llevar el caso, ya que tuve oportunidad de apoyarme en los sentimientos de la madre y en su comprensión intuitiva de la naturaleza humana en vez de hacerlo en sus lecturas y reflexiones esporádicas.

El hermano fue amamantado durante cinco meses y su personalidad fue franca desde el comienzo. Philip le admiraba mucho.

El parto de Philip fue muy difícil. La madre lo recuerda como una larga lucha. El líquido amniótico empezó a salir diez días antes del parto y, según el punto de vista de la madre, el parto se inició y se interrumpió dos veces antes de que el muchacho naciese realmente, bajo los efectos del cloroformo. Philip fue amamantado durante seis semanas; no se produjo ninguna pérdida inicial de peso y la transición al biberón se efectuó sin problemas. Fue un bebé de los que suelen llamarse huesudos hasta los dos años, momento en que la guerra empezó a interferir en su vida. A partir de aquella edad el chico dejó de gozar de cuidados en el hogar y se convirtió en un pequeño más bien quieto y silencioso, quizá demasiado fácil de llevar. Tuvo que compartir su vida de párvulo con niños extraños y toscos. Por aquellos días se convirtió en un niño demasiado propenso al catarro y en él se desarrolló la incapacidad para sonarse la nariz. La tendencia catarral se ha mantenido y no se vio afectada favorablemente por la extirpación de las amígdalas, que sufrió a los seis años. La madre sufre de asma y cree que de vez en cuando el niño también la ha padecido levemente. La madre cuidaba de Philip la mayor parte del tiempo, si bien con ayuda de una niñera, y no tardó en darse cuenta de la diferencia que había entre los dos muchachos. No sólo era Philip menos sano debido al catarro, sino que, además, su coordinación era deficiente.

Entre los dos y los cuatro años de edad Philip y su hermano estuvieron lejos de casa con su madre; luego regresaron al hogar originario. Sin embargo, el hogar, que había quedado deshecho cuando Philip contaba dos años, no se recompuso hasta que el padre se retiró del ejército, no mucho antes de la fecha de la consulta. Los efectos del pequeño quedaron forzosamente desparramados, sin que en ningún momento pudiera disponer de todos ellos a la vez, por lo que cualquier objeto estaba expuesto a perderse. En comparación con el hermano, Philip no era un niño demostrativo. No obstante, era afectuoso con su madre y con su hermana. El niño parecía un extraño a ojos de la madre y los efectos que poseía eran cosas muy privadas para él. Las dificultades, sin embargo, no se manifestaron hasta que cumplió seis años. En lo que respecta al adiestramiento fisiológico, el pequeño nunca presentó problema alguno; tampoco lo fue la incontinencia nocturna.

A la edad de seis años, cuando, según me recordó la madre, le fueron extirpadas las amígdalas, al regresar a casa traía consigo el reloj de la enfermera. Durante los siguientes tres años robó otro reloj y también dinero, que siempre gastaba. Robó otros objetos, que siempre sufrían desperfectos. No carecía de dinero propio y en él se desarrolló la pasión de la bibliofilia. Tratándose de un chico muy inteligente y aficionado a la lectura, realmente leía los libros que se compraba, pero la misma

compra de los libros revestía importancia para él. En su mayoría eran libros pequeños cuyos temas giraban en torno a polillas, tipos de hierbas, perros, etcétera; es decir, libros de tipo clasificador. Observaron que llegaba a pagar quince chelines por un libro sobre barcos, un libro de tamaño reducido, sin que al parecer el precio le pareciera caro. Junto con estos síntomas los padres habían observado un cambio en el carácter del chico, pero les resultaba difícil describirlo. Los padres quedaron realmente consternados cuando tuvo lugar el siguiente incidente: hospedado en casa de un amigo, de regreso al hogar para las vacaciones, robó un libro de matrículas de automóvil propiedad de los dueños de la casa. No trató de ocultar el libro y los padres atribuyeron el robo a su indudable amor por todo tipo de documentos. Recordando, pudieron informar que por aquellos días el pequeño empezó a mostrarse desaliñado. Es más, fue perdiendo el interés por sus pertenencias con la salvedad de nuevos libros; junto a esto se registró un aumento en los deseos de regalarle cosas a su hermana, por la que sentía gran afecto. Esto sucedió en el período comprendido entre los seis a los ocho años y el momento en que me fue traído a consulta.

Al nacer la hermana (Philip tenía seis años) la madre dijo que al principio el chico se mostró consternado y abiertamente celoso, pero pronto le tomó afecto a la pequeña y reemprendió unas buenas relaciones con la madre, aunque no tan buenas, de todos modos, como las de antes del nacimiento de la niña. Por aquel entonces el padre empezó a descubrir que sus hijos eran personas interesantes, en parte porque ahora tenía una hija y principalmente porque cada vez podía pasar más tiempo en el hogar. Por cierto que la madre me dijo que tanto ella como el padre ansiaban que su segundo hijo fuese niña. Cuando el que nació fue Philip tardaron algún tiempo en adaptarse a la idea de que habían tenido otro chico. Al cabo del tiempo, el nacimiento de la pequeña representó un gran alivio para la familia y liberó a Philip de un vago sentimiento de que, de alguna forma, querían que fuese distinto de lo que realmente era. Tomé nota especial de que el asunto de las amígdalas, que aparentemente había provocado el cambio de personalidad en el niño, había tenido lugar poco tiempo después de nacer la pequeña y más tarde pude descubrir que el nacimiento de la niña fue el mayor de los trastornos. En aquel tiempo (Philip tenía va ocho años) se mostró asustadizo ante cualquier cosa susceptible de inducir a los demás a reírse de él. En este sentido la madre dijo que una vez había sufrido una hinchazón en la cara a causa de la picadura de un insecto. Antes que exponerse a que se rieran de él, Philip daba muestras de gran cansancio y se quedaba en cama. A modo de defensa contra las posibles burlas el muchacho cultivó el arte de la imitación y de esta forma fue capaz de hacer reír a voluntad. También hizo acopio de un fondo de historietas divertidas, con lo que se protegió aún más de la mofa ajena. Mientras me contaba todo esto la madre se sintió triste al darse cuenta de lo perdida que se había sentido al tratar con Philip en contraste con lo fácil que le había sido comprender a los otros dos pequeños. La señora poseía el don de establecer contactos con los niños normales, pero no con los enfermos. Esta comprobación tuvo importancia para mí, ya que deseaba contar con la cooperación de la madre. Más adelante le describí lo que el niño necesitaba de ella, empleando términos propios de las necesidades de un niño normal, no de las necesidades de un caso psiquiátrico; le expliqué que al muchacho iba a serle necesario que le permitieran retroceder, volver a ser un niño en sus relaciones con ella, utilizando de esta manera su hogar recuperado. Así evitamos tener que instruirla, en contra de sus deseos, en los principios de la psicopatología.

El sueño era siempre difícil a causa de la obstrucción nasal. Philip solía despertarse para recabar la ayuda de su madre y era probable que se valiera de esta dificultad física, sin saberlo, con el fin de obtener la presencia de su madre por la noche. De no haber sido por la obstrucción nasal, la madre hubiese tenido que acudir a él por algún otro motivo, como las pesadillas, algún tipo de fobia, etc. Philip padecía fobia a ser herido y después de la operación les cogió fobia a los médicos.

Cuando pregunté qué pasaba cuando se excitaba, si se ponía enfermo o se limitaba a dar saltos de un lado para otro, la madre dijo: «cuando una espera que se excite se tranquiliza, se abstrae y sin cesar se pregunta qué puede hacer, qué puede hacer». La madre se había fijado en que para el

chico era importante poder pasar a solas un rato cada día. Philip sabía aprovechar las distracciones y, por ejemplo, cuando le llevaron a Suiza pronto aprendió a esquiar, aunque más por la fuerza de voluntad que por una habilidad natural.

La madre me informó que el chico padecía mayor urgencia y frecuencia de la micción, hecho que ella relacionaba con la obstrucción nasal. En la escuela al chico se le consideraba sano, y la obstrucción nasal parecía ser menos evidente. Junto con la madre visitamos a un otorrinolaringólogo, quien nos dio sus valiosos consejos de especialista, pero también recomendó una multitud de cosas destinadas a aliviar los síntomas de los que había que liberar al muchacho.

En la escuela creían que Philip era un chico inteligente pero perezoso. El director dio un mal informe de él, pero en una carta me dijo que nunca había pensado que el muchacho fuese anormal en ningún aspecto hasta que empezó a robar. La pereza no era cosa nueva para el director, que esperaba que el muchacho acabase rectificando su conducta. Creo que este detalle pone de relieve de qué manera una escuela verdaderamente buena es capaz, de pasar por alto la existencia de una enfermedad psiquiátrica.

A Philip le gustaba el campo. Poseía un galgo propio, hecho que demostró tener gran importancia y desempeñar un papel importante en su curación. Mientras tenía problemas en la escuela Philip escribió una carta en la que no había ninguna señal de aflicción.

Resumen del caso

Esta historia que la madre pudo contarme demostraba que el muchacho había empezado bien su vida pero que existía un contratiempo en el desarrollo emocional del chico, contratiempo que databa de la edad de dos años. En defensa contra la inseguridad ambiental el muchacho había adoptado un repliegue y una relativa falta de coordinación. A los seis años comenzó la degeneración de la personalidad, degeneración que era progresiva y llevada hacia una sintomatología de mayor importancia a los nueve años, motivo por el que me fue traído.

La forma en que llevé el caso

Aunque no había visto al paciente, pude empezar a tomar medidas para la dirección del caso. Estaba claro que el psicoanálisis quedaba fuera de lugar, ya que un viaje cotidiano a Londres, incluso un viaje semanal, hubiese constituido un contratiempo para el aprovechamiento que el muchacho podía hacer de su restituido hogar, que había de ser, precisamente, el que llevaría la mayor carga de la terapia.

Le dije a la madre que el muchacho iba a necesitar de su ayuda ya que estaba claro que algo había perdido a los dos años, algo que necesitaría buscar retroactivamente. La señora me comprendió en seguida y dijo: "Pues si tiene que convertir se en un niño, que venga a casa, y mientras usted me ayuda a comprender lo que pasa sabré cómo arreglármelas". Quedó demostrado que no se trataba de una simple bravata y a la larga fue ella quien se llevó el mérito de haber ayudado al niño a superar una enfermedad mental. El hogar fue el hospital mental que le hacía falta a aquel paciente, un asilo en el verdadero sentido de la palabra.

En términos técnicos, el muchacho efectuó una regresión. Retrocedió en su desarrollo emocional de una forma que más tarde les describiré, y después reemprendió el camino hacia adelante. Fue en el

momento más profundo de tal regresión cuando empezó a orinarse en la cama, hecho que constituye el eslabón entre este caso y el tema principal de mi alocución.

Mi siguiente tarea consistió en ver al muchacho. La entrevista me era necesaria no sólo para averiguar qué lugar ocuparía yo en la dirección del caso durante los meses siguientes (mayormente por teléfono) sino también porque el muchacho estaba preparado para el insight que obtuvo en aquella hora y media y que, aun no tratándose de psicoanálisis, representó la aplicación por mi parte de una serie de conocimientos adquiridos en mi labor psicoanalítica.

La primera entrevista con Philip

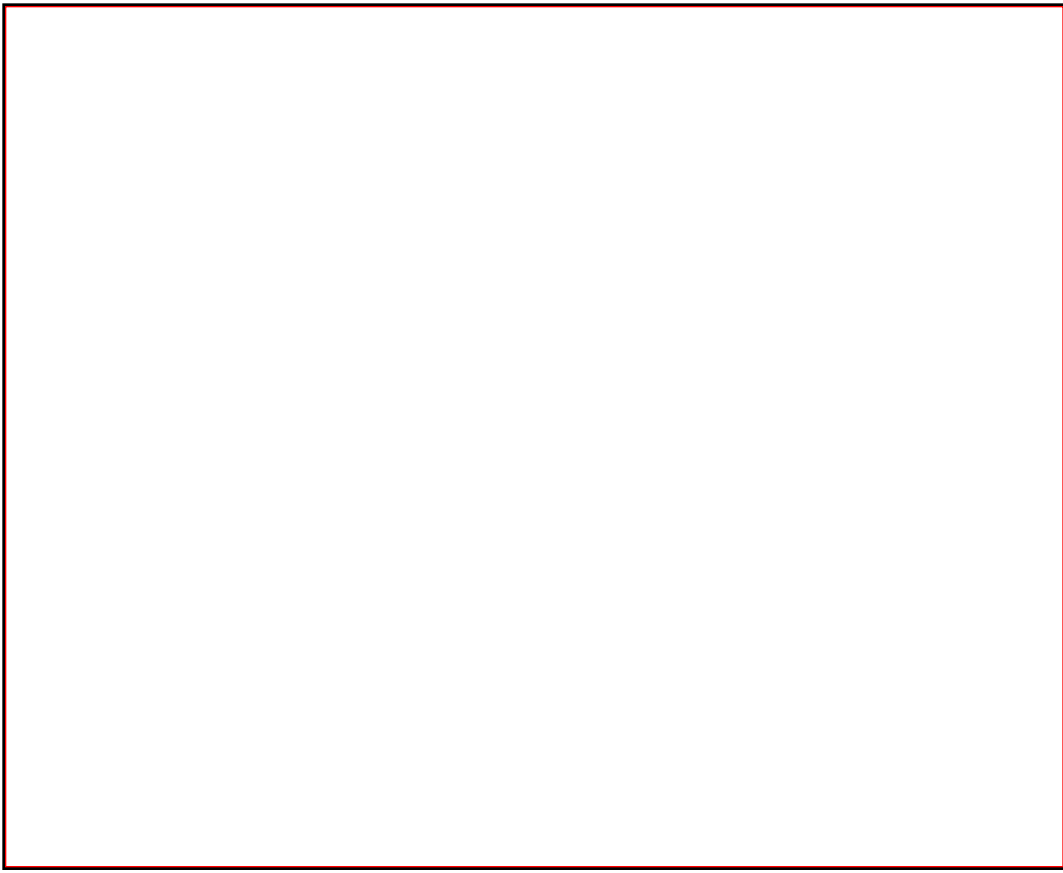
No hubo ninguna dificultad inicial. El paciente era un muchacho atractivo e inteligente, algo retraído, que no daba grandes muestras de estar haciendo observaciones objetivas sobre mí.

Evidentemente, estaba preocupado por sus propios asuntos y ligeramente divertido. Su hermana le acompañó y él se comportó de manera natural con ella, dejándola tranquilamente con su madre mientras él y yo entrábamos en la sala de juegos. Adopté una técnica idónea para estos casos, una especie de prueba proyectiva en la que yo también participo. Las figuras que van del número 1 al 8 son una muestra de los dibujos. Se trata de un juego en el que yo primero hago un garabato y el paciente lo convierte en algo; luego es él quien traza el garabato y yo quien lo transforma en algo.

1. Mi garabato (fig. 1). El paciente le dio la vuelta y rápidamente dijo que era un mapa de Inglaterra, añadiendo una línea que faltaba en la región de Cornualles. Inmediatamente comprendí que se hallaba en un estado sumamente imaginativo y que yo obtendría unos resultados muy personales, ya que de aquel garabato se hubiese podido sacar casi cualquier cosa.

2. Su garabato. yo me retrasé adrede en convertirlo en algo, dándole así ocasión de desplegar una vez más su capacidad imaginativa. Inmediatamente el paciente dijo que se trataba de una cuerda lanzada al aire y se puso a indicar el aire mediante una serie de trazos finos que se entrecruzaban con el grueso trazo que representaba la cuerda.

3. De nuevo fue él quien dibujó el garabato (fig. 2) y yo rápidamente lo convertí en una cara que según él era un pez. También esto fue indicio de que él estaba preocupado por su realidad personal o interior, sin denotar una excesiva preocupación por la objetividad.



4. Mi garabato (fig. 3). Fue sorprendente presenciar la forma en que sin pérdida de tiempo vio en él una leona marina con su cachorro. Los acontecimientos subsiguientes demostraron que era justificable colegir de su dibujo que el muchacho sentía una poderosa identificación maternal; y también que la relación madre-niño revestía especial importancia para él. Lo que es más, este dibujo tiene belleza y no por el garabato en sí sino por el uso que él hizo del mismo.



5. Su garabato. Antes de que pudiera interpretarlo el chico lo convirtió en un grupo de escaladores unidos mediante una cordada. Esto era propio de sus recientes experiencias en Suiza.

6. Su garabato de nuevo. Él lo interpretó como un remolino pequeño con olas y agua. Para él esto estaba del todo claro, aunque no para mí.

7. Su garabato otra vez, que él convirtió en una bota dentro del agua, algo que de nuevo era absolutamente personal. yo ya me había percatado de que el muchacho estaba en un estado de casi sonambulismo, lo cual me preparó para los rasgos psicóticos sobre los que más adelante tendría algo que aprender.

8. Mi garabato (fig. 4). Inmediatamente el paciente lo transformó en lo que él llamaba el señor polichinela con lágrimas en la ropa.



El muchacho ya había llegado a un estado de gran creatividad y me dijo: “Hay diez lágrimas en su ropa porque ha estado haciendo algo con un cocodrilo, algo muy feo, probablemente molestándolo, y si uno molesta a los cocodrilos corre el peligro de que se lo coman”.

9. Ahora me estaba hablando de material onírico por lo que yo me hallaba en situación de investigar sus sueños. Le hablé de las cosas pavorosas que podían ocurrirle en sus pensamientos, ante lo cual hizo el dibujo número 5, al que le llamó «brujo». Sobre esto había una larga historia. El brujo se aparecía al dar la medianoche en la escuela. Al parecer, por las noches Philip se quedaba acechando al brujo largo tiempo. Este brujo gozaba de un poder absoluto y mágico. Tenía la facultad de enterrarte y convertirte en algún objeto. Este brujo resultó ser una importante clave en el entendimiento de la compulsión de robar.

Para entonces el muchacho estaba deseoso de contarme sus sueños. Se hallaba con su madre en un coche. El coche se deslizaba pendiente abajo. Al final de la pendiente había un terraplén y el coche marchaba tan velozmente que no había ninguna posibilidad de detenerlo. En el momento crítico se producía el acto de magia, de magia buena: el coche saltaba por encima del terraplén sin precipitarse en él.

Expresé en palabras lo que extrañaba el sueño y su forma de narrármelo. Le dije que le asustaba el hecho de que en el sueño hubiese tenido que recurrir a la magia buena ya que ello significaba su necesidad de creer en la magia y, si existía una magia buena, por fuerza tenía que existir también una magia mala. Lo malo era su incapacidad para afrontar la realidad su necesidad de recurrir a la magia.

Me contó otro sueño. Le había atizado un golpe en el estómago al director de la escuela, «pero el director es simpático» -dijo-; «es un hombre con quien se puede hablar». Le pregunté si a veces estaba triste y él se comunicó conmigo desde lo más profundo de su naturaleza cuando me dijo que ciertamente sabía cuál era el significado de la tristeza. Tenía una forma propia de denominarla: «momentos melancólicos». Dijo que el peor sentimiento de tristeza lo había experimentado mucho tiempo antes y entonces me contó lo de la primera vez que se había visto separado de su madre. Al principio yo no estaba seguro de qué edad tenía a la sazón. Él me dijo lo siguiente: «Mamá se fue. Mi hermano y yo tuvimos que arreglárnoslas solos. Fuimos a vivir con nuestros tíos. Lo horrible que allí me sucedía era que a veces veía a mi madre en la cocina, con su vestido azul, y cuando corría hacia ella de pronto me encontraba con que se transformaba en mi tía, vestida con un vestido de distinto color».

Me contó que a menudo alucinaba a su madre, recurriendo a la magia pero sufriendo constantemente el shock de la desilusión. yo le hablé de lo horrible que resulta encontrarnos con que no son reales las cosas que creíamos que lo eran.

10. Él dibujó un espejo y se apartó del tema de las alucinaciones dándome una explicación científica acerca de los espejos. Su tío era quien se la había dado. «Uno ve unos hermosos árboles azules cuando lo cierto es que no hay ningún árbol.» También me dijo que era muy aficionado a las cosas bellas. «Mi hermano, en cambio, no piensa más que en barcos y en navegar, y esto es muy distinto. Amo la belleza, los animales, y me gusta dibujar.» Le señalé que la belleza del espejo estaba vinculada con sus sentimientos con respecto a la madre, hecho que yo había deducido partiendo del color azul del espejo y del vestido de la madre.

Al llegar aquí, mis notas resultaban menos claras, toda vez que la situación se había hecho muy tensa y el chico se había puesto sumamente serio y pensativo. Espontáneamente me habló de su depresión o de lo que él llamaba “momentos melancólicos”. Resultó que el peor de tales momentos lo había experimentado cuando tenía casi seis años y entonces me fue posible ver la importancia que había tenido el nacimiento de su hermana. Al decirme que su madre se había ido se refería a que había ingresado en una clínica de reposo para tener el hijo allí. Fue entonces cuando él y su hermano se alojaron en casa de los tíos y, así como su hermano había superado fácilmente la prueba, Philip apenas si consiguió que no se rompiera el hilo de la experiencia. No sólo alucinaba sino que también necesitaba que le dijeren rectamente lo que debía hacer; y su tío, al darse cuenta de ello, había adoptado deliberadamente la actitud propia de un sargento y, dominando la vida del pequeño, había contrarrestado el vacío resultante de la pérdida de la madre. Había otra cosa que le mantuvo activo: su hermano, que resultó una gran ayuda para él, constantemente decía: «Esto terminará; terminará»

Conmigo se le ofreció al muchacho la primera oportunidad de su vida para hablar de la dificultad real experimentada entonces: aceptar el hecho de que su madre era capaz de tener un bebé, cosa que le hacía sentirse tremendamente celoso de ella. El dibujo de la leona de mar con su cachorro demostraba lo mucho que había idealizado la relación madre-hijo. El hecho de que el bebé hubiese sido una niña había representado un gran alivio para él.

Philip dijo: «Me pasaba todo el rato pensando que todo terminaría pronto, o si no me sentía enfermo». Una vez, en la escuela, se había sentido nostálgico, lo cual constituía otra forma de melancolía o depresión, y acudió al director. Dijo: «El director lo probó todo, pero no pudo ayudarme». Entonces comparó al director conmigo y dijo abiertamente que, mientras el director solamente había sido capaz de decirle «arriba ese ánimo», yo había podido darle cierta comprensión, de la que tenía gran necesidad. Entonces pudimos volver al brujo y resultó que éste llevaba el abrigo de su tío el soldado, el que había dominado su vida y de esta manera le había salvado de la vaciedad de la depresión. Me dijo que la voz del brujo era exactamente igual a la de su tío. Dicha voz seguía dominándole en la escuela, diciéndole que robase, cosa que él se sentía

obligado a hacer. Si titubeaba la voz le decía: “No seas cobarde; acuérdate de tu nombre. En nuestra familia no hay cobardes». Entonces me habló del principal episodio, motivo de su expulsión. Un compañero le había dicho: «Caramba, no tiene tanta importancia lo que has hecho; cualquiera hubiese podido robar algunas libras y cosas así. No es como si hubieses robado algún veneno del botiquín del ama de llaves”. Después de aquello la voz del brujo le dijo que debía robar veneno del botiquín del ama de llaves, y así lo hizo con una consumada habilidad. Fue cuando le hallaron en posesión de drogas peligrosas cuando lo expulsaron, pero ello no le produjo ningún sentimiento de vergüenza, toda vez que había obedecido a la voz y no se había comportado como un cobarde. Es más, yo añadiría que al robar se hallaba en camino de encontrar a la madre que había perdido, pero éste es otro tema que ahora no podemos desarrollar.

He tratado de hacerles una descripción fiel de la entrevista pero no puedo transmitirles la importancia de algo que aconteció y que fue muy real para ambos. Ya empezaba a sentirme agotado y con ganas de terminar cuando él se sentó para hacer un último dibujo (fig. 6).



P S I K O L I B R O

11. Tras dibujar en silencio dijo que se trataba de su padre en una barca. Por encima de la barca vuela un águila que lleva un conejito.

Está claro que Philip no sólo estaba dibujando con el fin de «clausurar» la entrevista, sino que también lo hacía para dar prueba de su progreso. Empecé a interpretarlo verbalmente. Dije que el águila que estaba robando un conejito representaba su propio deseo o sueño en el momento de mayor aflicción: robarle la hermanita a su madre. Al principio de todo él había sentido celos de la madre por poder dar a luz un hijo del padre, y también sentía celos de la hermanita, ya que él mismo sentía la aguda necesidad de ser un bebé y disfrutar de una segunda oportunidad de valerse de su madre en un estado de dependencia.

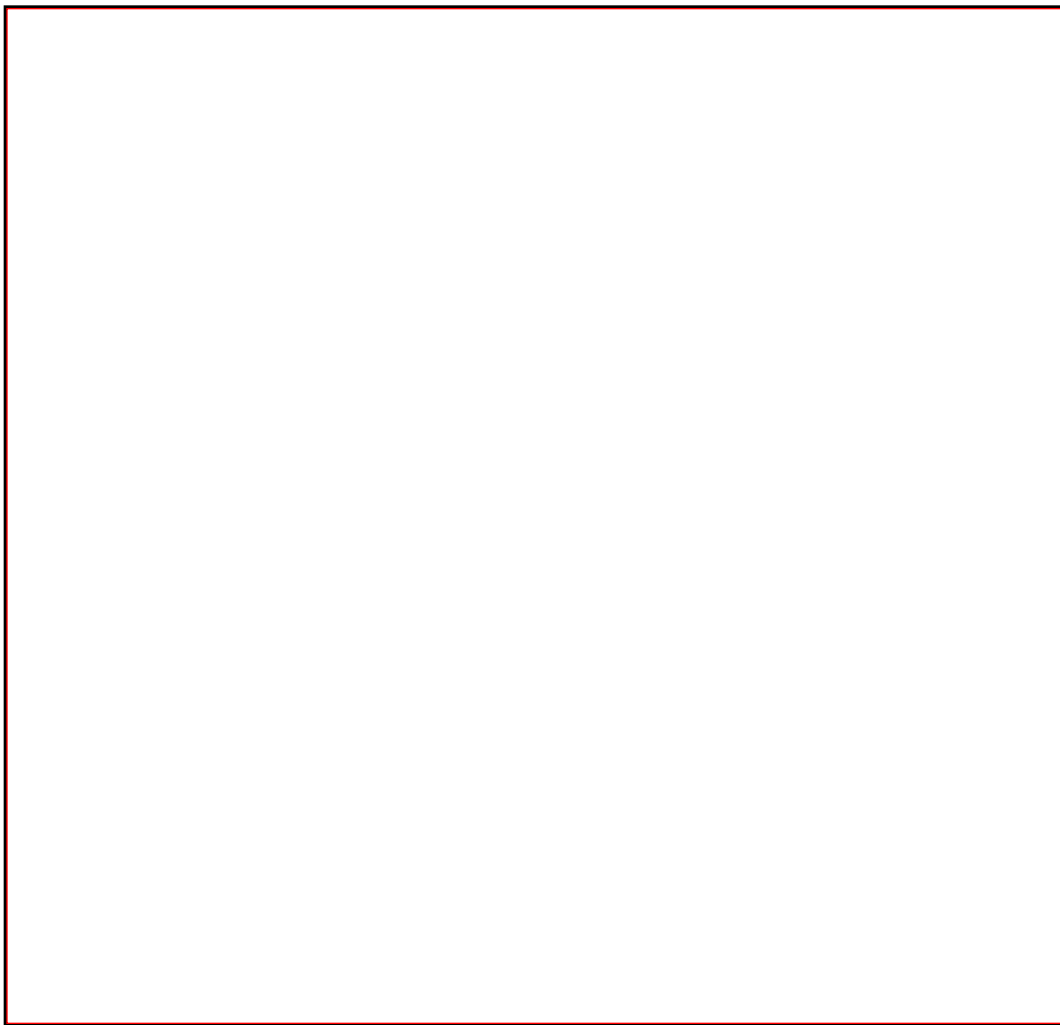
(Como es natural, empleé un lenguaje adecuado a su capacidad de comprensión.) El muchacho aceptó el tema y dijo: «y he aquí a papá, totalmente despreocupado». Recordarán ustedes que su padre había estado fuera de Inglaterra. El hecho de que su padre estuviera lejos luchando por su

patria revestía ahora gran importancia para Philip, y fanfarroneaba al respecto en la escuela. Sin embargo, en lo que hace a sus necesidades infantiles, el padre estaba descuidando la apremiante necesidad que el chico sentía de tener un padre junto a él, un padre amistoso, fuerte, comprensivo, un padre que se hiciese responsable. De no haber sido por su tío y por su hermano, Philip se hubiera hundido cuando la relación con su madre se vio interrumpida por la separación y por los celos que hacia ella sentía. Al llegar aquí el chico ya estaba dispuesto a marcharse.

Segunda entrevista

Volví a verlo al cabo de una semana; no hará falta que les haga una relación detallada. Sin embargo, les mostraré su dibujo (fig. 7), por medio del cual anunció que el brujo y su voz habían desaparecido a raíz de la primera entrevista. En este dibujo, que representa la casa del brujo, yo me hallo en dicha casa armado con una escopeta, mientras el brujo emprende la retirada. El humo indica que la esposa del brujo está en la cocina preparando la comida. yo entro en ella y despojo a la mujer de su magia. Recordarán la necesidad del muchacho de encontrar a su madre en la cocina: la alternativa la representaban la bruja y el caldero, y los mágicos encantamientos de la mujer de la primera infancia, tan terribles cuando se piensa en ellos retrospectivamente, debido a la absoluta dependencia del pequeño. Esto presenta ya cierto sabor de fantasía, de funcionamiento a un nivel menos profundo; y en verdad que estaba ausente el ambiente tenso de nuestra primera entrevista. yo ya había salido del círculo íntimo del mundo personal y mágico del chico; ahora era una persona que le escuchaba y le hablaba de sus fantasías.

Dos dibujos más: En uno se ve al brujo recorriendo los pasillos de la escuela. Después de hacerlo, el chico me dijo otra vez lo de la alucinación de la madre que se transformaba en la tía cuando Philip trataba de poner a prueba lo que estaba viendo. Había también un detalle de importancia por cuanto la vela que transportaba el brujo correspondía a una erección genital así como a ideas de fellatio y de cabello en llamas. Tuve que disponerme a aceptar aquello, junto con la magia y cualquier otra cosa que surgiese, o de lo contrario me convertiría en un estorbo, ya sea por un excesivo despliegue de pudibundez o ceguera o por la activa introducción de mis propias ideas. Pero aquello no iba a ser un análisis, por lo que debía evitar darle al muchacho la interpretación de su inconsciente reprimido.



El último dibujo de la segunda serie (fig. 8) vuelve a representar al brujo. Esta vez el brujo está siendo objeto de mofa. Es un dibujo «gracioso». Se recordará que formaba parte de la enfermedad del chico el dar por sentado que los demás se burlasen de él. El objeto de mofa ya había sido expulsado de la casa (él mismo), y en lugar del brujo se hallaba la idea, sumamente subjetiva, que de mí se hacía el paciente. yo era sencillamente una persona que encajaba y comprendía, y que verbaliza el material del juego. Al verbalizar, hablo con un ser consciente y reconozco, en su personalidad total, el LUGAR DESDE EL CUAL, el punto central de SU ENTIDAD, sin el cual no hay ÉL.

He seleccionado las figuras del número 1 al 8 de entre un total de catorce dibujos.

La tercera entrevista

Empezó con un dibujo en el que se ve a su enemigo dejando caer un cuchillo sobre su galgo. El enemigo es el hijo del tío que tan importante papel desempeñó en su vida durante la depresión y cuya voz y abrigo militar suministraron los detalles del brujo al que el pequeño había recurrido para contrarrestar su «melancolía». El primo en cuestión era odiado debido al fuerte cariño que Philip sentía por el padre del primo, es decir, su tío.

El tercer intervalo hizo que la entrevista adoptara el tono de la hora de recreo. yo me limité a permanecer sentado contemplando a Philip, que ejecutaba un complejo trazado con los raíles de mi tren de juguete. Todas las otras veces que volvió a la consulta se limitó a jugar con el tren; ya no hice más psicoterapia. A decir verdad, no debía hacerla a menos que estuviese preparado para que el tratamiento pasara a convertirse en un tratamiento psicoanalítico, con sus sesiones diarias

dispuestas de manera que se prolongaran durante un período de uno, dos o tres años. En el caso de Philip jamás se llegó a pensar en el psicoanálisis como tratamiento.

La enfermedad en el hogar

Llego ahora a la enfermedad que el chico tuvo que padecer y durante la cual los padres le dieron asilo. La enfermedad puede describirse brevemente. A este niño le hizo falta mi ayuda personal, pero hay muchos otros casos en los que es posible prescindir de la sesión terapéutica, en los que toda la terapia puede llevarse a cabo en el hogar. Lo único que se pierde es el hecho de que el muchacho adquiriera insight, y en modo alguno puede decirse que esta pérdida sea grave.

Philip fue aceptado en casa como caso especial, como niño enfermo al que era necesario permitirle que enfermase aún más. Con esto quiero decir que había habido una enfermedad controlada a la que debía permitírsele desarrollarse por completo. El niño debía recibir lo que todo niño tiene derecho a recibir al principio un período durante el cual el medio ambiente debe adaptarse activamente a sus necesidades.

La situación era la siguiente: gradualmente Philip fue replegándose y haciéndose dependiente. La gente decía que el pequeño vivía en un mundo de hadas. Su madre dijo que por la mañana, más que levantarse, lo que hacía Philip era cambiar el estado de hallarse en cama por el de hallarse fuera de ella, y eso sencillamente porque alguien le vestía. Ésta es la forma no científica de decir que el muchacho se hallaba en estado de sonambulismo. Varias veces la madre trató de alentarse a que se levantase solo, pero el chico empezó a llorar casi en seguida de aflicción, por lo que la madre abandonó sus intentos. Durante las comidas el pequeño disponía los cubiertos a su alrededor, comía solo, aunque la familia se hallaba igualmente sentada a la mesa. Se comportaba de manera aparentemente incivilizada: comía grandes trozos de pan tras haberse tragado la mermelada primero. Comía mecánicamente cuanto se le ofrecía; parecía como si no le importase la comida y nunca llegaba el momento en que sentía que ya había comido lo suficiente. Durante toda la comida adoptaba un aire de preocupación.

Empezó a bajar la pendiente de manera constante, cada vez menos capaz de vivir en su cuerpo o de interesarse por su aspecto; pero no perdió el contacto con el disfrute del cuerpo, ya que se pasaba horas y horas contemplando a su perro galgo.

Su forma de andar perdió coordinación y, al llegar al punto más bajo de la regresión, progresó hasta adoptar una técnica de andar parecida a los saltos a la pata coja sobre una cuerda, con los brazos moviéndose como las aspas de un molino; en caso contrario, lo que hacía era avanzar dando tumbos, como impelido por alguna fuerza bruta que habitase en su ser. Lo que ciertamente no hacía era caminar. Mientras así iba progresando empezó a emitir unos ruidos que su hermano llamaba «resoplidos de elefante». En ningún momento se hicieron comentarios sobre sus numerosas rarezas y excentricidades, ni sobre sus extrañísimas pautas de comportamiento. A él iba destinada, la nata de la única vaca que poseía el padre y, en sentido figurado, para él era la crema del hogar.

A veces salía de tal estado durante una o dos horas, cuando, por ejemplo, sus padres daban un cóctel; luego volvía rápidamente a su estado.

Una vez asistió a una fiesta del pueblo, donde se puso de manifiesto la extraña actitud que adoptaba con respecto a las chicas. Bailó un poco, pero sólo con una extraña y gorda criatura a la que llamaban «el galeón» y que en el pueblo creían que era deficiente mental. Durante aquel período una novela de misterio que daban por la radio se convirtió en una auténtica obsesión, haciendo que su vida girase en torno a ella y a la contemplación del perro.

Entonces se llegó al fondo. Siempre estaba cansado. Experimentaba una creciente dificultad para levantarse. Por primera vez desde la infancia empezó a orinarse en la cama. Por fin he llegado al síntoma que me hizo escoger este caso como ejemplo. La madre le hacía levantarse cada madrugada, entre las tres y las cuatro, pero casi siempre se mojaba igualmente. El chico dijo que soñaba tan vivamente que creía hacerlo en el orinal. Asimismo, por aquel entonces cogió gran afición al agua, bebiéndola en exceso. Al respecto dijo: «Es tan divertido, tan deliciosa, tan buena para beber».

Todo esto transcurrió durante unos tres meses.

Una mañana quiso levantarse. El hecho señaló el principio de su gradual restablecimiento, en el que no se registró ningún retroceso. Los síntomas fueron esfumándose y al llegar el verano de 1948 el chico se hallaba en condiciones de volver a la escuela. Sin embargo, la vuelta fue aplazada hasta que empezase el curso, en otoño, un año después de que comenzase la fase aguda de la enfermedad.

Después de la primera entrevista psicoterapéutica, nunca más volvieron a aparecer el brujo y la voz, ni los impulsos de robar.

Al regresar a la misma escuela Philip recuperó fácilmente lo que había perdido, y no tuvo ninguna dificultad en borrar la mala reputación que con sus robos se había forjado. El director no tardó en escribir la consabida carta preguntando a qué venía tanto ajeteo si el muchacho era perfectamente sano y normal. Al parecer había olvidado que era él quién le había expulsado un año antes.

A los doce años y medio Philip ingresó en una conocida escuela particular, una de las más duras, y a los catorce dijeron que medía ya más de un metro sesenta, era de físico robusto y de naturaleza varonil, siempre al aire libre y con buena mano para los deportes habituales en tales escuelas. Dijeron que, desde el punto de vista académico, superaba en un año a los muchachos de su edad.

Recapitulación

Comprendo el punto de vista del pediatra que, no ocupándose específicamente de la psicología, debe hacer caso omiso del significado de los síntomas y tratar de curarlos. Pero lo que sí les pido a estos médicos es que les concedan a los psicólogos el mérito que se merecen por su punto de vista, del mismo modo que el psicólogo se lo concede al pediatra por sus conocimientos especiales de la fisiología infantil, de la bioquímica de la pérdida de líquidos, de los grupos sanguíneos, y el diagnóstico precoz de los tumores cerebrales. Las dos disciplinas deberían producir diferentes clases de pediatras, cada una de ellas con un saludable respeto por la otra.

Si en este caso, a consecuencia de la enuresis, se hubiese consultado a un pediatra, ¿qué opinión se hubiese formado éste de haber iniciado su intervención en el momento en que se registraba la máxima regresión del chico? De ordinario, la madre no sabría qué estaba sucediendo, y el pequeño tampoco. En el caso de Philip existía un marco excepcionalmente bueno para que la enfermedad se desarrollase en toda su extensión y llegase a su fin natural. Hubiese sido inútil tratar de curar la enuresis de Philip sin afrontar la necesidad regresiva que había tras ella.

Biblioteca D. Winnicott

La urticaria papulosa y la dinámica de la sensación de la piel (1934)

Como lo muestran los recientes artículos de Bray y de Kinnear (1) sigue escribiéndose lo suficiente sobre el tema de la urticaria papulosa (2) como para que se justifique suponer que aún no entendernos plenamente esta afección. Mi objetivo al escribir el presente trabajo es examinar la urticaria papulosa desde un punto de vista que, según creo, ha sido soslayado: el de alguien interesado no sólo en la afección epidérmica per se sino también, y por cierto en medida no menor, en los sentimientos del niño que la padece.

En su forma extrema, mi tesis podría expresarse en estos dos enunciados:

A.

La urticaria papulosa es un fenómeno epidérmico normal, una excitación de la piel correspondiente a la erección de un tejido excitado eréctil (glande del pene, clítoris, pezón, membrana mucosa de la nariz, etcétera). Esta primera parte de mi tesis se recomienda por su simplicidad; no conozco ninguna otra teoría sobre esta afección que explique el hecho de que en casi todos los bebés aparecen ocasionalmente las pápulas típicas, que van y vienen con sorprendente rapidez, sobre todo en relación con los estados emocionales cambiantes. Surge de inmediato esta pregunta: ¿qué pasa con las afligentes características de la enfermedad plenamente desarrollada, en la cual el bebé o el niño pequeño no puede descansar o dormir, y que provoca tan aguda desazón a los padres y los médicos? ¿Puede aplicársele el adjetivo "normal"? Esto nos lleva a la segunda parte de mi tesis.

B.

Cuando nos encontramos con la urticaria papulosa como enfermedad afligente, habitualmente tenemos ante nosotros un complicado trastorno psíquico que corresponde al onanismo obsesivo, en el cual la piel en general se ha convertido en el campo de batalla de una lucha, principalmente inconsciente, librada entre un impulso que demanda gratificación y un sentimiento de culpa que amenaza con privar al niño (a su yo) de todo un sistema de placer. El carácter obsesivo del rascarse es un indicio del temor que siente el niño a perder un sistema de placer, y la automutilación tan común guarda un exacto paralelismo con la crueldad que en el onanismo obsesivo se dirige al self -si bien en las fantasías inconscientes concomitantes está dirigido fundamentalmente a un objeto del medio circundante.

Según mi experiencia, la enunciación de esta tesis provoca reacciones muy intensas en la mente de los médicos, a tal punto que les resulta difícil debatir la teoría por sus propios méritos. Sin embargo, creo que ésta cuenta con tantos elementos a su favor como otras teorías que se han expuesto y debatido libremente (por ejemplo, la que sostiene que la enfermedad es causada por las bananas), y si bien estoy perfectamente

dispuesto a abandonarla si prueba estar equivocada, por el momento estoy preparado para sostenerla. Además, de vez en cuando uno encuentra apoyo en los dermatólogos. Por ejemplo, en el curso de una interesante conferencia en la Sociedad Médica de York, John T. Ingram dice: "...la piel [es] en el hombre una extensión de la mente, una parte esencial del temperamento y la personalidad del individuo" (3).

Es bien sabido que al tratar a un niño con urticaria papulosa, el problema reside en quebrar el círculo vicioso por el cual las pápulas son acompañadas por irritación, y el rascarse produce pápulas. Dicho sea de paso, también produce abrasiones que generan hemorragia y a menudo una infección secundaria y la formación de escaras. Casi podría decirse sin equivocarse que no nos preocuparíamos por que un niño tenga pápulas si no fuese por la desazón que genera el conflicto "Me quiero rascar, me debo rascar", que lleva a "Me rascaré para demostrarme a mí mismo que todavía puedo `disfrutar' pese a sentirme culpable, o pese a que mamá trata de impedírmelo". (Ésta es una simplificación excesiva, pero es útil.)

Aplicamos lobo calaminae en la esperanza de que mientras se pasa la loción y se la deja secar, se da tiempo para que la atención del niño se aparte de su rascarse la piel y se dirija a la frescura de ésta, o al placer de ver que una loción se convierte en un polvo rosado. Por desgracia, a menudo este o algún otro de los hechizos recetados fallan y nos desilusionan. A la larga, el agotamiento del niño pone fin a la orgía, afligiendo por igual a él y a sus padres.

Quizá por el papel que tienen que desempeñar en las orgías, los padres están mucho más inclinados que los médicos a adherir a esta concepción de la urticaria papulosa; después de todo, los médicos suelen ver la piel del niño el día siguiente, cuando ya está tal vez fría, sin excitación, y no es más que la sede de las pápulas en recesión, las escaras y las costras. En esta etapa, la afección se parece mucho a veces a la varicela, y aun a la viruela.

Durante una epidemia, un médico sanitarista, experimentado en el diagnóstico de la viruela, envió a un hospital de enfermedades contagiosas a un niño sin fiebre que había sido atendido por mí durante algunas semanas, y que era un caso grave de urticaria papulosa. Para refutar el diagnóstico podría haberse tomado la duración del sarpullido (si el médico sanitarista hubiese confiado en el testimonio de la madre, que según pude averiguar era verdadero).

La urticaria papulosa es tan corriente que uno vacila en dar ejemplo. La mera existencia de un historial clínico impreso puede dar la impresión de que se trata de una enfermedad; además, por más que se documente cualquier cantidad de historiales, a quienes no están en contacto con la clínica pediátrica no podrá transmitírseles el carácter extremadamente común, casi universal, de la afección. Sin embargo, en lo que respecta a mi propia práctica hospitalaria y privada, surgen constantemente experiencias que parecen confirmar mi punto de vista. Ya he analizado esta afección y dado ejemplos en otro lugar.

Caso 1

Una niña de tres años y medio, atendida por mí desde los 13 meses, había tenido en esa época una poliomielitis anterior aguda, que la dejó con consunción de un miembro inferior. Aparte de esto tenía buena salud, y se las arreglaba bien con un entablillado de celuloide.

Hace poco la madre me señaló que la niña se rascaba mucho y que habían aparecido las pápulas típicas en diversos lugares, como es lo habitual. Me dijo que ella pensaba que la afección se debía a que la niña estuvo comiendo una banana. Las madres a menudo dicen esto, y no suele ser posible adjudicar su sugerencia a que hayan oído o leído a algunos médicos que comparten esta superchería. En este caso, como en algunos otros que investigué, no había una clara correlación entre la ingestión de bananas y la aparición de las pápulas. La niña había tenido una urticaria papulosa durante un período prolongado, y en una oportunidad sus ronchas parecieron empeorar luego de comer una banana.

Las madres atribuyen a las bananas toda clase de síntomas, y es tarea de la profesión médica, aquí como en los demás casos, ayudar a los padres a que comprendan que ciertas creencias no se fundan en los hechos. No es imposible encontrarle una explicación a esa superchería, pero no es éste el lugar adecuado para tales consideraciones. No obstante, es difícil referirse a una fobia a las bananas sin aludir también a una fobia al pescado, dado que los dermatólogos ponen tanto el acento en la relación entre la ingestión de pescado y la urticaria, a veces sobre bases muy endeblas. El caso siguiente que atendí, si bien no era de urticaria papulosa, puede ilustrar las dificultades que se encuentran al respecto en la clínica pediátrica.

Caso 2

Un varoncito, hijo único, era habitualmente alimentado por su madre. A los 14 meses, un día su padre le dio a comer pescado. La madre lo advirtió y tuvo una pelea con el padre frente al niño. En realidad estaba celosa del padre y de que éste le hubiese dado de comer a su hijo, que hasta ese momento era casi exclusivamente suyo. Lo racionalizaba diciendo que el pescado no es bueno para los niños y que sin duda los enferma. Inconscientemente, estaba tratando de crearle al niño un sentimiento de culpa por haber aceptado la comida del papá. Así pues, la porción de pescado pasó a ser el centro de una tensa situación emocional. Esa noche el chico vomitó y al día siguiente estaba débil y apático. A partir de entonces desarrolló una fobia al pescado, a lo que se agregó una fuerte repulsión a los huevos y bananas con sólo verlos. Esta fobia duró algunos meses y luego desapareció de forma espontánea.

Ésta era una familia poco instruida de clase obrera; los padres apenas sabían relatar los hechos de forma fidedigna, tal como los habían visto. No sabían nada de psicología y por cierto jamás habían oído la palabra "fobia". Cualquiera se sentiría inclinado a relacionar los vómitos con una reacción física (alérgica) por la ingestión de pescado, pero dar cuenta de este modo de la fobia asociada a los huevos y las bananas, que surgió al mismo tiempo -probablemente conectada con el significado simbólico de estos alimentos para la criatura-, sería distorsionar en alguna medida los hechos.

Caso 3

Una madre me dijo: "Mi nena (de 6 años) tenía la piel totalmente limpia cuando la desvestí para internarla en el hospital. La llevaron en una camilla a la sala, y cuando el médico sacó la sábana, estaba cubierta de la cabeza a los pies con ronchas (pápulas). Por entonces estaba muy angustiada debido a esta internación, y a menudo yo había notado que en las situaciones de tensión emocional le salía ese sarpullido".

Es así como las madres continuamente me señalan la relación de la urticaria papulosa con las emociones. Es sabido que hay madres que al bañar a su bebé por la mañana le encuentran pápulas, y cuando llegan con él al hospital ya no hay ninguna lesión que mostrarle al médico; a la inversa, la madre puede alarmarse al ver las pápulas mientras desviste a su bebé ante el médico, siendo que una hora antes, al bañarlo, lo había visto inmaculado. Por otra parte, es bien sabido que la urticaria papulosa no persiste cuando el paciente es internado; al igual que el asma y otras enfermedades relacionadas con emociones profundas, tiende a aparecer en la sala del hospital sólo en los pacientes que ya se han acostumbrado al cambio de ambiente.

Caso 4

Un varoncito de 16 meses me fue enviado por un centro asistencial a raíz de una hematuria. La orina era

normal, y la sangre provenía de una herida en el meato urinario. El niño quería orinar, pero antes de hacerlo se pasaba una hora gritando y corriendo con el pene erecto. Por la mañana se encontraba un coágulo de sangre en el meato, "como si se hubiera estado rascando toda la noche". También se rascaba la línea media del escroto, hasta lastimarse. Es probable que la lastimadura del meato estimulase su excitación genital y sacase a relucir sentimientos de culpa por la amenaza de represión de las sensaciones y fantasías genitales. Por otra parte, había aparecido en el niño una grave urticaria papulosa y "se rascaba hasta hacerse pedazos".

Caso 5

Un niño de 4 años es el primero y único hijo de una pareja que se quiere mucho. Come bien y se lo ve contento, pero me lo traen porque durante catorce días se ha estado rascando sin piedad. Tiene las pápulas típicas, de localización variable, que también van y vienen rápidamente, salvo cuando se ha producido alguna lastimadura al rascarse. En esos quince días ni los padres ni el niño han tenido paz, y éste estuvo malhumorado y con las manos calientes.

Es exactamente el cuadro que presenta el niño que ha empezado a librar batalla por la masturbación de sus genitales, que a esta edad constituye una entidad clínica muy común. Sin embargo, en esta oportunidad la batalla se libra principalmente en el terreno de la piel.

Este niño tiene dificultades, además, en lo que respecta a los placeres bucales más primitivos. Su madre me cuenta que nunca pasó por la etapa normal de llevarse todo a la boca, y por la actitud que muestra ante el niño durante la consulta da muestras de haberle transmitido quizá su propio sentimiento de culpa en cuanto a los intereses orales. No era una mala madre y quería a su hijo, pero pensaba que debía estimular el sentimiento de culpa de la criatura en relación con los placeres bucales y genitales. No sé cuál era su actitud hacia el placer anal, pero pienso que sus exitosos empeños por incrementar la culpa natural del hijo en cuanto al placer oral y genital tienen que haber sido un factor patogénico en su obsesivo onanismo epidérmico. Las pápulas eran secundarias con relación a este complicado mecanismo.

Por lo anterior se ve con claridad que, a mi juicio, la excitación epidérmica y aun la aparición de pápulas son normales en la infancia, y de vez en cuando pueden darse en la niñez temprana. Es probable que cobren preponderancia en lo tocante a las batallas vinculadas a la masturbación. Sin embargo, cuando está presente una característica obsesiva, considero que la afección es síntoma de una enfermedad, a saber un trastorno psíquico que implica cierto grado de represión ligada a sistemas de gratificación autoerótica más avanzada (por ejemplo, genital).

Mi concepción actual es que la enfermedad onanismo epidérmico obsesivo con urticaria papulosa está más vinculada al onanismo anal que al genital y es, por así decir, una diseminación por toda la piel de una sensibilidad especial de la piel de la zona perianal y de la membrana mucosa anal; el motivo de esta diseminación radica principalmente en la represión de una sensación anal efectiva y de las fantasías pasivas que la acompañan, aunque pueden operar factores que tiendan a fomentar la excitación general de la piel (ropa interior inadecuada, infección, sarna, una experiencia de la piel como lo es urna vacunación, varicela, impétigo, etcétera).

Si la afección que estamos examinando se vincula a la masturbación genital, es con la variedad obsesiva más que con la normal y corriente excitabilidad genital y sus fantasías concomitantes. El elemento obsesivo indica falta de satisfacción, como forma de gratificación, y apunta en el sentido de una pulsión de angustia. Se sabe que en la masturbación genital obsesiva (neurótica) hay mucha crueldad, que se pone de relieve tanto en el trato físico de los genitales como en las fantasías asociadas, y la cualidad obsesiva se relaciona con la angustia subyacente.

La relación existente entre la excitación epidérmica normal del bebé, con tendencia a la formación de pápulas,

y la "enfermedad" de la urticaria papulosa tal como se da en su peor forma en bebés mayores y en niños de dos a cinco años, sería la misma que la existente entre la excitación genital normal y la masturbación obsesiva. La primera es simplemente un estadio del desarrollo emocional normal, en tanto que la segunda es una huida frente a los peligros inherentes al desarrollo de las relaciones objetales (celos, furia, deseos de venganza, etcétera).

Huelga señalar que la urticaria papulosa se confunde a veces con otras afecciones de la piel. Ante todo, no hay una clara línea demarcatoria entre la urticaria papulosa y otras urticarias comunes, así como el edema angioneurótico. En segundo lugar, por su elemento onanista, la urticaria papulosa se conecta con todas las demás afecciones epidérmicas producidas o mantenidas por fricción.

1. A veces, el edema angioneurótico parece una urticaria que ha sufrido la siguiente alteración: no hay picazón y lo que se destaca es el edema. De este modo, la gratificación deja de ser física (el rascarse) y pasa a ser mental (ser compadecido por estar enfermo, etcétera).

Caso 6

Un niño comenzó a padecer una urticaria irritante a los 8 años. Desde la infancia había sido muy nervioso, lloraba con mucha facilidad, y su madre decía desconsolada que "era propiamente un chico malcriado". De sus otros cinco hijos, el mayor también era bastante nervioso, pero los que le seguían (el que trajo a la consulta era el del medio) eran bastante normales. Las dificultades emocionales de este niño se agravaron cuando enfermó de lo que parecía ser un "resfrío" a los dos años y medio, resfrío que le duró una semana y después del cual estuvo muy aplacado y sólo lentamente recobró su vivacidad. Nunca volvió a estar tan contento como antes y su nerviosismo general se intensificó. No obstante, era de inteligencia normal y le iba bien en la escuela.

Parece ser que al principio su urticaria le provocaba mucha picazón pero su madre lo asustó diciéndole que si se rascaba se haría daño. Como estaba inquieto por su situación, renunció a rascarse, pero desarrolló un edema en los párpados, las manos y los pies, que se dio en forma de ataques. A veces tenía un edema detrás de las orejas, que hacía que éstas "se le parasen". Las hinchazones aparecían y desaparecían rápidamente; por ejemplo, iba a la escuela con un pulgar hinchado y a la hora de la merienda ya lo tenía normal.

También solía sentir opresión en el pecho, y estallaba en lágrimas harto fácilmente por ser un niño de esa edad. Menciono este hecho porque no es improbable que este tipo de urticaria, con tendencia a la formación de edemas y de las llamadas "ampollas" bajo los ojos, junto con el llanto, se vincule a fantasías reprimidas conectadas con la micción y a la sofocación del llanto, del cual quedan sólo las lágrimas. El niño era hasta cierto punto consciente de sus dificultades respecto de sus impulsos agresivos, y me dijo espontáneamente: "Si cuando estoy sentado en la escuela pienso en eso, empeora y apenas puedo respirar, pero si pienso en alguna otra cosa, se va". Le pregunté: "¿En qué cosas tienes que tratar de no pensar?". Me contestó: "Bueno, en cosas desagradables... como matar a alguien; eso vuelve difícil respirar".

Fue internado a raíz de un ataque de edema en párpados y manos, y como es habitual en este tipo de casos, el edema desapareció en seguida, sin que se hallara evidencia de enfermedad física alguna que diera cuenta del síntoma.

2. Que la piel es, en la infancia, una zona erógena es bien reconocido por las madres, que bañan y secan diariamente a sus bebés. Los que son normales disfrutan del baño cálido y la fricción. No es raro que un bebé desarrolle una intensa fobia al baño a temprana edad, o el odio a que se le sequen ciertas partes del cuerpo (orejas, muslos, cabeza, etcétera).

Todos conservamos un erotismo epidérmico potencial, como cuando el solo hecho de ver a alguien rascarse hace que también nosotros sintamos picazón. En ciertos estados emocionales, tendemos a compartir más que

en otros el sentimiento ajeno. La prohibición social del rascarse ilustra el sentimiento universal de culpa relacionado con el erotismo de la piel, y presupone que ésta da placer. Cualquier lesión irritante de la piel reactivará este erotismo; pueden citarse los siguientes casos:

a) Cualquiera que sea la causa de los sabañones, el problema principal reside en el control del impulso a extraer placer por fricción de las partes afectadas. Esto, como el paciente lo sabe perfectamente, provoca una mayor molestia, pero el impulso es tan fuerte que a menudo fracasa una y otra vez, por un largo período, en controlarlo. Si lo logra desde el comienzo, los sabañones tienden a desaparecer. A veces la fricción se aplica de forma inconsciente (por ejemplo, mientras se duerme). Los niños infelices suelen encontrar un gran solaz en los sabañones y se niegan a ser curados.

b) En muchos niños y adultos, alguna zona de la piel se ha convertido en una zona moderadamente erógena, y su fricción provoca un franco placer. La cura que suele indicarse es la fricción de otra zona, en cuyo caso la primera deja de ser un problema. Habitualmente se diagnostica prurito.

Un tipo especial de esta formación de síntoma es el prurito anal; se lo sigue tratando ciegamente por medios físicos, como si tuviese una causa física, pese a todo lo que se ha elaborado desde el lado psicológico, que demuestra bien a las claras sus raíces psíquicas, al menos en ciertos casos. En la niñez, el acto común de rascarse el ano es por lo general un síntoma pasajero, correspondiente a la fase en la que la zona anal es más importante que la genital. Los padres vinculan estrechamente el rascarse la nariz al erotismo anal, y atribuyen todo el síndrome a las "lombrices". Es verdad que las lombrices pueden provocar síntomas muy graves en ciertos niños, precisamente porque al causar una irritación anal alientan el tipo de fantasías que acompañan la estimulación anal, y esto genera un sentimiento de culpa inconsciente y una consecuente necesidad de una fuerte represión -que incrementa los síntomas neuróticos y origina un derroche de energía psíquica-. Por otra parte, para algunos niños es muy difícil hacer frente a la idea de que su cuerpo produce lombrices vivas.

c) Es corriente encontrar parches callosos en los tobillos de niños que, por lo demás, gozan de perfecta salud física. Estas manchas son producidas y mantenidas por un patearse continuo del cual se extrae placer, a la vez que cierto alivio de la tensión por volcar la agresión hacia uno mismo -en lo inconsciente es dirigida hacia alguna persona del medio circundante-.

d) Caso 7

Un niño de 5 años presenta, en el dorso de uno de los dedos de la mano, una zona dura y lustrosa, debido a su continua fricción con un diente. Cuando se la deja de morder, desaparece. Es un chico inteligente pero inquieto.

Sus síntomas comenzaron cuando tenía cinco o seis meses, en que empezó con una masturbación oscilante obsesiva, la que le duró hasta los cuatro años. Por momentos sus oscilaciones eran violentas, de modo tal que cuando a los 23 meses se lo internó para observarlo, "solía mover la cuna". Había dejado el pecho a las tres semanas de nacer, pero no tuvo problemas con el biberón. Pronto empezó a ponerse nervioso con los ruidos y los viajes. Daba saltos súbitos violentos, tras los cuales sobrevenía una convulsión. Orinaba de forma más bien precipitada; dormía inquieto, y en ciertos momentos se incorporaba y se ponía a oscilar.

A los cuatro años uno de sus síntomas principales se puso de manifiesto durante una consulta, cuando pinchó a la madre en un brazo hasta lastimarla. Este síntoma apareció luego de que dejara de morder el brazo a un hermano mayor. En ese entonces, la mamá me dijo: "Se muerde el dedo para no morder a otro", y me mostró la zona endurecida del pulgar de la mano derecha. A los cinco años se quejaba de que "la comida se le queda en la garganta" y de que sufría "golpes de calor". Le molestaba ser tocado en cualquier parte, en cuyo caso exclamaba: "¡Me duele!". En la actualidad, a los cinco años y medio, continúa mordiéndose el dedo, como se puede apreciar claramente. Por lo demás es sano.

e) En el eccema infantil, el problema clínico es el tratamiento del deseo que siente el bebé de rascarse. A esta temprana edad, no siente culpa alguna, y podría aventajar al propio Houdini en su empeño de escapar de todas las tentativas para que mantenga sus manitos lejos del rostro. Por lo demás, si no tiene las manos libres, sin duda se frotará el rostro contra la almohada hasta llorar o aun sangrar. El tratamiento ortodoxo del eccema infantil nos recuerda el método primitivo y (esperémoslo) anticuado de impedir la masturbación.

El valor emocional de la piel apenas puede mencionarse aquí, aunque se ha escrito mucho sobre el tema. El rubor está claramente conectado con las emociones. El valor de la textura de la piel y del tacto es puesto de manifiesto en las perversiones y el fetichismo, pero también enriquecen la vida diaria de cada uno de nosotros. La piel tiene para el niño un significado muy variado y complejo.

Podría continuarse con esta línea de pensamiento casi indefinidamente, y considerar las afecciones de la piel desde el punto de vista del psicólogo médico, que otorga plena validez a la dinámica de los sentimientos del bebé y el niño. Por ejemplo, podría explorarse el vínculo entre los recurrentes forúnculos de los varones adolescentes y ciertos tipos de fantasías, y sería interesante examinar la tendencia de las infecciones epidérmicas a tornarse crónicas en ciertos niños, por más que no se las irrite tocándolas o golpeándolas repetidamente (falta de deseo de curar). Pero quizá ya hemos dicho lo suficiente como para dejar establecida la importancia de asignar pleno valor a las sensaciones de la piel y las reacciones conexas, y a la futilidad de examinar estáticamente cualquier afección infantil de la piel.

Resumen

1. La piel es normalmente un órgano excitable.
2. La urticaria papulosa es una expresión de esta excitación, una "erección".
3. La excitación que se manifiesta en el desarrollo de las pápulas puede ser producida por:
 - a) Causas externas: ropa inadecuada, infestaciones, etcétera.
 - b) Causas internas, análogas a la erección del tejido eréctil; aquí las manos desempeñan un papel, como en la masturbación genital. En ciertos casos problemáticos, estas causas internas son complicadas en diversa forma y grado, y pueden indicar dificultades en cuanto a la excitación anal o genital, y las fantasías inconscientes concomitantes.
4. Cuando la urticaria papulosa se presenta como una enfermedad afligente es porque la piel se ha convertido en el campo de una batalla análoga a la que se libra por la masturbación anal o genital.

Aparte de la cuestión de la patogénesis, cuando se trata cualquier afección de la piel es conveniente no desechar la dinámica de los sentimientos del niño.

Se ha pasado revista a ciertas afecciones comunes de la piel en relación con el estado emocional del niño en desarrollo, sugiriendo lineamientos para realizar ulteriores observaciones.

En el curso de los psicoanálisis se han realizado trabajos muy interesantes sobre la piel, algunos de los cuales están documentados en la bibliografía psicoanalítica. Sin embargo, en este artículo he evitado deliberadamente hacer referencia al material psicoanalítico, utilizando sólo el que está al alcance de cualquier clínico, salvo que seleccione sus casos.

Confío en haber planteado de este modo el debate de una teoría que, en todo caso, tiene el mérito de la simplicidad.

Notas:

(1) Bray Lichen Urticatus or Urticaria Papulosa. British Journal of Children's Diseases, vol. 30 1933 . pág. 180
I. Kinnear. Urticaria Papulosa British Journal of Derm. and Syph. vol. 43 1903,, pág. 65

(2) La urticaria papulosa es una afección de la piel muy común en los niños. Desde luego, Winnicott estaba bien al tanto de los diversos factores físicos asociados a ella. En esta ocasión se ocupa de un caso en el cual no fue posible encontrar ninguna causa de demostrable. Hace referencia directa a la urticaria papulosa en el capítulo titulado Masturbación de los Niños en Clinical Disorders of Childhood (págs. 183-90 especialmente pág. 184 y sigs.)

(3) J. T. Ingram, "The Personality of the Skin", Lancet, vol. 1(1933), pág. 889.

Biblioteca D. Winnicott

Donald Winnicott, 1896-1971

Dos notas sobre el uso del silencio, 1963

I

En el caso que trataré aquí no estoy tornando notas, aunque me doy cuenta de que un día mi paciente me manifestará su deseo de que lo hubiese hecho. Intenté tomarlas en las primeras etapas, pero comprobé que interferían en mi análisis de esta mujer al hacer que se enfatizaran demasiado los detalles en la mente consciente. La reacción inconsciente, o menos consciente, quedaba así distorsionada.

Repasando las dos últimas semanas del tratamiento, pienso que una descripción podría ser valiosa como referencia para una fecha posterior, y que la clase de cosas que sucedieron ilustran la pauta de este análisis. Además, las reacciones de la paciente son menos

violentas que en una etapa anterior, de modo tal que yo puedo incluso cometer errores o "manchones", como se los llama en este tratamiento, sin correr gran riesgo de que la paciente tenga una reacción verdaderamente seria o se busque otro analista.

En la actualidad, la base del tratamiento es mi silencio. Toda la semana pasada permanecí en un silencio absoluto, salvo por un comentario que hice muy al principio. A la paciente esto le parece un logro suyo, mantenerme silencioso. Hay muchos lenguajes para describir esto, y uno de ellos consiste en que una interpretación es un pene atravesando súbitamente el campo, y el campo es el pecho con un bebé incapaz de habérselas con la idea de un pene. El pecho es aquí un campo más que un objeto para chupar o comer, y en las asociaciones de la paciente estaría representado por un almohadón en vez de estarlo por una fuente de alimento o de gratificación instintiva.

La semana pasarla fue quizás, en este, aspecto, la más "esa" de todas, y la paciente se mostró encantada de que yo. desempeñara tesa rol, que contrarresta con su meticuloso estudio de Henry James. En Henry James encuentra un analista verán que se ocupa de palabras y tiene una comprensión muy particular y abarcadora, pero es soltero.

Esta semana casi perfecta cm concluyó de una manera extraña. Yo no tenía idea alguna de que hubiese habido alguna perturbación, pero el lunes la paciente me informó que lo que yo había hecho al final de la. sesión del viernes la molestó mucho, En consecuencia, durante el fin de semana habían retornado, moderadamente, todas sus viejas defensas. Parece ser que en el momento en que ella se levantaba se produjo un sonido como el de un papel que alguien arruga. El lunes pudo hablarme de esto y-de su reacción, pero no antes de haber encontrado la manera, menos delirante, de quejarse de mí. Desde mi punto de vista, resulta clarísimo que ella no puede creer en mi conducta . perfecta durante la semana, y al final tuvo

una idea delirante de algún tipo que indicaba que yo me pongo sumamente impaciente en este rol de no hablar. Ella dice que al conseguir que yo no hable me convierte en una mujer, me castra, me vuelve impotente, etc., etc., y entiende muy bien que yo, no pueda soportarlo; incluso llegó a pensar que yo estoy celoso de :ella al darle lo que necesita, porque jamás lo tuve para mí.

En otro nivel; ese ruido significó para ella que yo me estaba masturbando, lo cual era pira prueba de mi incapacidad para, tolerar el permanecer sin hacer nada, La única base real de esa delusión que yo puedo descubrir sería que al fanal de la hará a veces me meto en el bolsillo el pañuelo que tengo entre las manos. No obstante, no estoy seguro de que en esta ocasión haya habido alguna base real para esa idea delirante.

El lunes sí dije dos cosas, y las dije no porque me fuera difícil mantenerme en silencio, sino porque creía que debían ser dichas. Ella me pidió que le hiciera saber lo que yo pensaba hacer durante el verano y las próximas Navidades, por las modificaciones que debían introducirse en los horarios, e insistió en que lealmente quería tener una respuesta. Mi intención fue contestarle: "No estoy en condiciones de darle la respuesta que usted me pide", pero en cambio le dije: "Usted quiere una respuesta a algo que no estoy en condiciones de dar". Como lo formulé así, ella entendió que la estaba reprendiendo, que le estaba diciendo que no debía preguntar esa clase de cosas. Volví a interpretarle cuando me dijo que se creía capaz de tolerar al menos un pedacito de interpretación de mí. Hice referencia a un sueño de la semana anterior y le puntualicé que un objeto sólido de gran tamaño en medio de un material vinculado a una delicada decoración ornamental representaba los hechos o la realidad externa estallando en la fantasía: Esta era otra versión del pene a través del pecho y de otros modos de hablar similares. El problema de esta interpretación es que con ella yo no hacía sino repetir una interpretación que la paciente misma había formulado. Ahora ella disponía de dos

"manchones", y el lunes sintió que se encontraba en la misma-situación en que había estado cerca de los comienzos del análisis, cuando no regresó. Había vuelto a estudiar mis artículos sobre la madre común y corriente subrayando los pasajes relevantes, y sabía que yo realmente comprendía lo que ella necesitaba: "La única explicación -dijo- es que usted no es capaz de hacer lo que sabe necesario, y todo el asunto es falso. El motivo, -continuó diciendo- debe ser que usted no soporta que se lo convierta en mujer, -o cualquier otra cosa que el silencio signifique, para usted". Y ya me había manifestado que en ese momento Henry James había asumido todo el funcionamiento masculino y que en el análisis la que ella necesitaba era pura y absolutamente un quehacer materno. Para atender a ello, se muestra extremadamente regresiva y dependiente en la sesión analítica, aunque en su trabajo puede funcionar bien la mayor parte del tiempo. En esta etapa su vida privada se limita casi exclusivamente a la gran actividad que despliega en su cuarto, y que incluye su lectura y estudio de Henry James, cuya biografía está leyendo con voracidad.

En primer término, yo debía aceptar mi situación como alguien que no dice nada. Esto me fue extremadamente difícil en la mañana del martes, no porque me importase estar callado sino porque podía entender lo que estaba sucediendo, y no hay nada más difícil de soportar para un analista que la transferencia delirante del paciente. Esto surtió en mí el efecto de producirme un cosquilleo en la garganta que; empero, pude ocultar, y admito que si hubiese podido pronunciar tras palabras el cosquilleo habría desaparecido. El no poder hablar produce en mí un efecto curioso, al demandarme una escucha distinta de la habitual. Hasta cierto punto, yo siempre escucho con la garganta, y mi laringe va siguiendo los sonidos que oigo en el mundo y, en particular, la voz de alguien que me habla. Esta ha sido siempre una característica mía, y en una época fue un síntoma serio.

Después de media hora la paciente me dijo: "Me siento muy

diferente ahora que pude decir todo eso, y estoy en condiciones de soportar que usted diga algo; más aún, creo que lo necesito". El alivio que esto me trajo fue grande, y yo tenía bien en claro que ello no se debía a mi silencio, del cual más bien yo estaba disfrutando. La razón de mi alivio fue que pude empezar a hacer algo con respecto a la idea delirante de la paciente, aunque desde luego no pude hacer mucho: En esta clase de análisis es esencial aceptar ciertas ideas no verdaderas sobre uno mismo.

Este permiso para hablarme dio la oportunidad de interpretar que el problema estaba en lo acontecido al final de la sesión del viernes, con muy poca base real; para la paciente había resultado más sencillo hablar acerca de los dos "manchones" del lunes; que destruían el análisis; por lo demás bueno, durante el cual yo permanecía en silencio. Corrí un riesgo y dije que la forma en que yo había transmitido mi información acerca de las vacaciones le dio a entender que la estaba censurando: Además, no hay muchos motivos válidos para formular una interpretación que ya había formulado la propia paciente. Por consiguiente, estas dos cosas tenían una base real, en comparación con lo cual lo sucedido al final del viernes aparecía endeble y casi por completo un producto de sus expectativas: Mediante la técnica del silencio yo podría haber establecido las condiciones para que la paciente misma resolviese el problema del viernes; todo lo que ella precisaba era tiempo y oportunidad, sin que "el pene se cruzase en el campo de su pecho". A la sazón, la paciente ya casi había vuelto a poder considerar mi silencio como algo que yo podía darle a raíz de su necesidad. Debe subrayarse, empero, que conservó la fuerte idea delirante de que en realidad no soy capaz de permanecer en silencio. A la postre, con el fin de ayudarme, formulé una interpretación sobre mi incapacidad para estar callado, consistente en que si yo hacía algo por ella me ponía celoso, ya que nadie lo había hecho jamás por mí. En el curso de estos quince días sucedieron muchísimas cosas; y confío mucho en la técnica del silencio: estoy dispuesto a seguir empleándola, salvo en la medida en que la paciente no pueda creer en ella.

Ocurre que conozco, con un grado razonable de certeza, una interpretación aplicable a toda esta fase. No obstante, es necesario que espere hasta que la propia paciente la formule. Como ella ha dicho: "Con mi historia, en la que un padre excitable interrumpía constantemente lo que hubiese entré la madre y el bebé en su experiencia mutua, necesito llegar por mí misma a la interpretación". Desde luego, coincide con esto que en ciertos momentos una interpretación es necesaria porque la paciente prisa algo más de lo que en ella misma tiene para ver. Sea como fuere; en esta fase es perfectamente capaz de llegar a comprender lo que necesita, y de hecho casi lo ha alcanzado la última semana. Intentaré enunciar esta interpretación:

La paciente se halla en un punto de transición muy delicado entre el comer y el ser comida, esto último como reacción taliónica; y en tal comer y ser comida, dicha dualidad es simplemente una expresión de la identificación mutua del bebe y la madre -o de la falta de diferenciación de ésta respecto del bebé-. Figura en mis escritas (y la paciente los ha leído) la etapa en que el bebé de doce semanas alimenta a la madre con el dedo mientras tomé el pecho; y la paciente me ha dicho que siente como si me trajera algo para alimentarme. Sin embargo, pienso que ella está tratando de alcanzar la idea de ser comida por la madre; y siente que su madre le falló 'en esta área de experiencia. Tuvo, :por supuesto, la experiencia del temor-, a ser comida talión-feamente,. pero faltó la base de esto, qué es, ser comida simplemente porque cualquier cosa que atenté un bebé, también la madre lo siente.

II

En general, hay varios problemas pendientes. Por debajo de todo lo

demás está el problema que surge del no hablar. Yo rara vez hago una interpretación, y el análisis prosigue mejor sobre la base de que no diga nada en absoluto. Sin embargo, esto trae complicaciones, porque se vuelve cada vez más evidente que uno de los propósitos de la interpretación es plantear los límites de la comprensión del analista. El fundamento para no interpretar, y de hecho para no emitir ningún sonido, es la premisa teórica de que el analista realmente sabe lo que está aconteciendo. Probablemente, hasta la fecha puedo decir que sé lo que está aconteciendo en este análisis, y por tal razón continúo con mi política de no hablar, que es por cierto lo que la paciente me pide.

Dentro de este marco, hay dos temáticas. Más en la superficie está toda la cuestión de las relaciones triangulares, como entre personas totales; el complejo de Edipo, Electra, etc. Esta temática se inició con "cabello rubio", etc., e incluyó la idea de que yo estaba celoso de las relaciones sexuales de la paciente con hombres, y también que mi esposa está celosa de su relación conmigo (los paraguas en el pórtico; mi esposa puede llevarse su paraguas por error, etc.). Hay en torno de este tema gran cantidad de material y mucha actuación, que ha formado parte cuantiosa de este análisis.

Todo esto se ve alterado por el hecho de la otra temática, que podría designarse como la de la fatalidad o el destino. De este modo, todo lo de naturaleza edípica queda dentro o fuera del ámbito de la fatalidad. La principal enunciación acerca de la fatalidad sobrevino antes de los feriados de Pascuas, cuando el problema interpersonal en su conjunto fue formulado en términos de la mitología griega, hasta tal punto que yo estudié La tragedia en Sófocles, de Bowra, para estar preparado. La frase operativa fue "no un peón del destino sino un agente del destino". Después de Pascuas la misma temática reapareció con otro lenguaje: "Siempre fui un objeto parcial", "Por primera vez puedo decir que soy una persona muy neurótica; el acento recae en la palabra persona": Aquí la interpretación, en caso de haberla formulado, tendría que haber

sido que un objeto parcial no puede experimentar la omnipotencia. No obstante, la paciente no está preparada para ser una persona total que experimenta la omnipotencia, y no tiene suficiente confianza en el ambiente facilitador como para extraer fuerza del yo materno. Aquí interviene el analista de muy buenos modales de quien, sin embargo, no se puede esperar confiablemente que se conduzca bien, salvo en un sentido negativo, o sea, que no se conduzca mal.

La principal interpretación, que no puede formularse a raíz de las circunstancias, es que la omnipotencia infantil que evidentemente la paciente no experimenta en relación con la madre, ha sido íntegramente proyectada en la mitología griega y ahora, desde el feriado, en la historia antigua de Irlanda; los druidas, las raíces del cristianismo en Irlanda; la cruz irlandesa que es un círculo. Reformulémoslo: para este paciente, que ha tenido una experiencia insuficiente de vivir omnipotente, el complejo de Edipo y todas las - relaciones triangulares -y de hecho, todas las relaciones- quedan fuera de la omnipotencia proyectada (objetos parciales interrelacionados) o de lo contrario son víctimas de la fatalidad, están atrapadas por el destino, o sea, hay en ellas una total proyección de la omnipotencia infantil de la paciente.

Biblioteca D. Winnicott

Variedades clínicas de la transferencia ⁽¹⁾

- 1955 / 1956 -

Mi aportación a este simposio sobre la transferencia trata de un aspecto especial del tema. Se refiere a la influencia que sobre la práctica analítica ejerce la nueva comprensión de la crianza de infantes, la cual, a su vez, proviene de la teoría analítica.

En la historia del psicoanálisis a menudo se ha producido un retraso en la aplicación directa de la metapsicología analítica. Freud pudo formular una teoría de las etapas más precoces del desarrollo emocional del individuo en un momento en que la teoría se aplicaba solamente en el tratamiento de casos neuróticos bien escogidos. (Me estoy refiriendo al período de 1905 a 1914 en la obra freudiana.).

Por ejemplo, la teoría referente a los procesos primarios, identificación primaria y represión primaria, apareció en la práctica analítica solamente bajo la forma de un mayor respeto, de parte de los analistas en comparación con otros, por el sueño y la realidad psíquica.

Mirando hacia atrás desde nuestro punto de vista, podemos decir que los casos eran escogidos como adecuados para el análisis si en la historia personal precoz del sujeto había habido un cuidado infantil suficiente. Esta adaptación suficiente a la necesidad, al principio había permitido al yo del individuo empezar a existir; con el resultado de que el analista podía dar por sentadas las fases anteriores a la instauración del yo. De esta manera a los analistas les era posible hablar y escribir como si la primera experiencia del pequeño humano hubiese sido la primera nutrición, y como si la relación objetal entre la madre y el pequeño que ello entrañaba fuese la primera relación significativa. Esto resultaba satisfactorio para el analista en ejercicio pero no podía satisfacer al observador directo de niños que se hallan al cuidado de sus madres.

En aquel tiempo la teoría andaba a ciegas en busca de mayor insight en este tema de la relación de la madre con su pequeño, y de hecho el término «identificación» primaria entraña un medio que todavía no se ha diferenciado de lo que será el individuo. Cuando pensamos en una madre que lleva consigo un pequeño recién nacido, o uno que no ha nacido aún, sabemos al mismo tiempo que hay otro punto de vista: el del pequeño si éste estuviera ahí. Y desde este punto de vista, el pequeño o bien no se ha diferenciado o el proceso de diferenciación ha comenzado y existe una dependencia absoluta con respecto al medio inmediato y a su comportamiento. Para nosotros es posible estudiar y utilizar esta parte vital de la vieja teoría de una manera nueva y práctica en la labor analítica, ya sea con los casos límite o con los casos o momentos psicóticos que se presentan en el transcurso del análisis de pacientes neuróticos o de personas normales. Esta labor amplía el concepto de transferencia, ya que en el momento del análisis de estas fases, el yo del paciente no puede suponerse como entidad instaurada, y no puede haber una neurosis de transferencia, porque ésta requiere, sin duda, la presencia de un yo, un yo

intacto, a decir verdad, un yo capaz de mantener defensas contra la angustia que proviene del instinto, cuya responsabilidad se acepta.

Me he referido al estado de cosas que existe cuando se intenta salir de la identificación primaria. Aquí, al principio, se halla la dependencia absoluta. Hay dos posibles resultados: en uno la adaptación ambiental a la necesidad es suficiente, de manera que empieza a existir un yo que, con el tiempo, podrá experimentar impulsos del ello; en el otro, la adaptación ambiental no es suficiente, por lo que no hay una verdadera instauración del yo, y en su lugar se desarrolla un pseudo self constituido por la agrupación de innumerables reacciones ante una sucesión de fracasos de adaptación. Me gustaría referirme al escrito de Anna Freud titulado «El creciente alcance de los indicios para el psicoanálisis» (1954). El medio ambiente, cuando en esta primera etapa se adapta con éxito, no es reconocido, ni siquiera registrado, de manera que en la fase originaria no hay un sentimiento de dependencia; cuandoquiera que el medio ambiente fracase en su tarea de adaptación activa, sin embargo, este fracaso se registra automáticamente cómo un ataque, algo que interrumpe la continuidad existencial, que es aquello que, de no haberse interrumpido, habría formado el yo del ser humano en vías de diferenciación.

Puede haber casos extremos en los que no haya más que una colección de reacciones ante los fracasos de adaptación del medio en la fase crítica de salida de la identificación primaria. Estoy seguro de que esta condición es compatible con la vida y con la salud física. En los casos en que se basa mi trabajo ha habido lo que yo denomino un «verdadero self oculto», protegido por un falso self. Este falso self es, sin duda, un aspecto del self verdadero, al que esconde y protege, al mismo tiempo que reacciona frente a los fracasos de adaptación y crea un patrón correspondiente al patrón del fracaso ambiental. De esta manera el self verdadero no se ve envuelto en la reacción y conserva su continuidad existencial. Sin embargo, este self verdadero y oculto sufre un empobrecimiento derivado de la falta de experiencia.

El self falso puede lograr una falsa integridad que resulta engañosa, es decir, una falsa fuerza del yo recogida del patrón ambiental y de un medio bueno y digno de confianza, pues en modo alguno hay que deducir que el fracaso materno precoz conduzca necesariamente a un fracaso general del cuidado infantil. Sin embargo, el self falso no puede experimentar vida o sentirse real.

En caso favorable, el falso self desarrolla una actitud maternal fija con respecto al verdadero self y se halla permanentemente en estado de sostener el self verdadero del mismo modo que una madre sostiene a su bebé en el propio principio de la diferenciación y de la salida de la identificación primaria.

En la labor sobre la que les estoy informando, el analista sigue el principio básico del psicoanálisis: que el inconsciente del paciente dirija la marcha, y sólo debe seguirse a él. Al enfrentarse a una tendencia regresiva, el analista debe estar preparado para seguir el proceso inconsciente del paciente si no quiere marcar una directriz saliendo así de su papel de analista. He comprobado que, en este tipo de casos, al igual que en el análisis de la neurosis, no es necesario salirse del papel del analista, que se limita a seguir la pista inconsciente dada por el paciente. Sin embargo, hay diferencias en los dos tipos de labor.

Allí donde hay un yo intacto y el analista puede dar por sentados estos detalles precoces del cuidado infantil, entonces el marco del análisis carece de importancia en relación con la labor interpretativa. (Al decir «marco» me refiero a la suma de todos los detalles del control.) Aun así, hay una dosis básica de control en el análisis ordinario que es más o menos aceptada por todos los analistas.

En la labor que estoy describiendo, el marco cobra mayor importancia que la interpretación. El énfasis se traslada de uno a otro.

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 e empezar a

experimentar la vida.

A la larga, el self falso se entrega al analista. Éste es un momento de gran dependencia y de verdadero riesgo y el paciente, como es natural, se halla en un profundo estado de regresión. (Al decir «regresión» en este contexto me refiero a la regresión a los procesos precoces de desarrollo.) Este estado es también sumamente penoso debido a que el paciente es consciente, mientras que no lo es el pequeño en la situación originaria, de los riesgos que ello comporta. En algunos casos es tanta la participación de la personalidad que el paciente debe recibir cuidados en esta fase. No obstante, los procesos se estudian mejor en aquellos casos donde estas cuestiones se hallan confinadas, más o menos, al momento de las sesiones analíticas.

Una de las características de la transferencia en esta fase es la forma en que debemos tener en cuenta la presencia del pasado del paciente. Esta idea se halla incluida en el libro de Mme. Sechehaye y en su título *Realización simbólica*. Mientras que en la neurosis de transferencia el pasado penetra en el consultorio, en esta tarea es más acertado decir que el presente se remonta o retrocede al pasado y es el pasado. Así, el analista se enfrenta con el proceso primario del paciente en el marco en el que tuvo su validez originaria.

La adaptación suficiente por parte del analista produce un resultado que concuerda exactamente con lo que se pretende: el cambio del centro principal de operaciones del paciente, que pasará del self falso al verdadero. Por primera vez en la vida del paciente hay ahora una oportunidad para el desarrollo del yo, para su integración partiendo de los núcleos del yo, para su instauración en calidad de yo corporal y también para su repudio de un medio ambiente externo con la iniciación de las relaciones Objetales. Por primera vez el yo es capaz de experimentar los impulsos del ello y de sentirse real al hacerlo, así como al descansar de las experimentaciones. Y a partir de aquí por fin puede hacerse un análisis ordinario de las defensas del yo contra la angustia.

En el paciente se desarrolla la capacidad de utilizar los limitados éxitos de adaptación del analista, de tal modo que el yo del paciente queda capacitado para empezar a recordar los fracasos originarios, todos los cuales se hallaban registrados, dispuestos. Estos fracasos tuvieron un efecto disruptivo en su momento y el tratamiento del tipo que les estoy describiendo habrá recorrido mucho camino cuando el paciente sea capaz de coger un ejemplo del fracaso originario y sentir ira al respecto. Sólo cuando el paciente alcance este punto, no obstante, podrá darse el principio de una puesta a prueba de la realidad. Parece ser que algo parecido a la represión primaria atrapa a estos traumas una vez que los mismos han sido utilizados en el tratamiento.

La forma en que se produce este cambio de la experiencia de ser interrumpido a la experimentación de ira, es una cuestión que me interesa especialmente, ya que es en este aspecto de mi trabajo donde me siento sorprendido. El paciente hace uso de los fracasos del analista. Los fracasos son necesarios y de hecho no hay ningún intento de dar una adaptación perfecta; me atrevería a decir que es menos perjudicial equivocarse con estos pacientes que con los neuróticos. Otros se sentirán sorprendidos, como me sentí yo, al comprobar que una falta grande puede ocasionar un perjuicio muy pequeño mientras que un leve error de juicio puede producir un gran efecto. La clave reside en que el fracaso del analista se utiliza y debe ser tratado como fracaso pasado, un fracaso que el paciente es capaz de percibir y encuadrar y sentir ira sobre él. El analista necesita poder utilizar sus fracasos en términos de lo que significan para el paciente y si es posible, debe explicar cada uno de ellos aunque esto signifique el estudio de su contratransferencia inconsciente.

En estas fases de la labor analítica, lo que llamaríamos «resistencia en la labor con pacientes neuróticos» indica siempre que el analista ha cometido una equivocación o que se ha comportado mal en algún detalle; de hecho, la resistencia persiste hasta que el analista haya descubierto el fracaso y haya tratado de explicarlo y lo haya utilizado. Si el analista se defiende a sí mismo, el paciente perderá la oportunidad de mostrarse airado acerca de un fracaso pasado justamente allí donde por primera vez la ira se estaba

haciendo posible. He aquí un gran contraste entre este trabajo y el análisis de pacientes neuróticos con el yo intacto. Es aquí donde podemos ver el sentido del dicho según el cual todo análisis fallido constituye un fracaso no del paciente sino del analista.

Este trabajo resulta exigente debido en parte a que el analista debe poseer sensibilidad respecto de las necesidades del paciente así como el deseo de proveerle de un marco que satisfaga tales necesidades. El analista, al fin y al cabo, no es la madre natural del paciente.

Asimismo, resulta exigente debido a la necesidad de que el analista busque sus propios fracasos cuandoquiera que aparezcan resistencias. Y con todo, es sólo mediante el empleo de sus propias equivocaciones que el analista podrá llevar a cabo la parte más importante del tratamiento en estas fases, la parte que permite al paciente enfadarse por primera vez por los detalles del fracaso de adaptación que (en el momento en que ocurrió) produjo la disrupción. Es esta parte del trabajo la que libera al paciente de su dependencia del analista.

De esta manera la transferencia negativa del análisis «neurótico» es reemplazada por la ira objetiva acerca de los fracasos del analista, por lo que una vez más tenemos una importante diferencia entre los fenómenos de la transferencia en los dos tipos de labor.

No debemos buscar la conciencia de nuestros éxitos de adaptación, ya que los mismos no son percibidos a un nivel tan profundo. Si bien no podemos trabajar sin la teoría que estamos edificando en estos momentos, esta labor inevitablemente nos coge en falta si nuestra comprensión de la necesidad del paciente es cuestión de la mente más que del psiquesoma.

En mi labor clínica he demostrado, cuando menos a mí mismo, que una clase de análisis no impide la otra. Constantemente me encuentro pasando de la una a la otra, según la tendencia que muestre el proceso inconsciente del paciente. Cuando queda completa la labor del tipo especial que les estoy describiendo, me veo conducido naturalmente a la labor analítica ordinaria, al análisis de la posición depresiva y de las defensas neuróticas de un paciente con un yo, un yo intacto, un yo capaz de experimentar impulsos del ello y de aceptar las consecuencias. Lo que necesita hacerse ahora es estudiar detalladamente los criterios en virtud de los cuales el analista puede saber cuándo debe trabajar con un cambio de énfasis, cómo ver que está naciendo una necesidad del tipo que, según he dicho, debe ser satisfecha (al menos nominalmente) mediante una adaptación activa. Permanentemente, el analista tendrá presente el concepto de la identificación primaria.

(1) Leído ante el XIX Congreso Psicoanalítico Internacional, Ginebra. 1955, Int. J. Psycho-Anal., vol. XXXVII, pág. 386, 1956.

P S I K O L I B R O

Biblioteca D. Winnicott

Variedades de psicoterapia 1961

Disertación pronunciada en Cambridge ante la Asociación para los Aspectos Sociales y Médicos de la Enfermedad Mental, el 6 de marzo de 1961

Ustedes habrán oído hablar con mayor frecuencia de variedades de enfermedad que de variedades de terapia. Naturalmente, ambas están relacionadas y tendré que referirme primero a la enfermedad y luego a la terapia.

Soy psicoanalista y no se molestarán si les digo que la formación psicoanalítica es la base de la psicoterapia. Ella incluye el análisis personal del analista en formación. Aparte de esta capacitación, la teoría y la metapsicología psicoanalíticas influyen en toda psicología dinámica, sea cual fuere su escuela.

Con todo, hay muchas variedades de psicoterapia. Su existencia no debería depender de las opiniones del profesional, sino de los requerimientos del paciente o del caso. Digamos que en lo posible aconsejamos el psicoanálisis, pero cuando éste es imposible o hay razones para desaconsejarlo, puede idearse una modificación adecuada.

Aunque trabajo en el centro mismo del mundo psicoanalítico, tan sólo un porcentaje muy pequeño de los muchos pacientes que, de un modo u otro, llegan hasta mí reciben tratamiento psicoanalítico.

Podría hablar de las modificaciones técnicas requeridas para los pacientes psicóticos o fronterizos, pero éste no es el tema que deseo tratar ante ustedes.

Me interesa especialmente la forma en que un analista profesional puede utilizar con eficacia otra técnica que no sea el análisis. Esto es importante cuando se dispone de un tiempo limitado para el tratamiento, como sucede tan a menudo. Con frecuencia esas técnicas parecen ser mejores que las tratamientos que, en mi opinión, causan un efecto más profundo (me refiero a los psicoanalíticos).

Ante todo, permítanme enunciarles una característica esencial de la psicoterapia: no se la debe mezclar con ningún otro tratamiento. Por ejemplo, si adquiere importancia la idea de una posible aplicación de la terapia por electroshock o shock insulínico, será imposible trabajar con el paciente porque se altera todo el cuadro clínico. El paciente teme y/o anhela secretamente el tratamiento físico y el psicoterapeuta nunca llega a habérselas con su problema personal real.

Por otro lado, debo dar por sentado que se suministra una adecuada atención física al organismo del paciente.

El siguiente paso consiste en preguntarnos cuál es nuestra meta. ¿Queremos hacer lo más o lo menos que se pueda? En el psicoanálisis nos preguntamos: ¿cuánto podemos hacer? En el hospital donde trabajo adoptamos la posición opuesta, ya que nuestro lema es: ¿qué es lo mínimo que necesitamos hacer? Nos induce a tener siempre presente el aspecto económico del caso, a buscar la enfermedad central o social de una familia para no malgastar nuestro tiempo (y el dinero de alguien) tratando a los personajes secundarios del drama familiar. Lo expresado hasta aquí nada tiene de original, pero quizá les guste oírse decir a un psicoanalista, ya que los analistas son especialmente propensos a empantanarse en tratamientos prolongados, en cuyo transcurso pueden perder de vista un factor externo adverso.

Por lo demás, entre las dificultades que tiene un paciente, ¿cuántas se deben al simple hecho de que nadie los ha escuchado nunca de manera inteligente? Descubrí muy pronto, hace ya cuarenta años, que la recepción de la historia clínica de la boca de la madre es de por sí una forma de psicoterapia, si se efectúa correctamente. Debemos adoptar con naturalidad una actitud no moralista y darle tiempo a la madre para expresar lo que tiene en mente. Cuando concluya su exposición, tal vez añadirá: "Ahora comprendo de qué modo los síntomas actuales encajan en la pauta global de la vida familiar de mi hijo. Ahora puedo manejarlo, simplemente porque usted me dejó relatar toda la historia a mi modo y tomándome mi tiempo". Esta cuestión no atañe únicamente a los padres que traen a sus hijos a la consulta. Los adultos expresan otro tanto acerca de sí mismos, y podría decirse que el psicoanálisis es una larga, larguísima recepción de una historia.

Por supuesto, ustedes están al tanto del tema de la transferencia en el psicoanálisis. En el medio psicoanalítico los pacientes traen muestras de su pasado y de su realidad interior, y las exponen en la fantasía correspondiente a su relación siempre cambiante con el analista. Así, poco a poco, lo inconsciente puede hacerse consciente. Una vez iniciado este proceso y obtenida la cooperación inconsciente del paciente, siempre hay mucho por hacer; de ahí la extensión de los tratamientos corrientes.

Es interesante examinar las primeras entrevistas. El analista se cuida de ser demasiado "inteligente" al comienzo de un tratamiento, por una buena razón. El paciente trae a las primeras entrevistas toda su fe y su recelo con respecto al analista, quien debe posibilitar que estos sentimientos extremos encuentren su expresión real. Si hace demasiadas cosas al principio del tratamiento, el paciente huirá o, impelido por el miedo, adquirirá una estupenda fe en su terapeuta y quedará casi hipnotizado.

Antes de seguir adelante debo mencionar algunas otras premisas. No puede haber ninguna área reservada en el paciente. La psicoterapia no formula prescripciones con respecto a la religión, intereses culturales o vida privada del paciente, pero si éste mantiene bajo llave (por decirlo así) una parte de sí mismo está evitando la dependencia inherente al proceso terapéutico. Como verán, esta dependencia lleva implícita la correspondiente confiabilidad profesional del terapeuta, aun más importante que la confiabilidad del facultativo en la práctica médica corriente. Es interesante señalar que el juramento hipocrático, que echó las bases del ejercicio de la medicina, reconoció este hecho con brutal claridad.

Por otra parte, según la teoría en la que se funda todo nuestro trabajo, un trastorno que no tiene causas físicas (y que, por ende, es psicológico) representa una traba en el desarrollo emocional del individuo. La meta de la psicoterapia es pura y exclusivamente deshacer esa traba para posibilitar el desarrollo allí donde, hasta entonces, éste fue imposible.

En un lenguaje diferente, aunque paralelo, el trastorno psicológico es sinónimo de inmadurez,

específicamente de inmadurez en el crecimiento emocional del individuo, que incluye la evolución de su capacidad para relacionarse con las personas y con el ambiente en general.

Para ser más claro, debo presentarles un panorama del trastorno psicológico y las categorías de inmadurez personal, aunque ello implique una burda simplificación de un tema muy complejo. Establezco tres categorías. La primera trae a la memoria el término "psiconeurosis". Abarca todos los trastornos de los individuos que en las etapas tempranas de su vida recibieron cuidados suficientemente buenos como para hallarse, desde el punto de vista de su desarrollo, en condiciones de afrontar las dificultades inherentes a una vida en plenitud y de fracasar, hasta cierto punto, en sus intentos de contenerlas. (Por vida en plenitud se entiende aquella en la que el individuo domina sus instintos, en vez de ser dominado por ellos.) Debo incluir en esta categoría las variedades más "normales" de la depresión.

La segunda categoría nos recuerda la palabra "psicosis". En este caso algo anduvo mal en los detalles más tempranos de la asistencia del bebé, provocando una perturbación en la estructuración básica de su personalidad. Esta falta básica, como la denominó Balint (1), puede haber producido una psicosis durante la infancia o la niñez; también es posible que dificultades posteriores pongan en evidencia una falta [fault] en la estructura yoica que hasta entonces había pasado inadvertida. Los pacientes comprendidos en esta categoría nunca fueron lo suficientemente sanos como para volverse psiconeuróticos.

Reservo la tercera categoría para los casos intermedios. Son individuos que empezaron bastante bien, pero cuyo ambiente les falló en un momento dado, o en forma reiterada, o durante un período prolongado. Son niños, adolescentes o adultos que podrían afirmar con razón: "Todo marchó bien hasta... y mi vida personal no puede desarrollarse, a menos que el ambiente reconozca que está en deuda conmigo". Por supuesto, no es habitual que la deprivación y el sufrimiento consiguiente sean accesibles a la conciencia; por lo tanto, en vez de un reclamo verbal, encontramos clínicamente una actitud que manifiesta una tendencia antisocial y que puede cristalizar en la delincuencia y la reincidencia en el delito.

Así pues, por ahora, están observando las enfermedades psicológicas desde el extremo equivocado de tres telescopios. A través del primero ven la depresión reactiva, relacionada con los afanes destructivos que acompañan los impulsos amorosos en las relaciones entre dos cuerpos (básicamente, entre el bebé y la madre), y la psiconeurosis, relacionada con la ambivalencia, o sea con la coexistencia del amor y el odio, propia de las relaciones triangulares (básicamente, entre el niño y los padres). Desde el punto de vista experiencial, estas relaciones son a la vez heterosexuales y homosexuales, en proporciones variables.

A través del segundo telescopio ven cómo el cuidado defectuoso del bebé deforma las etapas más tempranas del desarrollo emocional. Admito que algunos bebés son más difíciles de asistir que otros, pero como nuestra intención no es echar culpas, podemos atribuir la enfermedad a una falla en la asistencia del bebé. Vemos una falla [failure] en la estructuración del self personal y en la capacidad del self para relacionarse con objetos que forman parte del ambiente. Me gustaría excavar más este rico filón, junto con ustedes, pero no debo hacerlo.

Este segundo telescopio nos permite ver las diversas fallas que dan origen al cuadro clínico de esquizofrenia, o a las ocultas corrientes psicóticas que perturban el flujo parejo de la vida en muchos de nosotros, que nos ingeniamos para conseguir que nos rotulen de personas normales, sanas y maduras.

Cuando observamos las enfermedades de esta manera, sólo vemos exageraciones de elementos de nuestro propio self; no vemos nada que justifique la segregación del enfermo psiquiátrico. De ahí el gran esfuerzo y tensión que exige el tratamiento o atención psicológicos de los enfermos, cuando

se lo prefiere a las drogas y a los denominados "tratamientos físicos".

El tercer telescopio nos aparta de las dificultades inherentes a la vida y nos encamina hacia perturbaciones de otra naturaleza, por cuanto la persona deprivada no puede llegar hasta sus propios problemas inherentes a causa de cierto rencor, de una exigencia justificada para que se remedie un agravio casi recordado. Probablemente, los aquí presentes no entramos en absoluto en esta categoría. La mayoría de nosotros podemos decir: "Nuestros padres cometieron errores, nos frustraron constantemente y les tocó en suerte introducirnos en el Principio de Realidad, archienemigo de la espontaneidad, la creatividad y el sentido de lo Real, PERO nunca realmente nos dejaron caer". Es este dejar caer el que constituye la base de la tendencia antisocial. Por mucho que nos desagrade ser despojados de nuestras bicicletas o tener que recurrir a la policía para prevenir la violencia, vemos y comprendemos por qué ese niño o adolescente nos obliga a afrontar un desafío, ya sea mediante el robo o la destructividad.

He hecho todo cuanto las circunstancias me permitían para erigir un fundamento teórico que sirva de base a mi breve descripción de algunas variedades de psicoterapia.

Categoría I (psiconeurosis)

Si las enfermedades comprendidas en esta categoría requieren tratamiento, deseáramos suministrar una terapia psicoanalítica, un encuadre profesional que brinde confiabilidad y en el que lo inconsciente reprimido pueda hacerse consciente. Esta transformación se provoca mediante la aparición, en la "transferencia", de innumerables muestras de los conflictos personales del paciente. En un caso favorable, las defensas contra la angustia originada en la vida instintiva y su elaboración imaginativa pierden gradualmente su rigidez, y van sometiéndose cada vez más al sistema de control deliberado del paciente.

Categoría II (falla en la asistencia y cuidados tempranos)

En tanto estas enfermedades requieran tratamiento, es preciso darle al paciente la oportunidad de tener las experiencias propias de la infancia en condiciones de dependencia extrema. Advertimos que tales condiciones pueden encontrarse fuera de la psicoterapia organizada; por ejemplo, en la amistad, el cuidado que se preste al individuo a causa de una enfermedad física y las experiencias culturales (que, en opinión de algunos, incluyen las llamadas "experiencias religiosas"). La familia que continúa cuidando de un hijo le da reiteradas oportunidades de regresar a un estado de dependencia, y aun de gran dependencia. En verdad, este seguir estando disponibles para restablecer y realzar los elementos de cuidado que inicialmente correspondieron al cuidado del bebé constituye una característica común de la vida familiar, cuando se halla bien inserta en el medio social. Coincidirán conmigo en que algunos niños disfrutaban de su familia y de su independencia creciente, en tanto que otros continúan usando a su familia como recurso psicoterapéutico.

Aquí entra en juego la asistencia social a cargo de profesionales como una tentativa de ofrecer, en forma profesional, la ayuda que los progenitores, las familias y las unidades sociales suministrarían en forma no profesional. Los asistentes sociales en general no son psicoterapeutas, en el sentido con que describí a éstos al hablar de los pacientes comprendidos en la categoría 1, pero sí lo son cuando atienden las necesidades de los pacientes de la categoría II.

Mucho de lo que una madre hace con su bebé podría denominarse "sostén". El sostén efectivo es muy importante; es una tarea delicada, que sólo puede ser llevada a cabo con delicadeza y por las personas adecuadas. Es más: una interpretación cada vez más amplia del término incluye gran parte del nutrimiento del bebé. El concepto de sostén acaba por abarcar todo manejo físico, en tanto se adapte a las necesidades de un bebé. El niño aprecia que de a poco se le permita desprenderse, peor la época en que los padres le presentan el Principio de Realidad, que al comienzo choca con el Principio del Placer (omnipotencia abrogada). La familia continúa este sostén, y la sociedad sostiene a la familia.

La asistencia social de casos individuales podría describirse como un aspecto profesionalizado de esta función normal de los progenitores y las unidades sociales locales, un "sostén" de personas y situaciones, mientras se da una oportunidad a las tendencias de crecimiento. Dichas tendencias están presentes en todo individuo y en todo momento, salvo cuando la desesperanza generada por una falla ambiental reiterada ha llevado al individuo a un retraining organizado. Las tendencias han sido descritas en términos de integración, de conciliación y enlace entre la psique y el cuerpo, de desarrollo de la capacidad de relacionarse con objetos. Estos procesos siguen su curso a menos que sean bloqueados por fallas en el sostén y en la respuesta a los impulsos creativos del individuo.

Categoría III (deprivación)

Cuando los pacientes se ven dominados por un área de deprivación de su pasado, el tratamiento debe adaptarse por fuerza a este hecho. Como personas pueden ser normales, neuróticas o psicóticas. Apenas si podemos identificar la pauta personal porque, no bien empieza a revivir la esperanza, el niño produce un síntoma (robar o ser robado, destruir o ser destruido) que obliga al ambiente a reparar en él y actuar. La acción suele ser punitiva pero, por supuesto, lo que necesita el paciente es un pleno reconocimiento y resarcimiento de su deprivación. Como ya he dicho, muchas veces es imposible hacer esto porque gran parte del proceso es inaccesible a la conciencia; con todo, importa señalar que una investigación seria y profunda, efectuada en las etapas tempranas de una trayectoria antisocial, brinda con bastante frecuencia la pista y la solución del caso. Un estudio de la delincuencia debería partir del estudio de los rasgos antisociales de niños relativamente normales, pertenecientes a hogares intactos. He notado que muchas veces puede rastrearse la deprivación, así como el sufrimiento extremo que causó y que alteró todo el curso del desarrollo del niño. (He publicado casos y, si hay tiempo, citaré otros ejemplos.)

La cuestión es que todos los casos no tratados y los intratables quedan a cargo de la sociedad. En ellos, la tendencia antisocial fue en aumento hasta transformarse en una delincuencia estabilizada. En estos casos es preciso suministrar ambientes especializados, que deben dividirse en dos clases:

- 1) los que abrigan la esperanza de socializar a los menores a quienes sostienen; y,
- 2) aquellos cuyo único objeto es mantener en orden a sus menores para proteger a la sociedad, hasta que esos muchachos y chicas sean demasiado grandes para seguir internados y salgan al mundo convertidos en adultos que se meterán en dificultades una y otra vez. Si se actúa con sumo rigor, estas instituciones pueden funcionar a la perfección.

¿Se dan cuenta de que es muy peligroso basar un sistema de cuidado del menor en la labor realizada en hogares para inadaptados y, especialmente, en el manejo "exitoso" de los delincuentes en los centros de detención?

Fundándonos en lo antedicho, tal vez podamos comparar los tres tipos de psicoterapia.

Se sobrentiende que el psiquiatra clínico tiene que ser capaz de pasar fácilmente de un tipo de

terapia a otro y,, si es preciso, de aplicarlos todos a la vez.

En el caso de las enfermedades psicóticas (categoría II) debemos organizar un "sostén" complejo que, de ser necesario, incluya la atención física. El terapeuta o la enfermera profesional intervienen cuando el ambiente inmediato) del paciente no logra hacer frente a la situación. Como dijo un amigo mío ya fallecido, John Rickman: "La locura es la incapacidad de encontrar a alguien que nos aguante". Aquí entran en juego dos factores: el grado de enfermedad del paciente y la capacidad de tolerancia de los síntomas que manifieste el ambiente. Esto explica por qué andan sueltos por el mundo individuos más enfermos que algunos de los internados en manicomios...

El tipo de psicoterapia al que me refiero puede parecerse a la amistad, pero no lo es porque el terapeuta cobra honorarios y sólo ve al paciente por un tiempo limitado, en sesiones concertadas de antemano. Además, lo trata por un lapso limitado, por cuanto el objetivo de toda terapia es llegar a un punto en el que acaba la relación profesional: la vida del paciente (en todos sus sentidos) toma el timón y el terapeuta pasa a atender otro caso.

El terapeuta observa en su trabajo unas normas de conducta más elevadas que en su vida privada (en esto se asemeja a otros profesionales). Es puntual, se adapta a las necesidades de sus pacientes y, en su contacto con ellos, no hurga en sus propias ansias frustradas.

Es obvio que los pacientes muy graves de esta categoría someten la integridad del terapeuta a una gran tensión, por cuanto necesitan realmente el contacto humano y la manifestación de sentimientos reales, pero también necesitan confiar absolutamente en una relación que los coloca en una situación de máxima dependencia. Las mayores dificultades surgen cuando el paciente ha sido seducido en su infancia, pues en tal caso, durante el tratamiento, experimentará por fuerza el delirio de que el terapeuta está repitiendo la seducción. Su recuperación depende, por supuesto, de que se deshaga esta seducción de la infancia que sacó prematuramente a ese niño de su vida sexual imaginaria, para llevarlo a una vida sexual real, arruinando así el juego ilimitado, requisito primordial de todo niño.

En la terapia para enfermedades psiconeuróticas (categoría I) se puede obtener con facilidad el medio psicoanalítico clásico ideado por Freud, pues el paciente aporta al tratamiento cierto grado de fe y capacidad de confiar en su analista. Cuando todo esto se da por sentado, el analista puede dejar que la transferencia se desarrolle a su modo y, en vez de los delirios del paciente, entrarán en el material de análisis sueños, ideas e imaginaciones expresados en forma simbólica, que podrán ser interpretados conforme se vaya desarrollando el proceso mediante la cooperación inconsciente del paciente.

Esto es todo cuanto puedo decir, por razones de tiempo, acerca de la técnica psicoanalítica. Se puede aprender y es bastante difícil, pero no es tan agotadora como la terapia destinada a tratar los trastornos psicóticos.

Como ya he señalado, la psicoterapia para el tratamiento de una tendencia antisocial sólo da resultado si el paciente está casi en los inicios de su trayectoria antisocial, o sea, antes de que se hayan afianzado los beneficios secundarios y las habilidades delictivas. Tan sólo en estas etapas iniciales el individuo sabe que es un paciente y, de hecho, siente la necesidad de llegar hasta las raíces de su perturbación. Cuando se puede aplicar este método de trabajo, el terapeuta y su paciente emprenden una especie de investigación policial valiéndose de cualquier pista disponible, incluido cuanto sepan acerca de los antecedentes del caso. Trabajan en una delgada capa situada en un nivel intermedio entre lo inconsciente profundamente enterrado, por un lado, y la vida consciente y el sistema de la memoria del paciente, por el otro.

En las personas normales esta capa intermedia entre lo inconsciente y lo consciente está ocupada

por los intereses y aspiraciones culturales. La vida cultural del delincuente es notoriamente escasa, porque sólo tiene libertad cuando huye hacia el sueño no recordado o hacia la realidad. Cualquier intento de explorar la zona intermedia no conducirá al arte, la religión o el juego, sino a una conducta antisocial compulsiva, de por sí nada gratificante para el individuo y dañina para la sociedad.

(1) M. Balint, *The Basic Fault*, Londres, Tavistock Publications, 1968. [Versión castellana: *La falta básica*, Buenos Aires, Paidós, 1982.

Biblioteca D. Winnicott

Vivir creativamente

(Fusión de dos borradores de una conferencia preparada por la Liga Progresista, 1970)

Definición de la creatividad

Cualquiera que sea la definición a que lleguemos, deberá incluir la idea de que la vida sólo es digna de vivirse cuando la creatividad forma parte de la experiencia vital del individuo.

Para ser creativa, una persona tiene que existir y sentir que existe, no en forma de percatamiento consciente, sino como base de su obrar.

La creatividad es, pues, el hacer que surge del ser. Indica que aquel que es, está vivo. El impulso puede estar adormecido, pero cuando la palabra "hacer" se torna apropiada, entonces ya hay creatividad.

Es posible demostrar que en algunos individuos, en ciertos momentos, las actividades que indican que están vivos son simples reacciones a un estímulo. Toda una vida puede ajustarse al modelo de reacciones ante estímulos. Retírense los estímulos y el individuo no vivirá. Pero en un caso tan extremo, la palabra "vida" está fuera de lugar.

Para que uno sea y sienta que es, es preciso que la actividad motivada predomine sobre la actividad reactiva.

Esto no depende de la voluntad ni del cambio reiterado del tipo de vida que se lleva. Las pautas básicas se establecen durante el proceso de maduración emocional, y los factores más influyentes son los que actúan al comienzo. Debemos presumir que la mayoría de las personas se encuentran en un punto más o menos equidistante de los extremos, y que es en esta zona intermedia donde tenemos la oportunidad de influir en nuestras pautas; y es esa oportunidad que creemos tener lo que hace que esta especie de análisis tenga interés y no sea sólo un ejercicio académico. (También pensamos en lo que podemos hacer como padres y educadores.)

La creatividad es, pues, la conservación durante toda la vida de algo que en rigor pertenece a la experiencia infantil: la capacidad de crear el mundo. Para el bebé no es difícil, ya que si la madre es capaz de adaptarse a sus necesidades, el bebé no comprende al principio que el mundo ya estaba allí antes de que él fuera concebido. El principio de realidad es el hecho de la existencia del mundo independientemente de que el bebé lo cree o no.

El principio de realidad es lamentable, pero hacia la época en que se le pide al niño pequeño que diga "gracias" ya han tenido lugar grandes progresos y el niño ha adquirido mecanismos mentales genéticamente determinados que le permiten hacer frente al insulto. Porque el principio de realidad es un insulto.

Describiré algunos de esos mecanismos mentales. En condiciones ambientales suficientemente buenas, el niño

individual (que se convirtió en usted y en mí) encontró modos de asimilar el insulto. La sumisión, en un extremo, simplifica la relación con otras personas que, por supuesto, tienen necesidades propias que atender y una omnipotencia propia que preservar. En el otro extremo, el niño conserva algo de omnipotencia a través del recurso de ser creativo y de formarse su propia opinión sobre todas las cosas.

Veamos un ejemplo algo tosco: si una madre tuvo ocho hijos, hubo en realidad ocho madres. Y no sólo porque su actitud hacia cada uno de sus hijos fue diferente. Si se hubiera conducido de manera idéntica con todos ellos (y sé que esto es absurdo, porque no estamos hablando de una máquina), cada hijo la hubiese visto a través de sus propios ojos individuales.

Gracias a un proceso muy complejo de maduración genéticamente determinado y a la interacción de la maduración individual con factores externos que tienden a ser o bien facilitadores o bien desadaptativos e inductores de reacciones, el niño que se convirtió en usted o en mí adquirió cierta capacidad de ver todas las cosas de un modo nuevo, de ser creativo en cada detalle del vivir.

Podría buscar la palabra "creatividad" en el Oxford English Dictionary e investigar lo que se ha escrito sobre el tema en filosofía y psicología, y a continuación servir todo eso en una bandeja. Podría incluso aderezarlo de tal modo que ustedes exclamaran: "¡Qué original!". Personalmente soy incapaz de seguir ese plan. Necesito hablar del tema como si nadie antes se hubiera ocupado de él, con lo que, por supuesto, mis palabras pueden parecer ridículas. Pero creo que ustedes verán en ello la necesidad que tengo de asegurarme de que mi tema no terminará por eclipsarme. Establecer las concordancias entre todo lo que se ha dicho sobre la creatividad me mataría. Es evidente que para sentirme creativo debo luchar sin pausa, y esto tiene la desventaja de que para describir una simple palabra como "amor" tengo que partir de cero. (Tal vez partir de cero sea lo adecuado.) Volveré sobre el tema al hablar de la diferencia entre la vida creativa y el arte creativo.

Busco la palabra "crear" en un diccionario y encuentro: "traer a la existencia". Una creación puede ser "un producto de la mente humana". No es seguro que "creatividad" sea un término aceptable para un erudito. Para mí, vivir creativamente significa no ser muerto o aniquilado todo el tiempo por la sumisión o la reacción a lo que nos llega del mundo; significa ver todas las cosas de un modo nuevo todo el tiempo. Me refiero a la apercepción, que es lo contrario de la percepción.

Orígenes de la creatividad

Tal vez he dejado traslucir lo que pienso acerca del origen de la creatividad. Se requiere una doble caracterización. La creatividad se relaciona con el estar vivo, de modo que, salvo en períodos de reposo, el individuo se proyecta, y si encuentra un objeto en su camino, puede relacionarse con él. Pero esto es sólo el cincuenta por ciento. El otro cincuenta por ciento tiene que ver con la idea de que proyectarse física o mentalmente sólo tiene sentido para alguien que está allí para ser. Un bebé nacido casi sin cerebro puede tender la mano, hallar un objeto y usarlo sin que eso constituya una experiencia de vida creativa. Por otra parte, un bebé normal necesita aumentar su complejidad y convertirse en un probado "existidor" para experimentar el acto de tender la mano y encontrar un objeto como un acto creativo.

Vuelvo así a la máxima: el ser precede al hacer. Tiene que haber un desarrollo del ser detrás del hacer. En tal caso el niño, a su debido tiempo, dominará incluso sus instintos sin perder el sentido del self. El origen de la creatividad, por lo tanto, es la tendencia genéticamente determinada del individuo a estar vivo, permanecer vivo y relacionarse con los objetos que se interponen en su camino cuando llega para él el momento de esforzarse por conseguir cosas, incluso por alcanzar la luna.

Conservación de la creatividad

El individuo que no ha sido demasiado deformado por un deficiente contacto inicial con el mundo tiene

amplias posibilidades de desarrollar este deseable atributo. Es verdad, como sin duda no dejarán ustedes de señalármelo, que pasamos gran parte de nuestra vida realizando tareas rutinarias, carentes de interés. Alguien tiene que realizarlas. Es difícil ver claro en esto, porque hay quienes incluso las encuentran útiles; quizás el hecho de que no se necesita mucha inteligencia para fregar un piso es lo que hace posible la existencia de una zona separada de experiencia imaginativa. Pero está también la cuestión de las identificaciones cruzadas, a la que me referiré más adelante. Una mujer puede fregar un piso sin aburrirse porque de algún modo comparte el placer de embarrarlo, al identificarse con su insoportable niño que, en un momento de creatividad, llevó dentro de la casa el barro del jardín y se dedicó a pisotearlo. El niño supone que a las madres les encanta limpiar los pisos y eso constituye su fuerza, apropiada para su insoportable edad. (Se suele hablar en estos casos de conducta "adecuada a la fase". Siempre he pensado que de esa forma suena muy bien.)

O bien un hombre puede encontrarse tan cerca del aburrimiento como es posible mientras trabaja junto a una cinta transportadora, pero cuando piensa en el dinero está pensando también en las mejoras que se propone introducir en la piletta de la cocina o está ya presenciando, en la pantalla de su televisor en colores cuyas cuotas aún no ha terminado de pagar, cómo su equipo favorito derrota inesperadamente a su eterno rival.

El hecho es que la gente no debería desempeñar empleos que les resulten sofocantes, y si no pueden evitarlo, deberían organizar sus fines de semana de manera tal que proporcionen alimento a su imaginación incluso en los peores momentos de aburridora rutina. Se ha dicho que es más fácil mantener activa la imaginación cuando la tarea es verdaderamente aburrida que cuando ofrece algún interés. Debe recordarse también que el trabajo puede ser muy interesante para algún otro que lo utiliza para llevar una vida creativa pero que no permite que nadie más actúe según su parecer.

El plan del universo ofrece a todos la posibilidad de vivir creativamente. Vivir creativamente implica conservar algo personal, quizá secreto, que sea incuestionablemente uno mismo. A falta de otra cosa, pruebe con la respiración, algo que nadie puede hacer en su lugar. O tal vez usted es usted mismo cuando le escribe a su amiga o cuando manda cartas a The Times o a New Society, presumiblemente para que alguien las lea antes de tirarlas.

Vida creativa y creación artística

Al mencionar la actividad epistolar he rozado otro tema que no debo omitir. Tengo que aclarar la diferencia entre vivir creativamente y ser creativo en la ejecución de obras artísticas.

Cuando vivimos creativamente, usted y yo descubrimos que todo lo que hacemos refuerza el sentimiento de que estamos vivos, de que somos nosotros mismos. Podemos mirar un árbol (no necesariamente una fotografía) y hacerlo creativamente. Si usted ha pasado alguna vez por una fase depresiva de tipo esquizoide (les ha ocurrido a la mayoría de las personas), entonces conoce la sensación que es exactamente inversa a la anterior. Cuántas veces no me habrán dicho: "Hay un citiso frente a mi ventana, y ha salido el sol, y sé intelectualmente que debe ser un bello espectáculo. Pero esta mañana (lunes) no significa nada para mí. No puedo sentirlo. Me provoca una aguda sensación de que no soy real".

Aunque relacionados con la vida creativa, los actos creativos de quienes escriben cartas, de los literatos, poetas, artistas, escultores, arquitectos o músicos son diferentes. Convendrán ustedes en que si alguien se dedica a la creación artística, esperamos de él que ponga en juego algún talento especial. Para vivir creativamente, en cambio, no se necesita ningún talento especial. Vivir creativamente es una necesidad universal y una experiencia universal, e incluso un esquizofrénico encerrado en sí mismo y confinado al lecho puede estar viviendo creativamente en una actividad mental secreta, y por lo tanto en cierto sentido puede ser feliz. Desdichado es el que, durante una fase, advierte que le falta algo que es esencial para el ser humano, mucho más importante que la comida o la supervivencia física. Si dispusiéramos de tiempo podríamos decir algo sobre la angustia como energía subyacente a la creatividad propia del artista.

Vida creativa en el matrimonio

Creo necesario analizar aquí el hecho de que en el matrimonio los cónyuges, o al menos uno de ellos, experimentan a menudo la sensación de estar perdiendo su capacidad de iniciativa. Se trata de una experiencia corriente, aunque la importancia de esa sensación, si se la compara con todas las otras cosas que podrían decirse sobre la vida, es sin duda muy variable. Aquí y ahora debo suponer que no todas las parejas creen que pueden estar casadas y ser creativas al mismo tiempo. Uno u otro de sus miembros descubre que está participando en un proceso que puede conducir a que uno de ellos viva en un mundo creado por el otro. En los casos extremos debe ser muy molesto, pero supongo que por lo general no se llega a esa situación, que sin embargo permanece en estado latente y puede manifestarse de vez en cuando en forma aguda. Por ejemplo, el problema puede quedar oculto durante dos décadas consagradas al cuidado de los hijos y manifestarse luego como una crisis de la mediana edad.

Hay quizás una manera bastante sencilla de referirse al problema si se comienza por describir los hechos. Conozco a dos personas que han estado casadas durante largo tiempo y han criado a una numerosa prole. Su primer veraneo conyugal lo compartieron durante una semana, y después el marido dijo: "Ahora me iré a navegar por una semana". Su mujer le contestó: "Bien, a mí me gusta viajar; por lo tanto prepararé mi valija". Sus amigos se alarmaron y dijeron: "Este matrimonio no tiene mucho futuro". Sin embargo, el pronóstico resultó demasiado pesimista: esas dos personas tuvieron un matrimonio muy exitoso, y una de las cosas más importantes es que el marido dedica una semana a navegar, con lo cual perfecciona sus habilidades y disfruta de su pasatiempo, y la mujer ha paseado su valija por toda Europa. Tienen mucho que contarse en las restantes 50 semanas y pico, y el hecho de que no estén juntos durante la mitad de sus vacaciones de verano es beneficioso para su relación.

A muchas personas un arreglo semejante no les agradaría. No hay regla sobre los seres humanos que sea de aplicación universal. No obstante, este ejemplo puede servir para mostrar que cuando dos personas no temen separarse tienen mucho que ganar, y que cuando temen separarse están expuestas a aburrirse la una de la otra. El aburrimiento puede obedecer a la restricción de la vida creativa, que es inherente al individuo y no a la sociedad, aunque un socio o pareja puede inspirar creatividad.

En casi cualquier familia en la que las cosas marchan bien es posible observar el equivalente del arreglo que hemos descrito al referirnos a esas dos personas. No es necesario abundar en detalles; explicar, por ejemplo, que la mujer toca el violín y el marido pasa una tarde por semana en el bar, bebiendo cerveza con unos amigos. En los seres humanos la normalidad o salud admite infinitas variaciones. Si decidimos ahora hablar de dificultades, tendremos que mencionar ciertos patrones en que la gente participa, que la gente reitera hasta el aburrimiento y que indican que algo anda mal en alguna parte. Hay en todo esto un elemento compulsivo, y detrás de ese elemento está el miedo. Muchas personas no pueden ser creativas porque están atrapadas en compulsiones relacionadas con algo que deberían hacer con su propio pasado. Hablar de las trabas que impone el matrimonio sólo me resulta fácil cuando me dirijo a quienes son relativamente afortunados en lo que se refiere a las compulsiones, es decir, a quienes no están dominados por ellas. A las personas que se sienten sofocadas por una relación, es muy poco lo que puedo decirles. No hay ningún consejo útil que se les pueda dar y uno no puede ser terapeuta de todo el mundo.

Entre ambos extremos -el de los que creen que su vida sigue siendo creativa en el matrimonio y el de los que piensan que el matrimonio es un obstáculo en ese sentido- hay sin duda una zona intermedia, y en esa zona nos encontramos muchos de nosotros. Somos bastante felices y podemos ser creativos, pero nos damos cuenta de que inevitablemente hay cierta clase de antagonismo entre el impulso personal y los compromisos propios de cualquier relación confiable. En otras palabras, estamos hablando nuevamente del principio de realidad, y al seguir desarrollando el tema terminaremos por analizar una vez más algún aspecto del intento que realiza el individuo de aceptar la realidad externa sin perder demasiado de su impulso personal. Este es uno de los varios trastornos básicos característicos de la naturaleza humana, y es en las primeras etapas de nuestro desarrollo emocional cuando se echan las bases de nuestra capacidad en ese sentido.

Al hablar del matrimonio exitoso, a menudo nos referimos a la cantidad de hijos o a la amistad que se ha desarrollado entre los cónyuges. Es fácil hablar y hablar sobre estas cuestiones, pero sé que ustedes no desean que me limite a lo fácil y superficial. Si hablamos de sexo -al que, después de todo, debe concederse un lugar importante en toda discusión sobre el matrimonio-, encontraremos desdicha por doquier. Podría tomarse como un axioma que son pocas las personas casadas que piensan que en su vida sexual viven creativamente. Se ha escrito mucho al respecto, y probablemente los psicoanalistas, para su desgracia, saben más que la mayoría de las personas acerca de estos problemas y de la aflicción que causan. Al psicoanalista no le es posible mantener la ilusión de que la gente se casa y vive feliz por siempre jamás, al menos en lo que se refiere a su vida sexual. Cuando dos personas se aman y son jóvenes, puede haber una época, incluso prolongada, en la que su relación sexual es una experiencia creativa para ambas. Esto es salud, y nos alegramos cuando los jóvenes lo experimentan directamente y sin inhibiciones. Creo que es incorrecto difundir entre ellos la idea de que es común que tal estado de cosas persista largo tiempo después de la boda. Alguien dijo (me temo que sólo es una broma): "Hay dos clases de matrimonio: aquel en que la joven sabe que ha elegido al hombre equivocado en su camino de ida al altar, y aquel en que lo sabe en su camino de vuelta". Pero no hay razón para hacer bromas al respecto. El problema surge cuando nos empeñamos en hacer creer a los jóvenes que el matrimonio es una prolongada aventura sentimental. Sin embargo, me desagradaría hacer lo contrario y difundir la desilusión entre los jóvenes, asumir la tarea de cuidar de que lo sepan todo y no tengan ilusiones. Si uno ha sido feliz, entonces puede soportar la desdicha. Del mismo modo, un bebé no puede ser destetado si no ha recibido el pecho o un equivalente. La desilusión (aceptación del principio de realidad) sólo puede basarse en la ilusión. La gente tiene una terrible sensación de fracaso cuando comprueba que algo tan importante como la experiencia sexual se está convirtiendo cada vez más en una experiencia creativa para uno solo de los miembros de la pareja. Las cosas pueden funcionar bien cuando la relación sexual comienza mal y gradualmente las dos personas llegan a alguna clase de transacción, de toma y daca, de tal modo que finalmente ambas tienen una experiencia creativa.

La relación sexual es saludable y una gran ayuda pero sería un error suponer que constituye la única solución a los problemas de la vida. Debemos prestar atención a lo que hay bajo la superficie cuando el sexo, además de ser un fenómeno enriquecedor, es también una reiterada forma de terapia.

En este punto deseo recordarles los mecanismos mentales de proyección e introyección: me refiero a las funciones de identificarse con otros y de identificar a otros con uno. Como cabría esperar, hay personas que no pueden utilizar estos mecanismos, otras que pueden hacerlo cuando lo desean, y finalmente las que utilizan de manera compulsiva, lo desean o no. Para decirlo en la forma más simple, a lo que me refiero es a la capacidad de ponerse en el lugar del otro y a cuestiones de simpatía y empatía.

Es obvio que cuando dos personas viven juntas y están unidas por un vínculo íntimo públicamente anunciado, como ocurre en el matrimonio, tienen amplias posibilidades de vivir cada una a través de la otra. En la salud esto puede concretarse o no, según las circunstancias. Pero mientras que a algunos cónyuges les resulta difícil cederse roles recíprocamente, en otros casos se observan todos los grados posibles de fluidez y flexibilidad. Sin duda es adecuado que una mujer sea capaz de ceder al hombre la parte masculina del acto sexual, y a la inversa en el caso del hombre. Pero además de la actuación está la imaginación, y es seguro que imaginativamente no hay parte alguna de la vida que no pueda ser cedida o tomada.

Teniendo esto en cuenta, podemos considerar el caso especial de la creatividad. En relación con la función sexual, ¿quién es más creativo?, ¿el padre o la madre? No desearía opinar. Es una cuestión que podemos dejar de lado. Pero justamente en relación con el funcionamiento real debemos recordar que los padres pueden concebir un bebé en forma no creativa, es decir, sin haberse formado una idea de él. Por otro lado, un bebé puede comenzar su existencia precisamente en el momento adecuado, cuando ambas partes lo desean. En ¿Quién le teme a Virginia Woolf? Edward Albee estudia el destino de un bebé que ha sido concebido en la imaginación pero que no llega a encarnarse. Es un estudio notable, tanto en la obra teatral como en la película.

Pero no seguiré con el tema del sexo real y los bebés reales, porque todo lo que hacemos puede hacerse de

manera creativa o no creativa. Volveré a ocuparme de los orígenes de la capacidad de vivir creativamente.

Algo más sobre los orígenes de la vida creativa

Es la vieja y remanida historia. Nuestra manera de ser depende en gran medida del punto que hayamos alcanzado en nuestro desarrollo emocional o del grado en que tuvo oportunidad de cumplirse la parte de nuestro desarrollo que tiene que ver con las primeras etapas del relacionarse con objetos. De eso me propongo hablarles.

Sé lo que diré: feliz es la persona que actúa creativamente todo el tiempo, tanto en su vida personal como a través de su pareja, sus hijos, amigos, etcétera. Nada cae fuera de este territorio filosófico.

Puedo mirar un reloj y ver sólo la hora; quizá ni siquiera eso, sólo las formas en el cuadrante; incluso es posible que no vea nada. Por otra parte, puedo estar viendo relojes en potencia; entonces me permito alucinar un reloj, y lo hago porque me resulta evidente que hay un reloj real que puede verse, de modo que cuando percibo el reloj real ya he pasado por un complejo proceso que se originó en mí.

Por lo tanto, cuando veo el reloj lo estoy creando, y cuando veo la hora también la estoy creando. Cada vez tengo mi pequeña experiencia de omnipotencia, antes de transferir esa incómoda función a Dios.

Hay aquí algo contrario a la lógica. La lógica se configura en un punto de lo ilógico. No puedo impedir esto: es real. Desearía profundizar este tema.

Cuando el bebé está preparado para descubrir un mundo de objetos e ideas, la madre, ajustándose al ritmo con que se desarrolla esta capacidad del bebé, le presenta el mundo. De esta manera, gracias a su excelente adaptación inicial, la madre le permite experimentar la omnipotencia, descubrir realmente lo que crea, crear y vincular lo creado con lo real. El resultado neto es que todos los bebés vuelven a crear el mundo. Y en el séptimo día, suponemos, se sienten complacidos y descansan. Así ocurre cuando las cosas marchan razonablemente bien, como, de hecho, suele suceder; pero alguien tiene que estar allí para que lo creado sea real. Si no hay nadie allí para cumplir esa misión, el niño, en los casos extremos, será autista -creativo en el espacio- y tediosamente sumiso en las relaciones (esquizofrenia infantil).

A continuación puede introducirse gradualmente el principio de realidad, y el niño, que ha conocido la omnipotencia, experimenta las limitaciones que impone el mundo. Pero para entonces es capaz de vivir a través de otra persona, de emplear los mecanismos de proyección e introyección, de dejar que de vez en cuando sea la otra persona quien dirija, y de ceder la omnipotencia.

Finalmente, el individuo renuncia a ser la rueda dentada o la caja de engranajes completa y adopta la posición más cómoda de ser un diente de la rueda. Ayúdenme a componer un himno humanista:

¡Oh! ser un diente
¡Oh! ser parte de un grupo
¡Oh! trabajar en armonía con otros
¡Oh! estar casado sin abandonar la idea de ser el creador del mundo.

El individuo que no comienza por experimentar la omnipotencia no tiene la oportunidad de ser un diente del engranaje y debe continuar insistiendo en la omnipotencia, la creatividad y el control, como si estuviera tratando de vender las poco atractivas acciones de una compañía fraudulenta.

En mis escritos he concedido mucha importancia al concepto de objeto transicional: algo que su hijo puede estar apretando en su mano en este mismo momento, quizás un pedazo de tela que alguna vez fue parte de la colcha de su cuna, o de una manta, o una cinta con la que su mamá se sujetaba el cabello. Es un primer

símbolo y representa la confianza en la unión del bebé con la madre, basada en la experiencia de la confiabilidad de la madre y de su capacidad de saber lo que el bebé necesita, gracias a su identificación con él. He dicho que el bebé crea ese objeto; es algo que nunca cuestionaremos, aunque también sabemos que el objeto ya estaba allí antes de que el bebé lo creara. (Es posible incluso que también alguno de sus hermanos lo haya creado del mismo modo.)

No se trata tanto de "Pedid y os será dado" como de "Tended la mano y estará allí para que lo toméis, lo uséis y lo gastéis". Este es el comienzo y debe perderse en el proceso de presentación del mundo real, del principio de realidad; pero en la salud hallamos el modo de vivir creativamente y recobrar así el sentimiento de que las cosas tienen sentido. El síntoma de una vida no creativa es el sentimiento de que nada tiene sentido, de futilidad, de "A mí qué me importa".

Estamos ahora en condiciones de examinar la vida creativa y de utilizar, al hacerlo, una teoría coherente. La teoría nos permite comprender algunas de las razones por las que el tema de la vida creativa presenta dificultades que le son inherentes. Podemos adoptar un enfoque global u ocuparnos de los detalles que componen la vida creativa.

Debe quedar en claro que estoy tratando de alcanzar un estrato profundo, si no fundamental. Sé que una manera de cocinar salchichas consiste en seguir las instrucciones precisas que figuran en el libro de cocina de la señora Beeton (o en los artículos dominicales de Clement Freud), y otra manera es tomar algunas salchichas y cocinarlas de uno u otro modo, por primera vez en la vida. El resultado puede ser el mismo en ambos casos, pero es más agradable convivir con el cocinero o la cocinera creativos, aunque a veces ocurra un desastre o las salchichas tengan un gusto raro y uno sospeche lo peor. Lo que estoy tratando de decir es que para el cocinero esas dos experiencias son distintas: el servil que se ajusta a las instrucciones no obtiene nada de la experiencia, sólo aumenta su sensación de que depende de la autoridad; el original, en cambio, se siente más real y se sorprende de los pensamientos que acuden a su mente mientras cocina. Cuando nos sorprendemos a nosotros mismos estamos siendo creativos y descubrimos que podemos confiar en nuestra inesperada originalidad. No nos importa si los que comen las salchichas no advierten lo que su cocción tuvo de sorprendente o si no aprecian su sabor.

Creo que cualquier cosa que tenga que hacerse puede hacerse creativamente si el que la ejecuta es creativo o tiene capacidad para serlo. Pero si alguien está constantemente amenazado por la extinción de su creatividad, tendrá que soportar la tediosa sumisión o bien exagerar la creatividad hasta que las salchichas luzcan como algo de otro mundo o resulten incomibles.

Para mí es exacto, como ya lo he mencionado, que por muy escasamente dotado que esté un individuo, sus experiencias pueden ser creativas y estimulantes, en el sentido de que siempre hay algo nuevo e inesperado en el aire. Por supuesto que si la persona es muy original y talentosa sus dibujos valdrán 20.000 libras, pero dibujar como Picasso no siendo Picasso implica imitación servil y falta de creatividad. Para dibujar como Picasso uno tiene que ser Picasso; de lo contrario no hay creatividad. Los seguidores son por definición sumisos y aburridos, salvo cuando están buscando algo y necesitan que el coraje de Picasso los ayude a ser originales.

El hecho es que lo que creamos ya estaba allí, pero la creatividad consiste en el modo como llegamos a la percepción a través de la concepción y la apercepción. Por lo tanto, cuando miro el reloj, como tengo que hacerlo ahora, creo el reloj, pero tomo la precaución de no ver un reloj sino en el lugar preciso en que sé que hay uno. Les ruego que no rechacen esta muestra de absurda falta de lógica: reflexionen sobre ella y utilícenla.

Si está oscureciendo y me siento muy cansado, o un tanto esquizoide, tal vez vea relojes donde no los hay. Puedo ver algo en aquella pared e incluso ver la hora, y quizás ustedes me dirán que es sólo la sombra de una cabeza proyectada en la pared.

A algunas personas, la posibilidad de que se las considere locas o alucinadas las lleva a aferrarse a la cordura y

a la clase de objetividad que podríamos denominar realidad compartida. Otras fingen a la perfección que lo que imaginan es real y puede ser compartido.

Podemos admitir que toda clase de personas vivan en el mundo con nosotros, pero necesitamos que los demás sean objetivos para poder disfrutar de nuestra creatividad, asumir riesgos y seguir nuestros impulsos con las ideas creativas que los acompañan.

Algunos niños crecen en una atmósfera de gloriosa vida creativa, pero no creativa para ellos sino para un progenitor o una niñera. Eso los asfixia y dejan de ser. O bien desarrollan una técnica de retraimiento.

Un tema muy amplio es el de la provisión de oportunidades a los niños para que vivan su propia vida, tanto en el hogar como en la escuela, y es un axioma que los niños que arriban con facilidad al sentimiento de que existen son los más fáciles de manejar. Son los menos vulnerables frente al embate del principio de realidad.

Si tenemos un vínculo formal con nuestra pareja, podemos intentar, como ya he mencionado, todos los modos y grados de proyección e introyección. Una esposa puede disfrutar con el goce que su marido encuentra en su trabajo, y un marido puede disfrutar con las experiencias de su mujer con la sartén. De esta forma el matrimonio -la unión formal- aumenta nuestras posibilidades de llevar una vida creativa. Se puede ser creativo por delegación, como cuando estamos realizando una tarea rutinaria y la concluimos más rápidamente al seguir las instrucciones que figuran en la etiqueta del frasco.

Me pregunto qué opinan ustedes de estas ideas que he puesto sobre el papel y que les he leído. Lo primero que debo señalar es que no puedo convertirlos en seres creativos hablándoles. A esos fines más me valdría escucharlos que hablarles. Si ustedes nunca tuvieron -o han perdido- la capacidad de sorprenderse a sí mismos en su experiencia del vivir, mis palabras no los ayudarán y sólo con dificultad lo haría la psicoterapia. Pero es importante saber, por cuanto atañe a otras personas (especialmente a niños de quienes podríamos ser responsables), que vivir creativamente es más importante para el individuo que tener éxito.

Lo que deseo poner en claro es que la experiencia de vivir creativamente implica, en cada uno de sus detalles, un dilema filosófico, ya que, en realidad, a fuer de cuerdos sólo creamos lo que encontramos. Incluso en el arte no podemos ser creativos en la depresión, a menos que nos encontremos en un hospital psiquiátrico haciendo la experiencia solitaria de nuestro propio autismo. Ser creativo en el arte o la filosofía depende en alto grado del estudio de todo lo que ya existe, y el estudio del ambiente proporciona un indicio para la comprensión y apreciación de cada artista. Pero el enfoque creativo hace que él artista se sienta real e importante, incluso si su obra es un fracaso desde el punto de vista del público. Con todo, el público sigue siendo para él tan necesario como su talento, su aprendizaje y sus herramientas.

Sostengo, por lo tanto, que si somos lo bastante sanos, no es ineludible que vivamos en un mundo creado por nuestro cónyuge, ni éste en un mundo creado por nosotros. Cada uno tiene su propio mundo privado, y además aprendemos a compartir experiencias recurriendo en diverso grado a las identificaciones cruzadas. Cuando criamos niños o iniciamos a un bebé en la senda que lo llevará a convertirse en un individuo creativo en un mundo de hechos reales, tenemos que ser no creativos, sumisos y capaces de adaptarnos; pero en general superamos el trance y descubrimos que no acaba con nosotros porque nos identificamos con esas nuevas personas que nos necesitan para poder llegar a disfrutar, también ellas, de una vida creativa.

Biblioteca D. Winnicott

W. R. D. Fairbairn (1953)

Reseña (escrita en colaboración con M. Masud R. Khan) de *Psychoanalytic studies of the personality*

"Estudios psicoanalíticos de la personalidad". Londres, Tavistock, 1952. Esta reseña apareció en *International Journal of Psycho-Analysis* (1953). En el 'Posfacio' de este volumen se hallarán otros comentarios posteriores de Winnicott sobre Fairbairn

Fairbairn ha emprendido una osada y sincera tentativa de revisar la metapsicología psicoanalítica a la luz de su experiencia clínica y de sus reflexiones individuales a partir del ejercicio de la tarea terapéutica. El lector se enriquecerá al acceder a la evolución gradual de una teoría personal, claramente expuesta merced al ordenamiento cronológico de sus trabajos. Ya sea que coincida o discrepe con la teoría de Fairbairn, el estudio de su modo de contemplar las cosas puede serle muy provechoso.

Al reseñar esta obra, uno se encuentra en una posición menos afortunada que el lector corriente, ya que Fairbairn formula una afirmación muy definida -que su teoría puede suplantar a la de Freud-, y lo que debe evaluarse y criticarse es esta afirmación. Si Fairbairn está en lo cierto, lo que debemos enseñar a nuestros alumnos no es Freud sino Fairbairn. Si fuera posible dejar de lado esta pretensión, se disfrutaría de los escritos de un analista que cuestiona todo, da prioridad a las pruebas clínicas y no a la teoría aceptada, y no se presenta como un devoto ante el altar. Pero la pretensión existe. Dicho sea de paso, Fairbairn escribe como si aparte de Freud, Abraham y Klein no existiera prácticamente ningún otro teórico del psicoanálisis; para ser completa, la reseña debería incluir, pues, citas de otros autores de los que él parece haber prescindido. No obstante, no será ése nuestro modo de proceder.

El primer trabajo, "Factores esquizoides en la personalidad" (1940), es tal vez el más estimulante y gratificante del libro. En él Fairbairn sostiene que la comprensión de los estados, procesos y síndromes esquizoides, y sólo ella, puede brindarnos una comprensión profunda de los orígenes y verdaderos fundamentos de la personalidad humana. Naturalmente, el término "esquizoide" es sometido en sus manos a urca gran extensión, y no deja de advertirnos que, considerado del modo en que él sugiere, abarca casi todas las facetas del vivir humano. Y según el autor así debe considerárselo, porque "el fenómeno esquizoide fundamental es la presencia de escisiones en el yo" y "cierto grado de escisión del yo está invariablemente presente en el plano psíquico más profundo; o bien (para expresar lo mismo con términos tomados de Melanie Klein), en la psique la posición básica es invariablemente una posición esquizoide" (pág. 8). A esto agrega: "Esto no sería válido, por supuesto, en el caso de una persona teóricamente perfecta, cuyo desarrollo hubiese sido óptimo; pero ocurre que no hay nadie, realmente, que haya tenido tanta suerte". La prueba de que todas, sin excepción, son esquizoides en los planos más profundos proviene en parte del estudio de los sueños, ya que todas las figuras que aparecen en el sueño "representan, o bien 1) alguna parte de la personalidad del soñante, o bien 2) un objeto con el cual una parte de su personalidad mantiene relación en la realidad interna, por lo común sobre la

base de la identificación".

Comenta el autor: "El hecho de que el- soñante esté típicamente representado en el sueño por más de una figura no puede tener sino esta interpretación: que en el nivel de la conciencia onírica, el yo del soñante está escindido. El sueño representa, por lo tanto, un fenómeno esquizoide universal" (1940, págs. 8-9). Es importante, para el estudioso de la teoría de Fairbairn, captar esto, pues los conceptos del autor sobre la estructura psíquica parten del análisis de un sueño (sobre el cual se informa en 1944, págs. 95 y sigs.); aquí llega finalmente a la conclusión de que "los sueños son en esencia, no cumplimientos de deseo, sino dramatizaciones o cortometrajes (en el sentido cinematográfico) de situaciones existentes en la realidad interna", y sus figuras representan "o bien partes del `yo', o bien objetos internalizado. De ahí que "las situaciones descritas en los sueños representen relaciones entre estructuras endopsíquicas; y lo mismo se aplica a las situaciones descritas en las fantasías de la vigilia" (pág. 99).

En un trabajo muy anterior, "El análisis de un paciente con una anomalía genital" (1931), al estudiar el fenómeno de la personificación en los sueños del paciente, había extraído la siguiente conclusión: "La aparición de personificaciones estables en los sueños del paciente parece indicar de qué manera se originan los fenómenos de la personalidad múltiple. Nos sugiere que estos fenómenos son el resultado de la invasión del campo consciente por constelaciones estructurales operativas que se diferencian en el inconsciente presionadas por la necesidad económica. También nos sugiere que la división tripartita de la psique que postuló Freud debe considerarse una descripción de constelaciones estructurales características de índole similar, y no una descomposición de la psique en sus entidades componentes" (pág. 22i). La reducción de esta "división tripartita de la psique" a entidades rígidas, por un lado, y a instancias antropomórficas, por el otro, es el resultado de la obra de otros teóricos del análisis, y no de Freud. En la metapsicología de este último, el acento recae en las propiedades funcionales de dichas estructuras psíquicas hipotéticas. El camino metodológico que emprende el Dr. Fairbairn es muy directo y simple: de las personificaciones a los objetos internos, y de éstos a las estructuras endopsíquicas.

De paso, adviértase que aunque Fairbairn nos brinda una teoría total, no ofrece ninguna hipótesis para explicar el trabajo del sueño en la formación del sueño. Del mismo modo, en su teoría de la estructura psíquica ni siquiera toma en cuenta el hecho de que una metapsicología debería postular algunas hipótesis sobre el funcionamiento mental (p. ej., la memoria, la alucinación). Freud proporcionó una teoría muy definida del funcionamiento mental en la interpretación de los sueños (último capítulo), y su hipótesis de que la libido y los procesos primarios están regulados por el principio de placer-displacer deriva de esta área de observación no menos que del estudio de los trastornos emocionales.

Es posible obtener algo del trabajo de Fairbairn sobre los sueños examinando la relación entre su concepto de introyección del objeto malo y los trabajos de Freud sobre la compulsión a la repetición. Si el objeto malo introyectado (a fin de coaccionarlo o controlarlo) constituye una experiencia penosa, o sea, algo percibido pero no tolerado, entonces la experiencia introyectada reclama repetidamente la atención y da origen a un tipo específico de sueños. El concepto de compulsión a la repetición nos lleva más allá del período que necesitamos para comprender que, si quiere llegar hasta el sustrato de la compulsión a la repetición, el paciente debe redescubrir la situación externa penosa tal como fue originalmente percibida, aunque en ese momento no pudo tolerársela por ser un fenómeno que quedaba fuera del control omnipotente.

Pero no nos adelantemos. Es preciso volver atrás y examinar cuál es, a juicio del autor, la situación en la infancia, precisamente cuando opera el proceso esquizoide y son creados los estados esquizoides que se manifestarán más adelante. En la parte del libro en que se estudia esto hay mucho material valioso.

Lo que más nos interesa aquí es la teoría del autor sobre las estructuras endopsíquicas. Basándose en las investigaciones de los fenómenos esquizoides llevadas a cabo por Freud, Bleuler, Abraham, llega a la conclusión de que si las manifestaciones clínicas de tipo esquizoide tienen un punto de fijación en la temprana fase oral, debe haber una íntima conexión entre la escisión del yo y una actitud libidinal de incorporación oral; y de que, en rigor, la fijación en la temprana fase oral desempeña un papel destacado en la terminación de la

pauta de la actitud esquizoide.

En la infancia, "la primera relación social entablada por el individuo es la que existe entre él y la madre; y el eje de esta relación es el amamantamiento, situación en la cual el pecho materno proporciona al individuo el punto focal de su objeto libidinal y su propia boca le proporciona el punto focal de su actitud libidinal" (1940). En esta cita ya nos encontramos con todas las características de la manera que Fairbairn tiene de contemplar al bebé (quiero decir, si es que realmente contempla a un bebé), manera ésta que allana el camino a su construcción teórica final. Debe subrayarse que a la relación madre-hijo se la llama "relación social", al bebé se lo equipara con el individuo adulto que va a ser más tarde, al pecho materno se lo caracteriza como "su (el del bebé) objeto libidinal y a la boca del bebé se le atribuye una "actitud libidinal.

Podría sostenerse, en defensa del autor, que está poniendo en palabras un estado primario preverbal, pero el examen de la hipótesis desarrollada mostrará al lector que esto no puede tomarse en cuenta, por lo que sigue. Fairbairn parte, por cierto, de un bebé que es un ser humano total, que experimenta la relación con el pecho como un objeto separado, un objeto al cual él ya ha experimentado y respecto del cual tiene complicadas ideas (pág. 11). Es este modo de operar el que lleva al autor a declarar categóricamente en lo teórico que "la libido es búsqueda de objeto", etc. Pero, como veremos luego, le resulta muy difícil mantener en forma coherente este punto de vista, según el cual el bebé es siempre una entidad separada, que busca objetos desde el interior de su propia existencia como tal.

Para volver al texto de Fairbairn, en éste se enuncian las cuatro características principales de esta temprana actitud oral (págs. 11-12):

1. Aunque la relación emocional que está en juego se da en esencia entre el niño y su madre como persona, y aunque debe admitirse que su objeto libidinal es en realidad su madre como totalidad, su interés libidinal se centra fundamentalmente en el pecho de la madre; el resultado de ello es que, en la medida en que se produzcan perturbaciones en dicha relación, el pecho mismo tiende a asumir el papel de objeto libidinal; vale decir, el objeto libidinal tiende a asumir la forma de un órgano del cuerpo u objeto parcial (en contraste con la de una persona u objeto total).
2. La actitud libidinal es tal que en ella predomina el aspecto de "tomar" sobre el aspecto de "dar" .
3. La actitud libidinal se singulariza no sólo por el tomar, sino también por el incorporar y el internalizar.
4. La situación libidinal confiere enorme significación a los estados de completad y vacío. (...)

Fairbairn no aclara bien cuál es la naturaleza, y cuáles las causas de las perturbaciones, de la relación materno-filial (párrafo 1 anterior). Sin embargo, su opinión puede colegirse reuniendo sus afirmaciones en otros lugares. Señala que "la orientación hacia los objetos parciales que se encuentra en individuos que exhiben rasgos esquizoides es, en gran medida, un fenómeno regresivo determinado por relaciones emocionales insatisfactorias con sus padres, en particular con su madre, en una etapa de la niñez posterior a la temprana fase oral en que tiene su origen esta orientación. El tipo de madre particularmente proclive a provocar tal regresión es la madre que no logra convencer a su niño, mediante muestras espontáneas y genuinas de afecto, de que lo ama como persona" (pág. 13).

En esta cita y contexto, no queda claro si la madre sólo "provoca la regresión" a ese temprano estado o si es la que lo crea.

En el párrafo 4 (que no hemos reproducido en su totalidad; Fairbairn menciona circunstancias de deprivación", pero sin aclarar si son el resultado de una deficiencia en el cuidado que le presta la madre al niño, o si son inevitables en toda crianza. Si se considera que ambas cosas son lo mismo, a raíz de la imperfecta madurez de todas las personas (las madres inclusive debe decirse que Fairbairn no ha encontrado un lenguaje capaz de dar

cuenta a la vez de lo normal y de lo anormal.

En la página 23 el autor pasa revista a "las fuentes de ese sentido de ser diferente de los otros, que caracteriza a los individuos con un elemento esquizoide en su personalidad", y destaca la prominencia del siguiente rasgo: "En su vida temprana se persuadieron, ya sea a través de una aparente indiferencia de la madre o de su aparente posesividad. de que ella no los amaba y valoraba realmente como personas por propio derecho". Esta observación, como muchas otras en el libro, es útil y penetrante; por desgracia, la estructura teórica del autor, que es lo que más debe interesarnos aquí, desbarata nuestro aprecio de estos destellos de insight clínico. El aporte más valioso de Fairbairn es su idea de que en la raíz de la personalidad esquizoide está esa falla de la madre a raíz de la cual el bebé no se siente amado como persona por derecho propio.

Es muy difícil conjeturar si Fairbairn considera que esta falla maternal es verdaderamente una falla de la madre o la proyección en ella del odio de su hijo o hija, pero hay en el libro muchas cosas que nos sugieren que su opinión se inclina en este segundo sentido: por ejemplo (págs, 11.0-11):

La experiencia de frustración libidinal es la que convoca la agresión del bebé hacia su objeto libidinal y así da origen a un estado de ambivalencia. (...) Desde el punto de vista subjetivo del bebé, es su madre la que se vuelve un objeto ambivalente. (...) Como le resulta insoportable tener un objeto bueno que a la vez es malo, procura aliviar esta situación escindiendo la figura de su madre en dos objetos (...) y como la realidad externa parece ineluctable, hace cuanto puede por transferir el factor traumático de la situación al campo de la realidad interna, en el cual siente que las situaciones están bajo su control en mayor medida.(...) Siempre es el objeto "malo" el internalizado en primera instancia, ya que creo difícil atribuir algún sentido a la internalización primaria de un objeto bueno que es a la vez satisfactorio y accesible desde el punto de vista del bebé.(...) La internalización de objetos es en esencia una medida de coerción, y el bebé pretende coercionar no al objeto satisfactorio sino al insatisfactorio".

(Dicho sea de paso, parece vano tratar de correlacionar estas enunciaciones con la obra de Melanie Klein, ya que ésta fue expuesta con gran claridad, en tanto que los descubrimientos de Fairbairn parecen entrecruzarse con los de Klein. Sería fácil pedirle a Fairbairn que estudie más detenidamente la obra de Klein antes de citarla, pero por otro lado debemos conceder a cualquier colega el derecho a expresar sus opiniones a su manera, aun cuando su obra corra paralela a la que se lleva a cabo en otras partes. Es una lástima, sin embargo, que se utilicen aquí términos que sugieren la familiaridad con una obra como la de Klein, con respecto a lo que ella denominó las "posiciones" del desarrollo emocional: la "depresiva", la "paranoide" y la "esquizoide", respectivamente.)

Esta internalización para coercionar es sin duda un mecanismo de defensa que ha sido bien descrito y aceptado en la bibliografía analítica. Fairbairn considera, pues, la introyección como un mecanismo de defensa específico y no como un proceso primario, ni como una clase de relación de objeto. Cuesta entender cómo podría el ser humano edificar fuentes internas de fortaleza, o toda la materia prima del mundo interno que es personal, y aun el mismo self, simplemente llevando hacia su interior objetos "malos" a través de un mecanismo de defensa. Esta es por cierto una caricatura de la teoría de Klein, si es que guarda alguna relación con dicha teoría -lo cual parece dudoso, salvo la superposición de los términos-.

Esta era la postura del autor en 1944. Importa señalar que en un apéndice a su trabajo, escrito en 1951, él mismo manifestaba que este estado de cosas le parecía insatisfactorio, y volviendo sobre su artículo procuraba corregirse escribiendo: "El objeto originalmente internalizado no es un objeto que corporice el aspecto exclusivamente 'malo' e insatisfactorio del objeto externo, sino el objeto preambivalente.(...) La internalización del objeto preambivalente se explicaría, entonces, por el hecho de que resulta en alguna medida insatisfactorio, así como resulta en alguna medida satisfactorio. De acuerdo con esta premisa, el estado de ambivalencia surgiría, ante todo, en el yo no escindido original, no en relación con el objeto externo, sino con un objeto preambivalente internalizado".

Pero esto hace que el autor quede atrapado en otras contradicciones, posiblemente peores; y en todo caso, parecería que si este nuevo giro dado a su teoría fuese válido, dejaría de serlo su punto fundamental: que la libido es búsqueda de objeto. Esto podría enunciarse mediante el método de la argumentación contraria.

En su "sinopsis" (1951, pág. 163), el autor brinda una teoría del desarrollo del yo cuyo primer principio es: "El desarrollo del yo se caracteriza por un proceso según el cual se abandona un estado original de dependencia infantil basado en la identificación primaria con el objeto, en favor de un estado de dependencia adulta o madura, basado en la diferenciación del objeto respecto del self".

Dicho estado de dependencia infantil se caracteriza por la "identificación" primaria. Ahora bien, el autor ha definido la identificación primaria en una nota al pie (pág. 145) de esta manera: "Empleo aquí el término 'identificación primaria' para designarla catexia de un objeto que aún no ha sido diferenciado [la bastardilla es nuestra] de sí mismo por el sujeto que catectiza (o que sólo lo ha sido parcialmente). Este proceso difiere, por supuesto, del que habitualmente se denomina 'identificación', o sea, la tendencia, emocionalmente determinada, a tratar a un objeto diferenciado (o parcialmente diferenciado) como si no lo estuviera, cuando se lo catectiza. A este segundo proceso correspondería llamarlo 'identificación secundaria'".

Pero si el objeto no está diferenciado, no puede operar como objeto. Entonces, a lo que Fairbairn se refiere es a un bebé con necesidades pero sin ningún "mecanismo" con el cual instrumentarlas, un bebé con necesidades que no "busca" un objeto, sino que busca la distensión, una libido que busca satisfacción, una tensión instintiva que busca retornar al estado de reposo o de ausencia de excitación; lo cual lleva de vuelta a Freud.

La salida que provee la madre no forma parte de las actividades psíquicas del bebé, sino que es algo que puede (o no) serle dado. Es bien sabido que, si todo marcha bien, el bebé podrá desarrollarse hasta el punto en que sea capaz de relacionar al objeto con su necesidad, buscarlo, crearlo, coercionarlo, etcétera.

Como en muchos otros casos, aquí nos queda la impresión de que el sentido clínico e intuitivo de Fairbairn lo hace avanzar, en tanto que su teoría queda empantanada varios kilómetros atrás. La madre (de tipo esquizoide) que falla en transmitirle al bebé que lo ama como persona es, qué duda cabe, la madre incapaz de atender las necesidades individuales del bebé tal como surgen en los comienzos, estableciendo así la diferencia que hay entre proveer o no al bebé una salida, al comienzo, una y otra vez, cuando la libido busca (no un objeto sino) satisfacción.

También en este caso, Fairbairn, quien no da cabida en su teoría a la creatividad (psíquica) primaria, podría haber indicado su creencia en ésta citando su propio comentario: "Una casa es un objeto que se busca, aunque para que se lo pueda encontrar primero tiene que construirse" (pág. 141). En ningún lugar nos dice Fairbairn cómo construye el bebé el primer objeto (teórico). En su teoría, la creatividad psíquica primaria no es una propiedad humana: la experiencia psíquica del bebé se forma merced a una serie infinita de introyecciones y proyecciones. La teoría de Fairbairn concuerda en esto con la que nos dio Melanie Klein, que tampoco permite rendir tributo alguno a la idea de una creatividad psíquica primaria.

Puede decirse que en la teoría estrictamente freudiana esto no se planteaba, pues no se había alcanzado, en la labor clínica, el momento en que se plantea la cuestión de la creatividad primaria. Al analista le interesa toda la gama de la realidad y la fantasía asociadas a las relaciones interpersonales y al logro gradual de la madurez en lo tocante a los elementos instintivos presentes en estas relaciones; no obstante, no se pretende que estas cuestiones abarquen la gama completa de la experiencia humana. Parecería que sólo en fecha comparativamente reciente los analistas han comenzado a sentir la necesidad de una hipótesis que dé cabida a las áreas de experiencia infantil y de desarrollo yoico que no están asociadas básicamente con el conflicto instintivo, en las que está presente intrínsecamente un proceso psíquico como el que aquí llamamos "creatividad (psíquica) primaria". Parece lamentable que Fairbairn, quien describió tan incisivamente el carácter esquizoide, con su sentido de futilidad y de vaciedad, desaproveche en sus construcciones teóricas una hipótesis que le habría dado la clave para encontrar las raíces de ese sentido de futilidad y de vacío en la

experiencia infantil.

Diríamos que aunque en el plano personal Fairbairn evolucionó de acuerdo con su trabajo psicoanalítico, su teoría se vio afectada en forma adversa por su falta de contacto clínico con bebés y con parejas de crianza. En consecuencia, pasó por alto las enormes diferencias que existen entre las necesidades de bebés "totales" (por corta que sea su edad) que experimentan relaciones de objeto de carácter oral, y las necesidades de los bebés en el comienzo teórico, al emerger de un estado caracterizado por la identificación primaria en virtud del quehacer materno. A raíz de ello, debió desaprovechar su valioso estudio de la dependencia en la infancia. En cualquier examen del desarrollo emocional del bebé, ¿acaso no debe decidirse ante todo si el bebé se ha convertido de hecho (al ser tratado como una persona por derecho propio, con necesidades y tensiones individuales) en un ser separado, en lo que respecta a esta cuestión de la identificación primaria?

Fairbairn se encuentra casi en la misma situación de quienes hacen psicoterapia totalmente fuera de los grupos psicoanalíticos. Es dable que su obra se pierda al no integrarse dentro del cuerpo teórico general en evolución. En caso de ser esto cierto, se debilita la posición de Fairbairn cuando sostiene, en especial, que su cuerpo teórico sustituye al de Freud, al menos en ciertos aspectos importantes. Aun cuando se compartan con Fairbairn muchas de sus insatisfacciones, y puedan extraerse ideas valiosas de sus sugerencias, a la postre uno queda con la impresión de que las ideas de Freud suministraron, y aún suministran, un suelo más fértil que la teoría desarrollada de Fairbairn.

Debe prestarse atención, en particular, a tres detalles:

1. La sección sobre la identificación emocional (pág. 275), donde se correlaciona la angustia de separación con la identificación. "Tan íntima es la conexión entre la identificación y la dependencia infantil que, psicológicamente hablando, puede considerárselas como un mismo fenómeno".
2. La "rehabilitación" (pág. 292) de ciertos casos de neurosis de guerra y de perversión sexual, por oposición a su "tratamiento", idea ésta comparable a aquella otra según la cual un estudio del aspecto del manejo del procedimiento psicoanalítico en el tratamiento de los estados de regresión aguda (preparatorio de la interpretación correcta de los derivados instintivos y las fantasías inconscientes en la neurosis de transferencia) ofrece una línea de investigación fructífera para extender la aplicación de las técnicas terapéuticas psicoanalíticas.
3. La discriminación de dos tipos de omnipotencia (pág. 213), uno de los cuales "está representado en la omnipotencia de la manía y la esquizofrenia, en tanto que el segundo tipo parece característico de los estados obsesivos y paranoides". Es como si en el primer tipo hubiera una regresión, mientras que en el segundo el paciente saca a relucir la omnipotencia temprana y la pone en acción como técnica defensiva bajo el control del yo. Esto aún deja lugar para un tercer uso de la omnipotencia, que quizás sea el normal, en el cual ésta refuerza las actividades sublimatorias de rutina cargándolas de una ilusión potencial que es enriquecedora y gratificante para el yo.

Este es un libro sumamente valioso y en verdad estimulante, que presenta los frutos del trabajo de un colega durante toda su vida; como tal, merece ser difundido, y no dejará de actuar como estímulo de nuevas ideas.

[_____]

Errores

Un caso en psiquiatría infantil que ilustra la reacción tardía ante la pérdida
1965

Error: No carga fotografías ni se puede ir a la siguiente página

El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia, 1965

Error: No carga fotografías

La disociación revelada en una consulta terapéutica
1965

Error: No carga fotografías

Las psicosis y el cuidado de niños
1952

Error: No carga fotografías

La tolerancia de síntomas en pediatría
Historia de un caso
1953

Error: No carga fotografías

P S I K O L I B R O