

## CLÍNICA DEL TRAUMA EN FERENCZI Y WINNICOTT<sup>1</sup>.

Ana Lila Lejarraga  
Psicoanalista.

### RESUMEN:

La propuesta de este artículo es abordar la clínica del trauma o de la escisión en Ferenczi y Winnicott, mostrando sus acercamientos y marcando sus diferencias. En la primera parte del trabajo, estudiamos la teoría del trauma patogénico en Ferenczi, su noción de la escisión narcisista como defensa ante lo traumático y sus propuestas clínicas basadas en la elasticidad y sinceridad analíticas, en la confianza y en la regresión al niño. En la segunda parte, abordamos la teoría del trauma en Winnicott, su noción de agonías impensables, la escisión patológica entre verdadero y falso self y sus propuestas clínicas basadas en la confiabilidad analítica y en la regresión a la dependencia. Finalmente, realizamos un estudio comparativo entre las dos perspectivas, apuntando a las convergencias más significativas, sin, son obstatante, dejar de indicar sus divergencias.

**Palabras clave:** Ferenczi, Winnicott, trauma, regresión, confiabilidad.

### RESUMO:

A proposta deste artigo é abordar a clínica do trauma ou da cisão em Ferenczi e Winnicott, mostrando suas aproximações e marcando suas diferenças. Na primeira parte do trabalho, estudamos a teoria do trauma patogênico em Ferenczi, sua noção da clivagem narcísica como defesa diante do traumático e suas propostas clínicas baseadas na elasticidade e sinceridade analíticas, na confiança e na regressão ao infantil. Na segunda parte, abordamos a teoria do trauma em Winnicott, sua noção de agonias impensáveis, a cisão patológica entre verdadeiro e falso si-mesmo, e suas propostas clínicas baseadas na confiabilidade analítica e na regressão à dependência. Finalmente, realizamos um estudo comparativo entre as duas perspectivas, apontando as convergências mais significativas, sem, no entanto, deixar de indicar suas divergências.

**Palavras-chave:** Ferenczi, Winnicott, trauma, regressão, confiabilidade.

### ABSTRACT:

This paper's motion is to approach the clinic of trauma or of splitting in Ferenczi and Winnicott, pointing to their similarities and differences. In the first part we study the theory of pathogenic trauma in Ferenczi, his notion of narcissistic splitting as a defense in face of the traumatic, as well as his clinical propositions grounded on analytic elasticity and sincerity, on trust and regression to the infantile. In the second part we approach the trauma theory in Winnicott, his notion of unthinkable agonies, the pathological splitting between true and false self, and his clinical propositions grounded on analytic trustfulness and regression to dependence. Finally, we outline a comparative study of both perspectives, pointing to their most meaningful convergences, though not skipping to indicate their divergences.

**Key-words:** Ferenczi, Winnicott, trauma, regression, trustfulness.

El propósito de este trabajo es abordar la clínica del trauma en Ferenczi y Winnicott, mostrando sus acercamientos y marcando sus diferencias. La expresión “clínica del trauma”, que podría ser sustituida por “clínica de la escisión” o “clínica de las patologías severas”, es utilizada con el propósito de tener un denominador común para hacer la comparación entre esas teorizaciones. En ese sentido, privilegiaremos aspectos y cuestiones relacionadas con ese tema que permitan la aproximación del pensamiento de estos dos autores, sin pretender hacer una comparación exhaustiva del conjunto de sus ideas.

Acompañando las propuestas clínicas de Ferenczi y Winnicott para el trabajo terapéutico con pacientes graves -*borderline* y *psicosis*- y las reflexiones de estos dos autores sobre los traumas que subyacen a esas patologías, encontramos varias convergencias en sus puntos de vista. Las más significativas fueron, por un lado, la descripción de las características de la escisión patológica como defensa ante el trauma y, por otro, el abordaje clínico propuesto, basado en la confiabilidad del analista y en la regresión.

Esas aproximaciones, a pesar de sus diferencias, nos llevan a pensar que ambos autores participan de un mismo linaje teórico-clínico, ya que parten de preocupaciones clínicas similares y desarrollan algunas respuestas teóricas y técnicas semejantes para esos problemas. Sin embargo, no es de nuestro interés abordar cuestiones históricas en relación al conocimiento directo o indirecto (a través de los Balint) que Winnicott podría tener de la obra de Ferenczi, fallecido en 1933 y poco traducido hasta la década de 1970.

Nuestro objetivo es hacer un estudio comparativo entre las dos perspectivas, tomando como eje las teorizaciones de esos autores sobre los efectos devastadores del trauma patogénico, en íntima conexión con sus propuestas clínicas.

### **Ferenczi y sus innovaciones clínicas**

Preocupado por la resistencia de ciertos pacientes graves y con el estancamiento de sus análisis, Ferenczi cuestiona, a partir de 1919, los límites de la palabra en la técnica analítica clásica. En cuanto a los pequeños gestos y a las posturas corporales de los pacientes, él propone inhibir ciertos actos y estimular otros -la técnica activa (Ferenczi, 1919/1988)- como una vía para romper el estancamiento analítico y favorecer la emergencia de nuevas asociaciones. La técnica activa consiste en mandatos y prohibiciones de determinados actos, impuestas por el analista al paciente, en la dirección contraria al principio de placer. El objetivo es aumentar la tensión y provocar una nueva distribución de la energía libidinal, lo que abriría el camino hacia el material reprimido. El supuesto de esta técnica es la resistencia y el confort de los pacientes, que se acomodan en el amor transferencial y dejan de asociar libremente.

En pocos años, Ferenczi percibe los límites y contraindicaciones de la técnica activa, su carácter autoritario y su fracaso. Esto le lleva a pensar en el lugar ocupado por el analista en la cura, cambiando su foco de reflexión de la resistencia del analizando a la del analista. En 1928, aborda así el problema del confort del analista, su narcisismo y su hipocresía de utilizar el dispositivo analítico como defensa, sin preocuparse por el sufrimiento y la curación de los pacientes. Propone la necesidad de un riguroso control del narcisismo analítico y la importancia del “tacto” del analista. El tacto analítico es definido como un “sentir con” (Ferenczi, 1928/1992, 303), es decir, como la capacidad empática del analista. Ferenczi cuestiona la postura analítica autoritaria y distante, sugiriendo la elasticidad: el analista debe “como un elástico, ceder a las tendencias del paciente” (Ferenczi, 1928/1992, p. 307).

Con base en esta nueva postura analítica -el tacto y la elasticidad-, Ferenczi desarrolla el principio de relajación y neocatarsis. Se trata de oponer, a la inevitable frustración generada por el dispositivo analítico, un principio de *laissez-faire* o una “voluntad” (1930/1992, págs. 59), posibilitando al paciente una mayor relajación y una entrega más completa a las asociaciones libres. Para sorpresa y desconcierto del propio Ferenczi, con esa actitud analítica más elástica, comenzaron a emerger espontáneamente manifestaciones histéricas corporales, intensas explosiones emocionales, voces infantiles y verdaderos estados de trance. Estas inéditas manifestaciones catárticas expresaban vivencias traumáticas de la infancia, sensaciones de una agonía psíquica y física que no podrían ser evocadas verbalmente. Así, la nueva propuesta clínica -el principio de la relajación- condujo a Ferenczi a construir su teoría del trauma patogénico, restableciendo la

importancia del factor externo, real, en la comprensión de las patologías severas.

Aunque en la concepción de Ferenczi la importancia del trauma (más precisamente, de las catástrofes traumáticas) siempre fue un aspecto central de sus teorizaciones - ya que la constitución psíquica se realiza por acontecimientos traumáticos catastróficos, produciendo brechas psíquicas y la interminable repetición de las marcas traumáticas<sup>2</sup>- él desarrolla su famosa teoría del trauma desestructurante en los últimos años de su vida, desde 1930 hasta 1933.

### **El trauma patógeno**

El trauma se origina de un abuso, generalmente sexual<sup>3</sup>, por parte de un adulto que se deja llevar por su lenguaje de la pasión sobre un niño que está en el lenguaje de la ternura. La violencia del adulto es imprevisible e incomprensible para el niño, que reacciona con un miedo intenso ante la abrumadora autoridad del adulto. Esto genera una confusión de lenguas, porque la sexualidad infantil es lúdica, desconociendo la ambivalencia de la “lucha de los sexos” y el “sentido de aniquilamiento del orgasmo” (Ferenczi, 1933/1992, p. 106), mientras que la pasión adulta está impregnada de culpa y de odio, buscando la cópula y el orgasmo.

Sin embargo, entendemos que la noción de “confusión de lenguas” sobrepasa su sentido literal de ser un choque entre el erotismo violento y pasional del adulto y el erotismo tierno y lúdico del niño. Es una confusión, desde el punto de vista del niño, entre lo que ella espera y precisa del adulto y la sorpresa por lo imprevisto. El niño ya no puede tener seguridad y confianza en el adulto, porque éste no respeta sus necesidades infantiles de ternura<sup>4</sup>. Ferenczi afirma que “el prototipo de toda confusión es estar” perdido “en cuanto a la confiabilidad de una persona o de una situación. El estar perdido es: haber sido engañado; alguien, por su actitud o sus palabras, hizo “centellear una cierta relación afectiva” (1985/1990, p.88). La confusión, de ese modo, alude a un desencuentro entre la confianza que el niño deposita en el adulto como proveedor de cuidados y ternura y la actitud del adulto violento e insensible que no respeta las necesidades del niño<sup>5</sup>.

Sin embargo, no es el acto violento practicado por el adulto, por sí solo, lo que hace el trauma patógeno, sino la desmentida, o sea, la imposibilidad del niño de dar un sentido a lo ocurrido. Cuando en el intento de comprender lo que hubo, busca otro adulto y la respuesta es el silencio, la negación del abuso o la desautorización de las impresiones infantiles, el niño no puede, con sus precarios recursos psíquicos, construir una significación para la experiencia vivida. Sin la ayuda de un tercero que pueda reconocer el sufrimiento y la perplejidad infantil, que pueda mediar para que lo ocurrido tenga algún sentido y sea metabolizado psíquicamente, el niño queda abandonado a sus propias fuerzas.

La reacción inmediata al trauma es una conmoción psíquica que Ferenczi describe como una “agonía psíquica y física que acarrea un dolor incomprensible e insoportable” (1931/1992, p. 79). El dolor es tan extremo que el niño necesita distanciarse de sí mismo, alejarse de su psiquismo y de su cuerpo. Las descripciones de Ferenczi en relación a la conmoción psíquica aluden siempre al terror, a la catástrofe, a la muerte. Veamos sus palabras: “Un niño es alcanzado por una agresión inevitable; en el sentido de que el “sacrificio total de sí mismo (desmayo) significa la muerte” (1985/1990, p. 73). El desastre causado por la conmoción es tan superlativo que no puede ser superado, exigiendo una válvula de escape: “Tal posibilidad es ofrecida por la autodestrucción, la cual, como factor que libera de la angustia, será preferida al sufrimiento mudo” (Ferenczi, 1932/1992, p. 111). Nace, así, la desorientación psíquica que destruye la conciencia, y ayuda a soportar el dolor moral.

Ferenczi considera que el “choque” es equivalente a la aniquilación del sentimiento de sí, de la capacidad de resistir, de actuar y pensar con vistas a la defensa del Sí mismo (*self*)” (1932/1992, p. 109). Según él, la misma palabra *Erschütterung* -conmoción psíquica- deriva de *Schutz*, que significa “restos” o “destrozos” y “engloba el desmoronamiento, la pérdida de la forma propia y la aceptación fácil y sin resistencia de una forma otorgada, ‘a la manera de un saco de harina’” (1932/1992, p. 109).

Es importante resaltar que el displacer provocado por la conmoción traumática es tan excesivo que está más allá de lo representado. En las palabras de Ferenczi: “Un gran dolor tiene, en ese sentido, un efecto anestésico; un dolor sin contenido de representación e inalcanzable por la conciencia” (1985/1990,

p. 66). No se trata simplemente de displacer, sino de dolor, de un “gran dolor” que no puede inscribirse en el inconsciente ni ser reprimido. Como dice Ferenczi: “[una de las consecuencias de la conmoción es] que ningún rasgo mnémico subsistirá de esas impresiones, incluso en el inconsciente, de suerte que los orígenes de la conmoción son inaccesibles por la memoria” (1932/1992, p. 113). Del trauma sólo quedarán, así, marcas corporales, excluidas del sistema de la memoria, que reaparecen en la escena analítica como manifestaciones neocatárticas o símbolos mnésicos corporales.

Ante el dolor insoportable o estado de casi muerte producido por el choque traumático, el niño se ve obligado a “someterse a la voluntad del agresor, a adivinar el menor de sus deseos, a obedecer, olvidándose completamente de sí, y obligándose a sí mismo a “identificarse totalmente con el agresor” (Ferenczi, 1933/1992, p. 102). La identificación con el agresor es una estrategia de supervivencia: cómo no puede “romper” con el agresor -adulto idealizado del cual depende- el niño renuncia a sus impresiones, rompiendo con una parte de sí. Ferenczi dice que, ante el extremo sufrimiento, dado que el niño es incapaz de reaccionar aloplásticamente, la única salida es tener una reacción autoplástica. Esta modificación de sí consiste en incorporar dentro de sí al agresor, identificándose con su culpa, lo que hace al niño “al mismo tiempo, inocente y culpable” (1933/1992, p. 102).

Un curioso proceso acompaña la identificación con el agresor: un desarrollo súbito en el niño de facultades emocionales e intelectuales de un adulto maduro. Este proceso de maduración deformado y precoz -la progresión traumática- hace al niño un “bebé sabio” (Ferenczi, 1933/1992, p. 104), que cuida de sí y de los demás, al precio de renunciar a su yo infantil y tierno.

Ante el terror ocasionado por el trauma, el niño se ve obligada a echar mano de una defensa más radical que la represión, nombrada por Ferenczi de “autoescisión narcisística” (1931/1992, p. 77). La identificación con el agresor es una parte indisociable de esa división, ya que mientras un fragmento yoico es ocupado violentamente por el agresor, haciéndose culpable y artificialmente maduro, el otro fragmento yoico queda oculto o destruido.

A pesar del extremo sufrimiento y de la experiencia de casi muerte vivida por el niño, las “fuerzas órficas”<sup>6</sup> intentan desesperadamente la supervivencia, aunque al costo de la autodestrucción de una parte de sí y de la creación de una especie de psique artificial (Ferenczi, 1985) (1990), que pueda cuidar de los restos. La escisión se compone de una “parte sensible, brutalmente destruida, y otra que, en cierto modo, lo sabe todo pero nada siente” (1931/1992, p. 77).

La escisión descrita por Ferenczi resulta en una radical transformación del yo infantil, y “esa neoformación del yo es imposible sin una previa destrucción parcial o total, o sin disolución del yo precedente” (1985/1990, p. 27). No se trata, simplemente, de una escisión de dos fragmentos yoicos que pierden la cohesión anterior, sino de una total mutación en que las dos partes del yo son totalmente modificadas. El niño que fue violado en su necesidad infantil de ternura sacrifica, por un lado, una parte de sí, autodestruyéndola para poder sobrevivir. Ella aniquila, por la brecha, el propio sentimiento de sí, su espontaneidad<sup>7</sup>. Por otro lado, la parte que sobrevive es invadida por el sentimiento de culpa del agresor, haciéndolo sabio y maduro. Este fragmento yoico madura artificialmente porque, como un “saco de harina”, acepta fácilmente la forma impuesta del exterior. Como dice Ferenczi: “En lugar de afirmarme, es el mundo exterior (una voluntad extraña) que se afirma a costa mía, [...]” (1985/1990, p. 150). Así, ese fragmento se transforma radicalmente en otro y, maleable y obediente, ayuda al niño a retornar al equilibrio perdido por la conmoción traumática

Vemos que los fragmentos yoicos, aunque escindidos y alejados, guardan una relación entre sí, ya que la parte madura se convierte en un “bebé sabio” que cuida a la otra parte, infantil y sensible. Ferenczi utiliza también la expresión “ángel de la guarda” (1985/1990, p. 40) para referirse a la función protectora del fragmento yoico culpable y sabio. No deja de ser paradójico que la defensa actúe destruyendo una parte de sí para después proteger los restos de esa casi muerte. Estos destrozos aplastados del lenguaje de la ternura tienden a regresar cuando encuentran un ambiente acogedor y benévolo, es decir, un analista que no sea hipócrita, capaz de escuchar las voces infantiles y las manifestaciones corporales de ese dolor inconmensurable que no pudo ser integrado.

## **La clínica del trauma en Ferenczi: confianza y regresión a la infancia.**

Ferenczi percibe que cuando el analista es insincero, se reproduce, en el espacio analítico, el ambiente hipócrita infantil. Sólo estableciendo un contraste entre la situación analítica actual y el pasado infantil traumatogénico, es posible llegar a los restos del yo infantil, casi muerto, reviviendo el dolor del trauma. El analista, provisto de infinita paciencia, tacto y comprensión, debe ir “lo más posible al encuentro del paciente” (Ferenczi, 1931/1992, p. 74). En función de ello, pierden valor las interpretaciones de la técnica clásica, ya que el paciente es, afectivamente, “como un niño que ya no es más sensible al raciocinio, sino como máximo a la benevolencia materna” (1933/1992, p. 101). Sin embargo, esa benevolencia, para despertar la confianza en el paciente, debe ser sincera. Ferenczi enfatiza la necesidad de que el analista sea sincero y no hipócrita, porque los pacientes que se enfrentan al pasado infantil perciben, de una forma particularmente lúcida, las emociones del analista.

Así, preocupado por la contratransferencia hostil, que se convierte en un obstáculo a la confianza del paciente, Ferenczi desarrolla lo que sería su última propuesta clínica: el análisis mutuo. En el “Diario clínico”, escrito un año antes de su muerte, en 1932, Ferenczi narra sus audaces experiencias del análisis mutuo, llevando al extremo la total sinceridad del analista. Él confiesa su vida íntima a los pacientes, exponiéndose sin retroceder ante los riesgos, con el propósito de que esa experiencia clínica pueda funcionar como “un antídoto inconscientemente buscado contra las mentiras hipnóticas del tiempo de la infancia” (1985/1990, p. 71). A lo largo del “Diario Clínico”, Ferenczi reflexiona sobre las limitaciones del análisis mutuo, haciendo la salvedad de que ese análisis sólo debe suceder de acuerdo con las necesidades de los pacientes. El análisis mutuo presenta problemas y fracasos, que el propio Ferenczi reconoce honestamente, aunque no sabemos cuál habría sido su evaluación final de ese intento y si había renunciado a ello.

Ferenczi valoriza la confesión del analista, ya que, mostrándose falible y humano, gana con más facilidad la confianza del paciente. Dice Ferenczi:

Más la capacidad de admitir nuestros errores y de renunciar a ellos, la autorización de sus críticas, nos hacen ganar la confianza del paciente. *Esta confianza es aquella que establece el contraste entre el presente y un pasado insoportable y traumatogénico.* (1933/1992, p. 100, cursiva en el original)

Ferenczi percibe que los errores del analista son inevitables y que reproducen las fallas maternas del pasado:

se conduzca él (el analista) como quiera, lleve lo más lejos que pueda la bondad y la relajación, llegará el momento en que debe reproducir por sus manos el crimen perpetrado otrora contra el paciente. Sin embargo, a diferencia del crimen original, él no tiene ahora la potestad de negar su falta; la falla analítica consiste en que el médico no puede ofrecer todos los cuidados, toda la bondad y abnegación materna, y vuelve a exponer así, con su limitación para ayudar, a las personas que trata al mismo peligro que ellos en el pasado enfrentaron con gran sufrimiento y dificultad. (1985/1990, p. 87)

Retomando la cuestión de la confianza, vemos que esta es una de las nociones clave de la clínica del trauma. Todos los esfuerzos de Ferenczi fueron en el sentido de promover una postura analítica más auténtica y sincera, con el objetivo de reducir la distancia entre el analista y el analizando, y de propiciar en el paciente la confianza en el analista. La ausencia o la pérdida de confianza impide la curación, porque reproduce la violencia del adulto agresor, ya que la confusión de lenguas, como vimos, consiste esencialmente en una confusión con relación a la confiabilidad en un adulto.

La otra noción clave de la propuesta clínica ferencziana es la regresión a lo infantil. Dice Ferenczi: “Hablamos mucho en análisis de regresión a la infancia, pero es evidente que ni nosotros mismos creemos hasta qué punto tenemos razón” (1933/1992, p. 100). El trauma no puede ser rememorado porque ningún rasgo mnémico subsistió, ni siquiera en el inconsciente. En las palabras de Ferenczi:

No se justifica exigir del análisis la rememoración consciente de algo que nunca fue consciente. Sólo es posible revivir algo, con una objetivación a posteriori, por primera vez, en el análisis. Revivir el trauma e interpretarlo (comprenderlo) -en lugar del ‘recalculamiento’ puramente subjetivo- es, por lo tanto, la doble tarea del análisis. (1934/1992, p. 268)

Ferenczi considera que esta regresión a la infancia, a los momentos traumáticos y hasta a épocas pretraumáticas es la única vía de liquidación de lo traumático. Las manifestaciones neocatárticas, en que se reproducen las sensaciones psíquicas y corporales de la conmoción traumática, surgen espontáneamente aspirando a una resolución. La reproducción del trauma no es un retorno al pasado, sino una “realidad existente en el presente” (1985/1990, p. 57), ya que, repitiendo el propio traumatismo en condiciones favorables es posible “llevarlo, *por primera vez*, a la percepción y a la descarga motora” (1932/1992, p. 113, cursivas en el original). Ferenczi enfatiza la necesidad de sentir en el presente el dolor y la soledad traumáticos, que provocaron la fragmentación yoica. En sus palabras:

Sólo cuando la confianza fue conquistada, y esa auto-asistencia, esa auto-observación, ese control de sí mismo (todo ello enemigo de la asociación libre) abandonados, es que los estados de otrora, experimentados desde la soledad más completa después del trauma, pueden ser profundamente sentidos. (1985/1990, p. 240).

La regresión a la infancia constituye una “repetición modificada” (1985/1990, p. 146), en la cual los aspectos infantiles del paciente -el niño herido, casi muerto- pueden emerger, siendo revividas las sensaciones insoportables de miedo y dolor, y ello propiciaría el trabajo de rememoración del trauma y su posterior liquidación.

Ferenczi enfatiza la regresión terapéutica, que debe ser favorecida por una postura analítica elástica y sensible, y valora cada vez más la importancia de la simpatía y la comprensión del analista como agentes de la curación, en la tarea de reunir los fragmentos yoicos escindidos. Él afirma: “Una reconstrucción puramente intelectual por parte del analista no parece suficiente para esa tarea. El paciente debe sentir que el analista comparte con él, el dolor y que también hace de buena voluntad sacrificios para apaciguarla” (1985/1990, p. 161).

Lo terapéutico reside, pues por un lado, en un elemento inédito: el dolor del trauma -el niño herido- puede ser, “por primera vez”, revivido y sentido por el individuo, lo que tiende a reunir los pedazos clivados en él. Por otro lado, esa vivencia sólo se vuelve terapéutica si es compartida con un analista “simpático” y comprensivo. En ese sentido, Ferenczi llega a afirmar, en las últimas notas de su “Diario Clínico”, que “sin simpatía, no hay cura” (1985/1990, p. 248). La comprensión analítica, pariente cercano del “sentir con”, es definida como identificación. Dice Ferenczi: “*Comprensión* es precisamente *identificación*. No se puede realmente comprender sin identificarse con el sujeto (1985/1990, p.29, cursivas en el original)<sup>8</sup>.”

### **Winnicott y su enfoque clínico.**

El enfoque clínico de Winnicott, pediatra y psicoanalista de casos graves -psicosis y *borderline*- está íntimamente vinculado con su teoría del proceso de maduración. Su concepción de la situación analítica y de la tarea del analista deriva directamente de las relaciones iniciales madre-bebé, ya que, en su visión, “el contexto (*setting*) reproduce las técnicas de maternidad de la primera infancia y de las etapas iniciales” (1955d/2000, p. 384).

Según Winnicott, Freud intuía esto, quizás inconscientemente, recreando en su consultorio condiciones de confort, comodidad y previsibilidad del analista, similares a los cuidados ambientales iniciales. Así, parecía obvio para Freud, que trabajaba con personas totales -neuróticas- que el análisis se desarrollara con base en las asociaciones libres de los pacientes y en el trabajo interpretativo del analista, considerando el *setting* como el telón de fondo del proceso. Sin embargo, con pacientes *borderline* y psicóticos, que tuvieron que

reaccionar a fallas ambientales severas, sufriendo rupturas traumáticas, el *setting* analítico, que reproduce el ambiente inicial, deja de funcionar como telón de fondo y pasa a ser el eje del trabajo terapéutico. En las palabras de Winnicott: “En el trabajo que estoy describiendo, el contexto (*setting*) se vuelve más importante que la interpretación. El énfasis se transfiere de un aspecto a otro” (1956a / 2000, p. 395).

En 1954, en el texto “Aspectos clínicos y metapsicológicos de la regresión en el contexto psicoanalítico”, Winnicott discurre sobre el manejo del *setting* con pacientes para los cuales la regresión se vuelve necesaria. Se trata de:

todos aquellos pacientes cuyo análisis deberá lidiar con las etapas iniciales del desarrollo emocional, remota e inmediatamente anterior a la adquisición del *estatus* de unidad en términos de espacio-tiempo. La estructura personal no está todavía sólidamente integrada. En cuanto a este tercer grupo, el énfasis recae más frecuentemente sobre el manejo, y a veces pasan largos períodos en que el trabajo analítico normal debe dejarse de lado, y el manejo ocupará la totalidad del espacio. (Winnicott, 1955d / 2000, p. 375)

Esos pacientes graves, que necesitan regresar a la situación del fracaso ambiental para que la curación sea posible, son individuos que sufrieron rupturas en la continuidad de la vida -traumas-, tuvieron vivencias significativas de agonías impensables y se defendieron con mecanismos de escisión, especialmente la escisión patológica entre el verdadero y falso self.

### **Trauma, agonías impensables y falso self patológico**

Las nociones de Winnicott sobre trauma, agonías impensables y falso self son indisociables de su teoría del desarrollo emocional. Esta teoría se fundamenta en las relaciones de dependencia entre un individuo que tiene una tendencia innata para la maduración y un medio ambiente facilitador. El bebé va a desarrollar sus potencialidades innatas para integrarse en el tiempo y en el espacio, para personalizarse -alojar la psique en el cuerpo- y para establecer un contacto con la realidad, si el ambiente es favorable. Si el cuidado materno es suficientemente bueno, el bebé realiza las tareas básicas de las etapas iniciales del desarrollo, estableciendo una “continuidad de ser” (Winnicott, 1960c/1990, p. 53).

El centro de gravedad del ser, sin embargo, no está situado en el bebé y sí en la estructura madre-bebé como un todo. Inicialmente el bebé existe fundido a la madre, y esa fusión significa que madre y bebé son uno solo; que el bebé no diferencia yo y no-yo y que cuando mira al rostro de la madre, él se ve a sí mismo. El bebé, en su omnipotencia alimentada por la devoción materna, cree crear el seno de la madre -porque la madre ofrece el seno a la hora en que él lo alucina- teniendo repetidas veces la experiencia de ilusión de ser el creador de una realidad que desconoce como externa. Al mismo tiempo, se constituye la experiencia de la “mutualidad” (cf Winnicott, 1970b / 1994), una forma de comunicación pre-verbal, afectiva y silenciosa, basada en la confianza del bebé en el ambiente, correlativa de la fiabilidad del *holding* materno. Este estado de fusión inicial permite al bebé “ser”, pues “establece lo que tal vez sea la más simple de todas las experiencias, la experiencia de ser” (Winnicott, 1971g/1975, p. 114).

Esta experiencia de ser es una identidad incipiente y constituye la base del sentimiento de sí mismo. El self es indisociable de la idea de impulso o gesto espontáneo, que se opone a la idea de reacción a la intrusión, remitiendo a las dos modalidades básicas de contacto entre el individuo y el ambiente: espontaneidad y reactividad<sup>9</sup>. Cuando el ambiente-madre se adapta a las necesidades del bebé, el contacto con el ambiente se da por el gesto espontáneo del bebé y él puede seguir siendo, formando y fortaleciendo el sentimiento del sí mismo. Cuando el ambiente falla en la adaptación al bebé, éste tiene que adaptarse al ambiente, reaccionando a la intrusión, lo que implica una pérdida de espontaneidad y una ruptura en su continuidad de ser.

Para Winnicott, el trauma es esa ruptura en la continuidad del ser, provocada por fallas del ambiente. En sus palabras:

El trauma implica que el bebé experimentó una ruptura en la continuidad de la vida, de modo que las defensas primitivas ahora se organizaron contra la repetición de la ansiedad impensable o contra el retorno del agudo estado confusional propio de la desintegración de la estructura naciente del Yo. (1967b / 1975, p. 135)

De este modo, el trauma no es tanto la intrusión del ambiente en sí mismo, sino la reacción del bebé a esa intrusión, que rompe su continuidad de ser. Esta ruptura es vivida por el bebé como “agonía impensable”<sup>10</sup>, o sea, una agonía que no puede ser pensada, ni representada, ni integrada.

Como el sentimiento del sí mismo es muy precario en estas etapas iniciales del desarrollo, la ruptura en la continuidad de ser es vivida como amenaza de aniquilamiento. Como dice Winnicott: “La alternativa a ser es reaccionar, y reaccionar interrumpe el ser y lo aniquila. “Ser y aniquilamiento son las dos alternativas” (1960c / 1990, p. 47). Las agonías impensables son, pues, angustias psicóticas que se refieren al ser: la amenaza no es, como en la angustia de la castración, la pérdida de la omnipotencia narcisista, sino el aniquilamiento del ser, ya que el bebé interrumpe su venir a ser<sup>11</sup> cuando reacciona. Winnicott lista estas agonías impensables en su famoso ensayo El miedo al colapso: retorno a un estado no integrado, caer para siempre, pérdida de la connivencia psicósomática, pérdida del sentido de lo real, pérdida de la capacidad para relacionarse con objetos y, apuntando a otras posibles agonías primitivas -y dice. “y así sucesivamente” (1974/1994, p. 72). El colapso se refiere al “impensable estado de cosas subyacente a la organización defensiva” (1974/1994, p. 71).

Vemos que, en la teorización winnicottiana, “agonías impensables”, “colapso” y “trauma” son términos próximos y parcialmente sustituibles, aunque cada uno de ellos enfatiza diferentes aspectos de un mismo fenómeno. Veamos: la expresión “agonías impensables” enfatiza la radical sensación de muerte psíquica que ni siquiera puede ser pensada porque sucede en una época pre-verbal y pre-psíquica; el término “colapso” alude a la ruptura del sí mismo unitario y a la interrupción de todos los procesos básicos de la maduración; y el término “trauma” se refiere también a la ruptura de la continuidad de ser, enfatizando, sin embargo, el desencuentro entre el ambiente y el individuo.

Aunque la noción de trauma en Winnicott remite siempre a un factor externo -la falta ambiental-, eso no significa que ese factor sea una falla grosera observable o una violencia ruidosa. La falla ambiental puede ser extremadamente sutil; por ejemplo, una madre deprimida que, cuando mira a su bebé, no puede reflejar su identificación con él -ser el espejo-, sino sólo su humor depresivo, impidiendo al bebé una experiencia de ser a través de la función especular e interrumpiendo su devenir-ser. El trauma, así, no presupone una falla brutal, aunque ésta también puede ocurrir, pero implica necesariamente una sucesión de fallas que se repiten, estableciendo un patrón de fallas del ambiente en adaptarse a las necesidades psíquicas del bebé. De este modo, el trauma suele ser, al menos en los momentos iniciales, sutil y silencioso, ya que consiste con más frecuencia en lo que no sucedió, “cuando algo podría (y debería) provechosamente haber ocurrido” (Winnicott, 1974/1994, p. 75).

Las fallas ambientales traumáticas, como vimos, afectan al bebé en su corazón: rompen su continuidad de ser y suscita las agonías impensables. Estas agonías amenazan con el aniquilamiento de su ser y llevan a la organización de las defensas más primitivas. En ese sentido, Winnicott dice que la enfermedad psicótica no es el colapso, sino la organización defensiva relacionada con las agonías impensables. La única salida del bebé para enfrentar el dolor de las agonías impensables y evitar el aniquilamiento es la defensa primaria más básica: la escisión (cf Winnicott, 1970b/1994, p. 201).

Si bien existen muchas defensas primitivas (invulnerabilidad, desintegración, despersonalización, etc.), la escisión es una especie de denominador común de todas ellas, participando en cualquier organización defensiva compleja. La escisión -o *splitting* o clivaje- aísla al self, separándolo del resto del ser, para que no vuelva a ser herido.

La escisión por excelencia en la teoría winnicottiana es entre el falso y el verdadero self. Se trata de la escisión más amplia, en la que todos los seres humanos están incluidos en diversos grados, ya que el falso

self, en su función de protección del sentimiento de sí mismo, es necesario en la salud. Por otro lado, la escisión patológica entre falso y verdadero self es uno de los rasgos predominantes de los casos fronterizos (cf. Días, 1998, p. 324).

El falso self patológico tiene como función ocultar el verdadero sí mismo, para evitar su aniquilamiento. Como la madre falla en complementar la omnipotencia del bebé y en responder al gesto espontáneo de él, el bebé sobrevive falsamente, ocultando su incipiente sí mismo y sometiéndose a las exigencias del ambiente. En casos extremos, el sentimiento del sí mismo “queda tan bien oculto que la espontaneidad no es un aspecto de las experiencias vividas por el lactante” (Winnicott, 1965m/1990, p. 134). La sumisión se convierte en la característica principal del falso self, haciendo de la imitación su especialidad. La escisión hace que una parte del sí mismo se desarrolle artificialmente, sobre adaptándose a las exigencias de la realidad en detrimento de la otra parte del sí mismo que se esconde y se empobrece. El falso self, debido a que se desarrolla reactivamente, sacrificando el sentimiento del sí mismo -la espontaneidad y la originalidad creativa-, genera en el individuo sentimientos de inutilidad e inautenticidad. En ciertos casos más graves, los impulsos y la espontaneidad quedan tan confinados e inaccesibles por la escisión, que el individuo pierde contacto con éstos, resultando en una sensación de vacío e irrealdad. Cuando el falso self se implanta como real, el individuo pierde la comunicación con su verdadero self y, por lo tanto, el fundamento para sentirse real, empobreciendo también la vida cultural y la capacidad simbólica (cf. Winnicott, 1965m/1990, p. 137).

### **Holding, confiabilidad y regresión a la dependencia.**

La tarea analítica con estos pacientes graves, traumatizados, consiste, ante todo, en proporcionar un *setting* que proporcione confianza, que ofrezca, como una madre suficientemente buena, un ambiente de *holding* para el paciente/bebé. El *holding* es la definición más amplia de los cuidados ambientales iniciales y se refiere a la tarea materna de sostener, física y psíquicamente, un bebé en estado de extrema dependencia (cf. Winnicott, 1955d / 2000 y 1960c / 1990). El *holding*, materno o analítico, consiste en cuidados continuos, previsibles y monótonos, suficientemente buenos, pero no perfectos, que posibilitan al bebé/paciente realizar -o reanudar- el proceso de maduración, desarrollando el sentimiento del sí mismo y una identidad personal. De la misma forma que el *holding* materno, el *holding* analítico depende particularmente de la sensibilidad del analista en adaptarse a las necesidades del paciente, porque es capaz de identificarse con él. El analista confiable es aquel que tiene capacidad de ofrecer un ambiente de *holding*; que es capaz de sobrevivir a los ataques del paciente, sin represalias; que no invade al paciente y que se adapta a sus necesidades, por más regresivas que sean<sup>12</sup>.

La confiabilidad del analista, que remite a la confiabilidad del ambiente primario, es una base indispensable para el trabajo terapéutico con estos pacientes regresivos<sup>13</sup>. El manejo del *setting* busca el restablecimiento de la confianza en el ambiente, porque sólo sobre la base de una sólida base de confiabilidad el paciente puede enfrentar los riesgos de retroceder a la situación de fracaso ambiental, haciéndose indefenso, vulnerable y dependiente del analista.

La confiabilidad del *setting* es, así, la condición de la regresión. Sin embargo, como el analista es suficientemente bueno, pero humano y no perfecto, su torpeza y sus limitaciones -las fallas- para atender de forma incondicional a las necesidades egoístas del paciente llevarán al paciente a revivir, a través de esas fallas, los fracasos ambientales de otrora. Como dice Winnicott, “*el paciente utiliza las fallas del analista*. Siempre ocurren fallas, ya que no hay realmente ningún intento de proporcionar una adaptación perfecta” (1956a/2000, p. 397; cursivas en el original). De hecho, cualquier intervención o gesto del analista que revele su existencia como una persona separada o que se aparten del área de omnipotencia del paciente/bebé, serán vividos por el analizando como una falla. En el presente de la situación analítica, el paciente puede reaccionar a esas fallas, que en el pasado provocaron rupturas, sintiendo rabia por primera vez. Y esos sentimientos de rabia, o de odio, permiten al paciente tener afectos dirigidos hacia algo concreto en lugar de las sensaciones difusas de aniquilamiento o de vacío. El paciente “usa las fallas” porque, percibiendo como exteriores y reaccionando, puede sentir rabia e ira por la falla originaria, experimentar frustraciones y decepciones, procesar los fracasos ambientales traumáticos y reanudar su proceso de maduración

interrumpido. La tarea analítica consiste fundamentalmente, en esos momentos regresivos, en sobrevivir y no representar los ataques del paciente. El paciente se va a decepcionar con el analista, maltratarlo e ignorarlo, y la función del analista será sobrevivir y tolerar esa crueldad, comprendiendo al paciente, porque entiende el sentido de esa rabia y del movimiento regresivo.

La regresión a la dependencia trae inconscientemente -o hasta de forma consciente- la expectativa de una nueva oportunidad. En las palabras de Winnicott:

La regresión representa la esperanza del individuo psicótico de que ciertos aspectos del ambiente que fallaron originalmente pueden ser revividos, con el ambiente esta vez teniendo éxito en lugar de fallar en su función de favorecer la tendencia heredada del individuo a desarrollarse y madurar. (1965h/1990, p. 117)

En el pasado, ante el fracaso ambiental, el individuo se defendió, con un movimiento sano, congelando la situación de la falla (cf. Winnicott, 1955d/2000). Esta congelación tendría un parentesco, para Winnicott, con los puntos de fijación freudianos, consistentes en una especie de “suspensión” de la situación ambiental, a la espera de mejores condiciones para ser revivida. La metáfora de la congelación apunta, por un lado, al sentido de “preservar”, de evitar la modificación o el desgaste de algo, dejándolo fuera de la acción del tiempo y, por otro lado, alude al sentido de “reservar”, es decir, esperar, en un compás de espera, hasta encontrar mejores condiciones de utilización.

Los individuos traumatizados, escindidos en un falso self protector y un “verdadero” si-mismo casi aniquilado, se sienten impelidos a revivir el instante traumático -en que se rompe la continuidad de la vida- y las agonías impensables que de ello se derivan. ¿Por qué los individuos tenderían a revivir angustias tan aterrorizantes y amenazadoras? Winnicott considera que

la experiencia original de la agonía primitiva no puede caer en el pasado, a menos que el Yo pueda primero reunirse dentro de su propia y actual experiencia temporal y del control omnipotente ahora (presumiendo la función de apoyo de Yo auxiliar de la madre, o analista). (1974/1994, p. 73)

Es decir, la tendencia a retroceder y revivir situaciones de extremo dolor -las agonías impensables- se deriva del hecho de que esas vivencias no fueron asimiladas o procesadas, no pudiendo, por lo tanto, caer en el olvido. Los pacientes tienen necesidad de experimentar esas angustias de aniquilamiento, de no ser, de vacío, ya que

esta cosa del pasado no sucedió todavía, porque el paciente no estaba allí para que ello le sucediera. La única manera de recordar, en este caso, es que el paciente experimente esta cosa pasada por primera vez en el presente, o sea, en la transferencia. (Winnicott, 1974/1994, p. 74)

El colapso no ocurrió porque el individuo no había constituido un sí mismo que le permitiera tener esa experiencia. “Hubo sólo una fracción de segundo en que la amenaza de la locura fue experimentada, pero la ansiedad en este nivel es impensable” (1989vk/1994, p. 100), lo que llevó a la organización de las defensas e impidió que esas agonías fueran un hecho vivido. El colapso permanece, de ese modo, como un “no acontecido”, habitando un “no lugar”, insistiendo, sin embargo, en tener derechos de existencia y reconocimiento, en ser revivido de alguna forma e integrado.

Así, a pesar del temor de la locura, los individuos sienten necesidad de aproximarse a ella, y regresan a cierta dependencia para revivir esas situaciones traumáticas. Sin embargo, Winnicott considera que las agonías no ocurridas, en estado potencial, son reproducidas parcialmente, ya que si el colapso original “viniera a ser experimentado, sería indescribiblemente doloroso” (1989vk/1994, p. 100). El analista debe

ser capaz de sobrevivir a la extrema tensión de esas regresiones, que pueden durar minutos o días, aceptando y comprendiendo el sentido de esos comportamientos enloquecidos, haciendo la locura una experiencia manejable. Cada paciente se aproxima en mayor o menor grado a la experiencia de la locura, dependiendo de su fuerza yoica y del *holding* analítico.

La regresión a la dependencia forma parte del proceso de curación, aunque “se trata de algo que es siempre extremadamente doloroso para el paciente” (1955d/2000, p. 388). Experimentar la locura en el *setting* analítico posibilita al paciente el rescate del sí mismo, personal y creativo, que se mantenía oculto y congelado. Después de haber revivido esos traumas precoces -los estados de no integración de la dependencia absoluta- el individuo puede volver a ser, recuperando su espontaneidad y creatividad y pasando a correr los riesgos de experimentar la vida.

La regresión terapéutica propicia de ese modo el progreso hacia la independencia; un “nuevo inicio” (1955d/2000, p. 384), en el que el individuo reencuentra su self, deshaciéndose del sistema defensivo del falso sí mismo patológico y retomando su verdadero crecimiento. Con la recuperación de su sí mismo, el individuo puede sentirse real y auténtico, estableciendo un punto de partida para retomar el proceso de maduración, enriqueciéndose, de ahí en adelante, con las experiencias de la vida.

### **Semejanzas y diferencias**

Para señalar semejanzas y diferencias en la clínica del trauma en Ferenczi y Winnicott, vamos, en función de la claridad de la exposición, a abordar primero la concepción del trauma en ambos autores y luego sus propuestas clínicas.

Encontramos considerables diferencias en lo que se refiere a los acontecimientos empíricos que ocasionan traumas. En Ferenczi, el modelo del acontecimiento traumático desestructurante es el abuso sexual por parte de un adulto sobre un niño. En Winnicott, lo traumático consiste en el fracaso ambiental en atender las necesidades psíquicas del infante, o sea, las fallas en proteger la continuidad de ser del bebé. En primer lugar, notamos la diferencia entre el carácter sexual del trauma ferencziano -aunque Ferenczi admite que existen acontecimientos traumáticos que huyen de ese modelo teórico- y el carácter no sexual del trauma winnicottiano, ya que, como vimos, la protección de la continuidad de ser o su ruptura no remiten a una cuestión sexual. En segundo lugar, vemos que el trauma ferencziano es brutal, ruidoso y violento, mientras que el trauma winnicottiano puede ser sutil y silencioso. Para ser más precisos, debemos reconocer la violencia de lo traumático para los dos autores, pero, mientras que para Ferenczi se trataría de un acontecimiento de violencia explícita, para Winnicott podría no haber violencia explícita, ni siquiera un acontecimiento positivo, tratándose de un “no ocurrido”. En tercer lugar, vemos que la noción de trauma remite a épocas diferentes del desarrollo para Ferenczi y para Winnicott. Ferenczi teoriza un trauma que sucede a un niño o a un infante, provocando la ruptura de un yo ya constituido. La devastación yoica del trauma ferencziano presupone una estructuración psíquica ya alcanzada<sup>14</sup>. En Winnicott, el trauma ocurre al principio de la vida, cuando el bebé está comenzando su proceso de maduración.

Otro aspecto de la teoría del trauma en que encontramos cierta proximidad conceptual, en ambos autores, es con relación a la agonía provocada por la violencia del trauma. Ferenczi describe esta agonía como “un gran dolor... sin contenido de representación” (1985/1990, p.64) utilizando siempre metáforas que aluden a la idea de muerte psíquica y de lo que sería insoportable o incomprensible para el niño. Winnicott se refiere a “agonías impensables”, enfatizando que tiene necesidad de utilizar un término más fuerte que “angustia o ansiedad (*anxiety*)”, ya que se trata de una agonía que se refiere al aniquilamiento del ser. Los dos autores aluden a la idea de muerte psíquica y de aniquilamiento en relación a esas agonías, destacando el carácter de “no-representación” (Ferenczi) o “impensable” (Winnicott). Ellos apuntan a un tipo de angustia que no podría ser concebida, representada o simbolizada. Entendemos que describen un tipo de angustia irreductible a la angustia de castración y al conflicto edípico, y que exige una defensa más radical que la representación: la escisión. Sin embargo, permanece la distinción entre las agonías impensables, muy precoces, que ocurren en una época en que ni siquiera existe un sí mismo unitario que pueda experimentarlas, y el dolor sin representación ferencziana, que sucedería en una época más tardía.

Tal vez el punto en que son más significativas las semejanzas teóricas entre estos autores reside en la brecha narcisista descrita por Ferenczi y la escisión patológica entre el verdadero y el falso self. La escisión ferencziana se compone básicamente de dos fragmentos: un destruido y oculto y otro que madura artificialmente, sometido al agresor, sabio y culpable. Para Winnicott, la escisión patológica se compone de un verdadero self oculto y empobrecido y un falso self, cuyo rasgo predominante es la sumisión a las exigencias del ambiente.

En ambas teorizaciones se describen, por un lado, el casi aniquilamiento de una parte de sí y, por otro, el desarrollo artificial de la otra parte, en una obediencia y adaptabilidad extremas con relación al mundo exterior. Hasta los términos utilizados coinciden. Como hemos visto, Ferenczi hace referencia, entre otras expresiones similares, a la “aniquilación del sentimiento de sí” (1932/1992, p. 109), a “crear una especie de psique artificial” (1985/1990, p. 41) al “mundo exterior. (una voluntad extraña) que se afirma a mis expensas” (1985/1990, p. 150), expresiones que podrían tranquilamente ser descripciones winnicottianas del verdadero y falso self. También la relación que se establece entre ambos fragmentos escindidos es significativamente similar en las dos teorías, ya que para los dos autores, uno de los fragmentos -el madurado artificialmente o falso sí mismo- tiene como función proteger a la otra parte de sí y, para ejercer esa protección, paga el precio de sacrificar la parte protegida y de volverse tan obediente y adaptable “que pierde su forma propia” (Ferenczi, 1932a/1992, p. 109).

Sin embargo, esas curiosas coincidencias tienen algunas restricciones. En primer lugar, cuando Ferenczi teoriza sobre la escisión, se refiere siempre a fragmentos del Yo, siendo el Yo ya constituido la unidad que se fragmenta, lo que presupone, como hemos visto, una total destrucción y transformación del Yo precedente. Cuando Winnicott teoriza sobre la escisión entre verdadero y falso sí mismo, los fragmentos escindidos son partes del sí mismo, categoría central en el pensamiento winnicottiano e inexistente en el ferencziano. Como el trauma en Winnicott ocurre muy al principio, la escisión patológica entre verdadero y falso self no actúa escindiendo un sí mismo cohesionado, sino perjudicando el propio desarrollo del sí mismo y los procesos integrativos, particularmente el establecimiento de un contacto creativo con el mundo.

Además, encontramos diferencias con relación a la parte de sí oculta y amenazada de aniquilamiento, que corresponde al Yo del lenguaje de la ternura ferencziano y al verdadero self winnicottiano. Aunque este carácter de casi destrucción y ocultamiento coincide en las dos perspectivas, no podemos hacer corresponder teóricamente la noción del yo del lenguaje de la ternura, que se articula con la idea de sexualidad infantil tierna y del estadio de la ternura (amor objetal pasivo) con la noción de sí mismo, que se articula con la idea del gesto espontáneo y de la creatividad y que se convierte, a partir de la década del 60, en una de las nociones principales del pensamiento de Winnicott. Vemos también que el fragmento madurado artificialmente, en la visión ferencziana, aunque, en la sumisión y en la adaptabilidad, coincide con el falso self winnicottiano, tiene como rasgo principal la culpa, resultado de la identificación con el agresor, lo que no constituye una característica del “falso self”.

En relación con el abordaje clínico de los individuos traumatizados, portadores de agonías indecibles, Ferenczi y Winnicott coinciden en varios aspectos.

Para ambos autores, en el tratamiento de estos pacientes graves, la interpretación pierde el valor terapéutico. Ferenczi fue pionero en cuestionar los límites de la palabra y de la eficacia de la interpretación con aquellos pacientes que regresan a la infancia, que sólo son “sensibles a la benevolencia materna”. Sin embargo, Winnicott es quien va a teorizar el énfasis en el manejo del *setting* en lugar de la interpretación, articulando de forma explícita el *setting* analítico y los cuidados ambientales primitivos.

Ambos resaltan la importancia de la confiabilidad del analista como condición indispensable del trabajo terapéutico con pacientes graves. Ferenczi enfatiza y lleva al extremo la sinceridad del analista, para garantizar la confianza del paciente. Su preocupación por el par confianza-sinceridad llevó a experimentar el análisis mutuo, en el que, para ganar y mantener la confianza del paciente, el analista debía confesar sus sentimientos íntimos, especialmente los afectos contratransferenciales hostiles. Winnicott no basa la confiabilidad analítica en la confesión del analista, sino en su capacidad de ofrecer un ambiente de *holding* al paciente, o sea, en su adaptación activa a las necesidades del paciente. Como en la concepción de Ferenczi

el factor decisivo para que un trauma sea patogénico es la desmentida del adulto -la hipocresía adulta-, él entiende que la sinceridad analítica es el elemento crucial para establecer un contraste entre la situación analítica actual y el pasado traumatizante. En Winnicott, como las fallas ambientales traumáticas consisten en el fracaso del ambiente en atender a las necesidades del bebé, el elemento esencial para corregir la falla temprana es la sensibilidad analítica para atender las necesidades del paciente/bebé, o sea, un ambiente de *holding*. Sin embargo, ambos se refieren al analista comprensivo, destacando el valor de la empatía del analista y de su identificación con el paciente.

Los dos autores dan un valor positivo a las fallas del analista, concibiéndolas como reedición de fallas del inicio de la vida. En este sentido, para ambos, las fallas son inevitables, porque el analista no podría cuidar de su paciente de forma incondicional y perfecta, revelándose más temprano o más tarde como una persona separada de ese paciente, lo que sería vivido por éste como una falla. Sin embargo, para Ferenczi, el valor de las fallas reside en aumentar la confianza del paciente, mientras que para Winnicott, los analizadores utilizan las fallas analíticas para poder reaccionar ante los fracasos ambientales del pasado. En Winnicott, los errores del analista permiten al paciente posicionarse de forma diferente ante los fracasos originarios, pudiendo, por primera vez, sentir rabia y enfadarse con las fallas pretéritas. Las fallas analíticas, valoradas por Ferenczi, adquieren en Winnicott una dimensión mayor, de vía privilegiada para revivir las fallas ambientales traumáticas y para el proceso de curación.

Veamos, finalmente, la concepción de la regresión para los dos autores. Tanto Winnicott como Ferenczi positivizan la regresión y consideran que no es posible recordar la situación traumática sino a través de revivir o reproducir el trauma. Ambos trabajan con la noción de lo pre-verbal, de lo impensable o de lo no representado. En ambos la noción de regresión se aparta de la idea freudiana de regresión a los puntos de fijación libidinal, aludiendo al movimiento de revivir una situación que incluye al individuo y el ambiente; como es el desencuentro entre las necesidades psicológicas del bebé y los cuidados maternos o, en términos ferenczianos, el desencuentro entre la necesidad infantil de ternura y la insensibilidad y la hipocresía de los adultos.

Tanto en la “regresión al niño” como en la “regresión a la dependencia”, es fundamental que los afectos, que en el pasado no pudieron ser vividos, sean sentidos y vividos “por primera vez” en el presente de la situación analítica. El valor de la regresión no es el retorno al pasado, sino la posibilidad de entrar en contacto con sensaciones de extrema dolor, de casi muerte, de forma inédita, en el presente. Para los dos autores, sólo es posible retroceder e ir al encuentro de esas sensaciones de aniquilamiento y vacío cuando la postura analítica favorece ese movimiento. No se trata sólo de establecer la confiabilidad analítica para posibilitar la regresión, sino de la capacidad del analista de acompañar y soportar a los pacientes regresados y enloquecidos. Ferenczi enfatiza que el analista debe ser “comprensivo”, es decir, debe tener la capacidad de identificarse con el paciente para que esa regresión sea terapéutica. Winnicott trabaja con la noción de *holding* del analista, que alude también a la capacidad analítica de identificarse con el paciente. Sin embargo, el *holding* analítico es un concepto mucho más elaborado y complejo que la simple comprensión analítica, ya que se articula con el *holding* de los cuidados ambientales originales y con la concepción de maduración, adquiriendo matices y sentidos inexistentes en Ferenczi, como la noción de supervivencia del analista, de no-represalia, la diferencia entre deseos y necesidades del paciente, etc.

Winnicott considera que la regresión representa, para el paciente *borderline* o psicótico, la esperanza de una nueva oportunidad. En Ferenczi, no encontramos la noción de esperanza en la regresión, y, aunque pueda estar implícita, no tiene el estatuto teórico que adquiere en la obra de Winnicott.

Los objetivos terapéuticos buscados con la regresión son también diferentes para ambos. En Ferenczi, el objetivo es “eliminar o reducir la brecha” (1985/1990, p. 73), liquidando el trauma. En Winnicott, también encontramos el objetivo de reducir la escisión, pero, lo más importante, es el rescate del sí mismo, el reencuentro con el gesto creativo y espontáneo personal para, sobre la base de ello, poder sentir el mundo y el sí mismo como reales y, así, experimentar la vida.

De una forma más general, mientras que Winnicott enfatiza la importancia de la continuidad de la vida, concibiendo el crecimiento psíquico sano como una línea de desarrollo suave y sin tropiezos, Ferenczi resalta las rupturas, las catástrofes traumáticas inevitables. Así, para este último, la tarea terapéutica consiste

en ayudar al analizando a liquidar e integrar lo traumático, en un interminable proceso de elaboración de los sucesivos traumas -estructurantes y desestructurantes- que ocurren a lo largo de la vida. Para Winnicott el trabajo terapéutico se propone restablecer la continuidad que habría sido interrumpida por traumas y escisiones, para que el proceso de maduración pueda proseguir.

Sin embargo, a pesar del valor que representa para la salud psíquica, en la perspectiva de Winnicott, la continuidad de la vida, ésta, en su visión, siempre se rompió. En 1965, él reflexiona sobre “una cierta experiencia de locura” que sería “universal” (Winnicott, 1989vk/1994, p. 96), que todos habríamos vivido en la remota infancia. Ya que no hay como pensar un ambiente tan perfecto que no falla nunca, todos habríamos sido afectados en alguna medida por una “tensión excesiva” (1989vk/1994, p. 96), resultando en la experiencia de la locura. Así, el ser humano no escaparía de la experiencia traumática y de la locura. Y en ese sentido, Ferenczi y Winnicott se acercarán nuevamente, ya que ambos entendían que la existencia humana es inevitablemente traumática<sup>15</sup>.

Para concluir, vemos que hay en Winnicott ecos y resonancias de las inquietudes e intuiciones de Ferenczi. No se trata de afirmar que, por ejemplo, la teoría de Winnicott sobre la escisión patológica entre el verdadero y falso self o sus propuestas clínicas basadas en la confiabilidad analítica y en la regresión, ya “preexistieron” en Ferenczi, en una lectura reduccionista y simplificadora. La concepción de Winnicott sobre la clínica de los traumatizados -o escindidos- es indisociable de su visión más amplia sobre la maduración humana y de varios otros conceptos de su obra, que ni se aborda aquí por los límites del presente trabajo. Sin embargo, sin pretender homogeneizar sus pensamientos, entendemos que Ferenczi y Winnicott presentan significativas convergencias en lo que se refiere a una clínica del trauma.

## REFERENCIAS

- Dias, E. O. (1998). A teoria das psicoses em D. W. Winnicott. Tese de Doutorado, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- \_\_\_\_\_. (2003). A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott. Rio de Janeiro: Imago.
- Ferenczi, S. (1988). Dificuldades técnicas de uma análise de histeria. In S. Ferenczi (1988). Escritos psicanalíticos. Rio de Janeiro: Taurus. (Trabalho original publicado em 1919).
- \_\_\_\_\_. (1988). Escritos psicanalíticos. Rio de Janeiro: Taurus.
- \_\_\_\_\_. (1988). Prolongamentos da “técnica ativa” em psicanálise. In S. Ferenczi, Escritos psicanalíticos. Rio de Janeiro: Taurus. (Trabalho original publicado em 1921)
- \_\_\_\_\_. (1990). Diário clínico. São Paulo: Martins Fontes, 1990. (Trabalho original escrito em 1932 e publicado em 1985)
- \_\_\_\_\_. (1990). Thalassa, ensaio sobre a teoria da genitalidade. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1924)
- \_\_\_\_\_. (1992). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In S. Ferenczi
- \_\_\_\_\_. (1992), Obras Completas (Vol. 4). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1929)
- \_\_\_\_\_. (1992). Análises de crianças com adultos. In S. Ferenczi (1992), Obras Completas (Vol. 4). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1931)
- \_\_\_\_\_. (1992). Confusão de língua entre os adultos e a criança. In S. Ferenczi (1992), Obras Completas (Vol. 4). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1933)
- \_\_\_\_\_. (1992). Elasticidade da técnica psicanalítica. In S. Ferenczi (1992), Obras Completas (Vol. 4). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1928)
- \_\_\_\_\_. (1992). Notas e fragmentos. In S. Ferenczi (1992), Obras Completas (Vol. 4). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1934)
- \_\_\_\_\_. (1992). Obras Completas (Vol. 4). São Paulo: Martins Fontes.
- \_\_\_\_\_. (1992). Princípio de relaxamento e neocatarse. In S. Ferenczi (1992), Obras Completas (Vol. 4). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1930)
- \_\_\_\_\_. (1992). Reflexões sobre o trauma. In S. Ferenczi (1992), Obras Completas (Vol. 4). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1932)

- Lejarraga, A. L. (2007). A noção de trauma em Ferenczi e Winnicott: aproximações e diferenças. *Cadernos de Psicanálise*, Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, 29 (20), 63-80.
- Winnicott, D. W. (1975/1971a). A criatividade e suas origens. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Bibliografia Huljmand: 1971g)
- \_\_\_\_ (1975). A localização da experiência cultural. In D. W. Winnicott
- \_\_\_\_ (1975/1971a), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Bibliografia Huljmand: 1967b)
- \_\_\_\_ (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Bibliografia Huljmand: 1971a)
- \_\_\_\_ (1990). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In D. W. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Bibliografia Huljmand: 1965h [1959])
- \_\_\_\_ (1990). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In D. W. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Bibliografia Huljmand: 1965r [1963])
- \_\_\_\_ (1990). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In D. W. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Bibliografia Huljmand: 1965m/1960)
- \_\_\_\_ (1990). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Bibliografia Huljmand: 1965b)
- \_\_\_\_ (1990). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D. W. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Bibliografia Huljmand: 1960c)
- \_\_\_\_ (1994). A experiência mãe-bebê na mutualidade. In D. W. Winnicott
- \_\_\_\_ (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Bibliografia Huljmand: 1970b [1969])
- \_\_\_\_ (1994). A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In D. W. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Bibliografia Huljmand: 1989vk [1965])
- \_\_\_\_ (1994). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Bibliografia Huljmand: 1989a)
- \_\_\_\_ (1994). O medo do colapso. In D. W. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Bibliografia Huljmand: 1974)
- \_\_\_\_ (2000). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In D. W. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Bibliografia Huljmand: 1955d [1954])
- \_\_\_\_ (2000). *Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Bibliografia Huljmand: 1958a)
- \_\_\_\_ (2000). Formas clínicas da transferência. In D. W. Winnicott
- \_\_\_\_ (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Bibliografia Huljmand: 1956a [1955])

Ana Lila Lejarraga

Psicanalista. Miembro Del Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro. Profesora adjunta del Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

E-mail: [analejarraga@gmail.com](mailto:analejarraga@gmail.com)

**Publicado en:** *Natureza Humana*, Vol. 10 N° 2 jul.-dez, pp. 115-148, 2008.

Publicación de Sociedade Brasileira de Fenomenologia e Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana.

**Versión electrónica:**

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151724302008000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151724302008000200005&lng=pt&nrm=iso)

*Volver a Artículos sobre Ferenczi*

*Volver a Newsletter 10-ALSF*

## Notas al Final

- 1.- Este artículo es una versión modificada y significativamente ampliada de un trabajo anterior titulado “La noción de trauma en Ferenczi y Winnicott” (Lejarraga, 2007).
- 2.- En la teoría de las catástrofes, la constitución psíquica individual reproduce la evolución filogenética, de inspiración lamarckiana, según la cual los seres vivos son llevados a cambiar impulsados por transformaciones bruscas en el medio ambiente y no por una tendencia evolutiva natural. La ontogénesis repite la filogénesis. Así, el nacimiento del individuo repite el secado de los océanos, constituyendo la pérdida fundamental del medio líquido del cuerpo materno, dejando cicatrices traumáticas “archioriginarias” (Ferenczi, 1985/1990, p. 120). Ferenczi teoriza sobre las catástrofes traumáticas, tanto en la evolución de las especies como en la constitución psíquica individual, en su libro “Thalassa, Ensayo sobre la teoría de la genitalidad”, escrito en 1914 y sólo publicado en 1924 (cf. Ferenczi, 1924/1990).
- 3.- Aunque el modelo teórico de la confusión de lengua remite al abuso sexual, el abuso también puede ser, según Ferenczi, un castigo físico excesivo o la propia hipocresía del adulto sobre el niño.
- 4.- Cuando Ferenczi trabaja la noción de lenguaje de la ternura infantil, entendemos que la ternura remite tanto a la modalidad particular del erotismo infantil, diferente del adulto, en cuanto a la necesidad infantil de ternura, sobre todo materna, lo que se denomina “amor objetal pasivo o estadio de la ternura” (1933/1992, p. 103).
- 5.- Aunque la noción ferencziana de confusión de lengua puede ser interpretada como el desencuentro radical entre el mundo infantil y el mundo adulto, inherente a la condición humana, trabajamos en este texto la acepción más restringida de esa noción, es decir punto de origen de un trauma patógeno, tal como es descrita en el texto “Confusión de lengua entre los adultos y el niño” (1933/1992).
- 6.- “Orpha” y “fuerzas órficas” eran expresiones utilizadas por la paciente R.N., citada por Ferenczi en su “Diario Clínico”, para referirse a “instintos vitales organizadores”, que ayudan al niño a sobrevivir a la catástrofe traumática. En cuanto a “Orpha” es convocada, el ser violentamente agredido sobrevive, al costo de la atomización de la vida psíquica y de “crear una especie de pique artificial para el cuerpo obligado a vivir” (Ferenczi, 1985/1990, p. 41).
- 7.- Ferenczi hace varias referencias a la pérdida de la espontaneidad como resultado de la conmoción traumática, como en esta frase: “Esto nos permite entrever lo que constituye el mecanismo de la traumatogénesis: en primer lugar, la parálisis completa de toda espontaneidad, [...]” (...) 1931/1992, p.79).
- 8.- En el “Diario clínico”, la nota entera está en inglés: “*Understanding is eo ipso identification. One cannot really understand without identifying with the subject*” (1985/1990, p. 229).
- 9.- En las palabras de Elsa Oliveira Dias: “En términos de la maduración personal, la cuestión fundamental que se pone, ya en este inicio, se relaciona con la *oposición entre espontaneidad y reactividad*, oposición que estará presente, en creciente complejidad, a lo largo de la vida” (Dias, 2003, p. 158).
- 10.- En 1963, Winnicott prefiere utilizar el término “agonía primitiva o impensable”, ya que, según él, “ansiedad (*anxiety*) aquí no es una palabra suficientemente fuerte” (1974/1994, p. 72).
- 11.- En las palabras de Winnicott: “La madre que es capaz de dedicarse, por un período, a esa tarea natural, es capaz de proteger el venir a ser de su nene. Cualquier irritación, o falta de adaptación, causa una reacción en el lactante, y esa reacción rompe ese venir a ser” (1965r / 1990, p. 82). A efectos de este trabajo, consideramos como términos indistintos “venir a ser” y “continuidad de ser”.
- 12.- Winnicott considera que cuando un paciente está retrocedido, el analista debe lidiar con necesidades y no con deseos, ya que en la dependencia absoluta lo que está en juego son las necesidades psíquicas primarias del bebé y no los deseos sexuales, que son posteriores genealógicamente (cf. Y en el caso de las mujeres).
- 13.- Cabe recordar que el *holding* y la confiabilidad del analista no son aspectos exclusivos de la clínica de pacientes regresivos, constituyendo la base de cualquier proceso psicoanalítico en la concepción de Winnicott. En la clínica de pacientes *borderline* y psicóticos, esos aspectos se vuelven esenciales, exigiendo del analista un cuidado especial con los mismos, porque la regresión a la dependencia va a reeditar justamente el fracaso del *holding* y la confiabilidad del ambiente precoz.
- 14.- Es importante recordar, como ya se ha mencionado, que para Ferenczi toda la vida del sujeto está marcada por traumas, desde el nacimiento, lo que relativizaría la afirmación anterior. Sin embargo, la concepción de Ferenczi de los traumas patogénicos, teorizada en los escritos de 1930 a 1933, sitúa esas experiencias traumáticas, predominantemente, en niños que ya poseen un Yo constituido. Ferenczi hace alusión a traumas patógenos arcaicos en algunos pasajes de su obra, como, por ejemplo, en el texto “El niño mal acogido y su pulsión de muerte” (Ferenczi, 1929/1992), en que se refiere a los efectos traumáticos de los niños tratados con rudeza y falta de ternura en la primera infancia. Sin embargo, estas modalidades de trauma precoz patogénico sólo están apuntadas, sin llegar a ser desarrolladas teóricamente.
- 15.- Sin embargo, Winnicott considera que existen, grosso modo, dos tipos de personas: aquellas que no tienen una experiencia significativa del colapso mental y aquellas que la tienen. Es decir, aunque una cierta experiencia de la locura es universal, en algunas personas esa experiencia no llega a ser significativa, mientras que en otras -como en los casos limítrofes-, esa experiencia lleva a los individuos a estar siempre huyendo de ella, amenazados por ella, coqueteando con ella (véase 1989vk / 1994, p. 96). Si la experiencia de la locura no es significativa, podemos pensar que, o ella no llegó a romper la continuidad del ser, no constituyéndose propiamente como una experiencia traumática, o esa ruptura ocurrió, pero fue corregida por cuidados ambientales posteriores. Dudamos, entonces, si sería adecuado decir que, para Winnicott, la existencia humana es inevitablemente traumática.