

TEORÍA DE LOS OBJETOS Y PROCESO DE CURACIÓN EN EL PENSAMIENTO DE DONALD WINNICOTT.



María Lucila Pelento

RESUMEN

La doctora María Lucila Pelento, admitiendo como punto de partida la polémica aún vigente acerca de lo que se entiende por curación, enfatiza la idea de Winnicott sobre la construcción de una “vida personal” enriquecida por el contacto íntimo de la persona consigo misma, por una relación real con las otras personas y el medio ambiente, y por la posibilidad de gozar de experiencias creadoras.

Esta concepción supone la existencia de tres espacios –inaugurados en la experiencia del bebé a partir de su relación con el objeto, que va de la dependencia absoluta a la independencia–: 1) el espacio del mundo interno, fundado por el objeto subjetivo, que se conforma a partir de la omnipotencia e iniciativa del bebé, sostenido por una mamá suficientemente buena, que le permite al bebé la ilusión de crear la experiencia; 2) el espacio de la realidad compartida, fundado por el objeto objetivamente percibido, a partir de la desilusión, conformada por la resistencia paulatina de la madre al ataque instintivo del bebé, que así descubre sus propios límites; 3) el espacio de la creatividad fundado por el objeto transicional, primera posesión no yo que acepta la paradoja de un objeto que ni es concebido por el bebé ni le es presentado desde fuera.

La autora explicita que la enfermedad ocurre cuando la persona no ha podido modificar el ambiente y ha debido, en cambio, producir mutilaciones en su ser. El análisis individual comparte características del fenómeno transicional y conforma un espacio de regresión a la dependencia que metafórica el cuidado materno. La experiencia de mutualidad creada por el *setting* le permite al paciente recubrir los huecos de experiencia que trae y reaccionar ante las fallas como no pudo hacerlo en otro momento.

Descriptor: agresión, experiencia, objeto transicional, trauma.

Les agradezco el haberme incluido en este ciclo de exposiciones destinado a repensar diferentes modelos teóricos con sus específicos aportes al problema de la curación. Me voy a ocupar de las teorías de Donald Winnicott.

Ocuparse de Winnicott es ocuparse de un autor cuyas teorías produjeron efectos particulares. Ante todo, efectos de tipo emocional, ya que suscita sentimientos marcados de aceptación o rechazo, en los que tal vez no sea ajena, como se ha señalado, su identificación predominante con una madre suficientemente buena, identificación que le permitió descubrir ciertos hechos y le impidió ver otros.

Otro efecto particular de sus teorías, y que el mismo Winnicott comentó, fue el don de ubicuidad de las mismas, que hizo que fueran integradas parcialmente en distintos modelos teóricos.

Por último, Winnicott abrió caminos en la investigación de una serie de cuadros graves como las esquizoideas severas, los cuadros fronterizos, los pacientes con tendencias antisociales, los pacientes psicóticos, etcétera.

Antes de entrar en la teoría de Winnicott, creo pertinente comentarles algunas características propias del estilo de este autor. Ustedes saben que Winnicott escribió en un lenguaje cotidiano, casi en un lenguaje coloquial. En general, el lenguaje coloquial está más cerca del pensamiento intuitivo, del conocimiento

intuitivo, que del conocimiento científico. Por otra parte, el mismo Winnicott señaló que la intuición se vincula más con la magia y los fantasmas que con la realidad objetivamente percibida. Ahora bien, el estilo de un autor, sobre todo en nuestra disciplina, no es ajeno a las mismas teorías que construye. Por eso creo que es imprescindible referirse a un texto de 1962, en el que Winnicott contrasta dos tipos de comunicación: la comunicación directa y la indirecta. La primera es la que tiene lugar con el objeto subjetivo, la segunda es siempre deliberada, explícita, valiéndose de distintas técnicas entre las cuales Winnicott ubica el lenguaje. Pero una idea importante a consignar es la imposibilidad de la comunicación indirecta de ser totalmente explícita. Más aún, el pensamiento de Winnicott lo lleva a sostener que si la comunicación fuera totalmente explícita carecería de sentido. Aun en la comunicación científica un cierto umbral de cosa no dicha permite que el lector participe de una experiencia, creando aquello que le es dado.

Pienso que estas ideas que incluyen la relación entre los modos de comunicación y la teoría de los objetos permiten explicar, en cierta medida, el estilo de Winnicott. Existe, además, otro orden de dificultades, que no dependen del estilo sino de otro tipo de razones: sabemos que Winnicott rechazaba la creación de nuevos términos teóricos, afirmando en cambio la necesidad de “remozar un poco” viejos términos. Así, por ejemplo, el concepto de self, en algunos textos, tiene más que ver con el concepto de yo como instancia, con la parte del yo que está más en contacto con las pulsiones. En otros escritos parece más ligado a la segunda definición que da Hartmann sobre el narcisismo, constituyendo la persona como opuesta al objeto. También por momentos parecería referirse al concepto de self tal como está planteado en algunos textos kleinianos. En ellos, el concepto de *self* aparece vinculado con la identificación proyectiva patológica. Ciertos autores kleinianos suponen que la identificación proyectiva patológica compromete más al self que al yo, mientras la identificación proyectiva normal compromete más al yo que al self. Como pueden observar, el sentido del término varía de acuerdo con el contexto. Seguramente esto produjo algunos fenómenos curiosos: así, por ejemplo, la traductora de su libro *Fragmento de un análisis* le pidió a Winnicott que definiera el concepto de self.

Winnicott responde con una nota en la que relata que al recibir el pedido de definir más claramente el concepto de self advirtió que no lo tenía suficientemente claro en su espíritu. Va dando a continuación una serie de aproximaciones, que son notables, porque permiten apreciar cómo Winnicott trabaja los conceptos. Otro elemento a tomar en cuenta es que ciertos conceptos winnicottianos están estrechamente vinculados con algunas líneas filosóficas particulares: así, la idea de “continuidad en la propia existencia” que este autor introduce, está muy cerca de la idea de historicidad de Heidegger.

Otros conceptos propios de su teoría están vinculados con la obra de algunos poetas, de los cuales fue Winnicott un incansable lector, como John Donne, Alfred Tennyson, Ted Hughes, etcétera.

Hasta ahora les he hablado del estilo de Winnicott y de ciertas razones que dificultan su lectura. Ahora me referiré a algunos conceptos básicos para entender la teoría de la curación en Winnicott.

En la actualidad prácticamente no hay conceptos dentro del psicoanálisis que no estén sometidos a polémica. Si bien esto sucede en general con casi todos los conceptos, sin embargo, en algunos de ellos la cuestión polémica es prácticamente su marca de origen. Esto sucede con el término “curación”. Basta recordar que uno de los textos clave de Freud, clásicamente traducido con el título de “Análisis terminable e interminable”, surgió en polémica con los autores reunidos en Marienbad. A su vez, Fenichel discutió las ideas de Freud en un artículo publicado muchos años más tarde con el título de “A review of Freud: Analysis terminable and interminable”. Por otra parte, como ustedes recordarán, dentro del psicoanálisis de niños, muy tempranamente, Anna Freud y Melanie Klein polemizaron en torno a la cuestión de la dirección del proceso en el análisis de niños, problema estrechamente vinculado con el de la curación.

Esta cuestión polémica en torno al concepto de curación se extiende hasta la actualidad. Aun la discusión en torno a la adecuada traducción del texto de Freud, si debería ser “Análisis terminable e interminable” o “Análisis finito e infinito”, encierra una importante discusión teórica. ¿Por qué? Porque la perspectiva cambia según se ponga el acento en la cuestión de la terminación de un análisis y en la elaboración de una teoría de la técnica que permita que éste llegue a un buen resultado, o en la cuestión de los obstáculos que impiden la curación. Freud se refiere a este cambio de acento y de perspectiva al afirmar en “Análisis terminable e interminable” que la pregunta que nos deberíamos hacer no es tanto cuáles son las medidas

y los factores curativos, sino cuáles son los obstáculos que se oponen a la cura. No se me escapa que en la práctica esta división entre aquellas líneas teóricas que ponen el acento en lograr una instrumentación técnica para “superar” las dificultades y las que ponen el acento en los obstáculos (admitiendo que algunos son insuperables por la misma estructura de lo inconsciente) puede resultar demasiado esquemático. ¿Por qué? Porque inevitablemente la clínica conduce a palpar obstáculos a los que afrontamos de cierto modo, y este modo influye en lo teórico. También es evidente que en nuestro trabajo partimos de ciertas ideas, a no ser, como dijo alguien, que queramos llevar el paciente a la deriva.

Referirse a Winnicott es referirse a un autor en el que teoría y práctica están profundamente ensambladas en su cuerpo teórico. Ahora bien, dentro del cuerpo teórico de cualquier esquema referencial existen teorías que son fundamentales en la medida en que establecen los parámetros de la práctica. Una de estas teorías fundamentales es la teoría del objeto que cada teoría construye. Por eso pensé que podría ser útil rever el concepto de objeto que Winnicott va construyendo a lo largo de su teoría del desarrollo emocional, de la etapa que va de la dependencia absoluta a la independencia.

Winnicott postula la constitución de tres objetos: el objeto subjetivo, el objeto objetivamente percibido, que forma parte del mundo común, y el objeto transicional. Para Winnicott, el objeto subjetivo es el objeto que se construye en los primeros momentos de dependencia absoluta -en el que no hay diferenciación no yo-. Para que se forme este objeto subjetivo se requiere una experiencia de ilusión que la madre favorece en función de una identificación con el bebé. El estado particular mental de la madre en los primeros días de vida del bebé favorece un nivel de regresión que permite dicha identificación. Esto hace que la madre sienta que el bebé es un pedazo de ella y que el bebé sienta que el pecho es un pedazo de él. Esta unidad madre-bebé marca un punto importante en la teoría, en el sentido de que afirma la idea de que se comienza en la unidad y no de a dos, como en otras teorías, por ejemplo, la kleiniana. Por otra parte, para que se produzca esta situación se requieren dos condiciones: 1) que se lo deje al bebé tomar la “iniciativa”, aunque al principio el bebé no tenga idea de que a través del aumento de su tensión de necesidad produce cierta alteración externa captada por la madre; 2) que haya una provisión ambiental, una mamá suficientemente buena como para responder casi de una manera perfecta a las necesidades del bebé. A través de esta repetición de respuestas adecuadas a las necesidades del bebé, éste va a pasar a la idea de ser el creador de la experiencia. Tanto el concepto de “iniciativa” como el de “experiencia de omnipotencia” son fundamentales para la creación del objeto subjetivo.

Una palabra clave en Winnicott es la palabra experiencia. En esto Winnicott se acerca a Bion: que el bebé pase por un período, un breve período de omnipotencia, que la pueda experimentar, que crea que todo está bajo su control es absolutamente necesario para la creación del objeto subjetivo que siempre precede a la creación del objeto objetivo. En uno de sus escritos, Winnicott señala que, en ciertas condiciones mórbidas, patológicas, en ciertos estados regresivos, en realidad es la magia la que mueve el pensamiento del paciente, de tal modo que la persona cree que el objeto aparece cuando se lo desea o desaparece y se evapora cuando no se lo desea. En esas circunstancias, la magia librada a sus propias fuerzas puede exponer a la persona a efectos alarmantes. Sin el sostén de la diferenciación entre el mundo interno y el mundo externo, el amor y el odio tienen efectos devastadores.

Winnicott dice: “Mucho se ha hablado de los efectos frustrantes que tiene la realidad, mucho menos del alivio que produce su contacto”. Si la experiencia de ilusión es imprescindible para que el bebé configure el objeto subjetivo, la experiencia de desilusión es imprescindible para la estructuración del mundo externo. La importancia acordada a la construcción del objeto objetivo no es original de Winnicott, se la encuentra en cualquier modelo teórico. Lo que sí es original es el camino que Winnicott postula como necesario para poder pasar del objeto subjetivo al objeto objetivamente percibido. En ese camino va a ser central el papel que otorga a la agresión. El modo de concebir la agresión y el lugar que le atribuye en la constitución de la realidad externa van a constituir puntos clave, a través de los cuales Winnicott denuncia las insuficiencias de la teoría kleiniana.

Cuando Winnicott habla de agresión no piensa en términos de instinto de muerte, ni tampoco en términos de envidia primaria; mientras en Klein la agresión deforma la realidad, para Winnicott la agresión funda la realidad. Instinto de muerte y envidia son para Winnicott elementos ideológicos, nuevas formas de llamar al pecado original.

Según este autor, el elemento agresivo forma parte del impulso amoroso primitivo. En la vida intrauterina, la agresión es fundamentalmente movilidad, contractibilidad. En la fase más temprana del desarrollo del yo, la agresión forma parte de la expresión primitiva del amor. El bebé desea poseer el objeto. Si aparece destructividad, ésta es siempre incidental, casual, secundaria a la satisfacción del impulso amoroso. La satisfacción instintiva, que debería ser siempre parcial, permite que se fusione cierto *quantum* de movilidad, pero deja libre otro *quantum* de movilidad que para desarrollarse requiere cierto grado de oposición.

En los primeros momentos, la madre debe tener la capacidad de tolerar el ataque instintivo del bebé, sólo paulatinamente debe oponerle una resistencia. En la oposición de la madre a este ataque instintivo es donde va a aparecer la primera distinción yo/no yo.

Winnicott afirma: “El bebé, dicho crudamente, necesita algo que empujar a menos que deba seguir sin experiencia”. El adecuado grado de oposición al amor excitado del bebé ejercido por el objeto materno, en el momento oportuno, es fundante en varios sentidos: a) permite que el bebé descubra sus propios límites; b) permite que el bebé comience a ubicar sus impulsos como algo proveniente de su interior (ya no son vividos como algo externo, “como un rayo o un relámpago”); c) posibilita la conversión de la fuerza vital en potencial de agresión, y d) hace que el bebé comience a diferenciar el objeto subjetivo que forma parte de su realidad interna, de una realidad externa formada por objetos comunes, objetos compartibles y compartidos. También en ese momento se inicia el fantaseo agresivo; cuando en sus fantasías ataca el objeto de su amor instintivo, ataca también a la madre ambiente. Entonces experimenta una angustia doble, una que toca al objeto externo, otra a su doble en el mundo interior. Si la madre no responde taliómicamente, el bebé percibe que la madre ambiente participa en la experiencia y está allí para ser reconstruida. Ésta es la fase de inquietud o posición depresiva, logro del binomio madre-bebé, que facilita que el bebé experimente sentimientos de ambivalencia, de culpa y sentimientos constructivos.

Con el concepto de posición depresiva Winnicott introduce la hipótesis acerca de que el bebé alcanza en una etapa bastante temprana su unidad y la posibilidad de beneficiarse con un mundo interno.

Pasemos ahora a la teoría del objeto transicional. Winnicott basó su teoría del objeto transicional en el hallazgo y la cuidadosa observación de ciertas acciones emprendidas por el bebé en el momento de succión del pulgar. Winnicott observó que la actividad de succión del pulgar era acompañada de otra serie de acciones como tomar la punta de la sábana y llevarla a la boca junto con el puño, o chupar una pelusa o producir sonidos, etcétera. También observó una serie de cualidades especiales en la relación de los niños con estos objetos, objetos que comienzan siendo una “casi nada de objeto” (pelusa, sonido, etcétera) hasta concluir en objetos tales como el osito, una almohada, un juguete en especial, etcétera.

¿Qué es el objeto transicional? En realidad, no es un objeto alucinado, tiene materialidad, forma parte del mundo externo. Tampoco es un objeto cualquiera, fortuito, de la realidad externa. Es un objeto singular, especialmente elegido por el bebé (es ese y no puede ser otro), no es tampoco un objeto natural del instinto, ya que, si bien puede representar el pecho, las heces o el falo materno, sin embargo, lo que le interesa a Winnicott no es esto sino su actualidad, y actualidad significa constituirse como objeto manipulable, como primera posesión no yo.

Winnicott dice: “Acerca del objeto transicional cabe decir que se trata de un acuerdo entre nosotros y el bebé en el sentido de que nunca le preguntamos ¿concebiste esto o te fue presentado desde fuera?”. Este acuerdo, este convenio que implica algo del orden de lo simbólico (aunque el objeto transicional es pre-simbólico), va a indicar cierta dirección en la clínica: el analista debe aceptar la paradoja sin forzar al paciente a que corrija representaciones cuando no concuerdan con la realidad. Las así llamadas “confrontaciones” no se deben formular. En la teoría de Winnicott cada objeto da lugar a la inauguración de un espacio: el objeto subjetivo inaugura el espacio del mundo interno; la madre como real e independiente del bebé inaugura el espacio de la realidad compartida, el objeto transicional inaugura el espacio de la creatividad.

¿Cuál es el destino del objeto transicional? Se lo relega al limbo, no se lo olvida (no es reprimido), tampoco se lo llora (no se lo duele). Pierde significado, pero el espacio que inaugura es habitado luego por el juego, la creación, los diferentes elementos que componen el mundo de la cultura.

Conocemos bien la idea de Winnicott acerca de que los tres espacios que los objetos inauguran permiten la construcción de una “vida personal” enriquecida por el contacto íntimo de la persona consigo misma; por

una relación real con las otras personas y el medio ambiente, y por la posibilidad de gozar de experiencias creadoras. En 1948, Winnicott estableció la hipótesis de que “es posible establecer un lazo clínico entre el desarrollo del bebé y los estados psiquiátricos y del mismo modo entre los cuidados del bebé y los cuidados propios del enfermo mental”. La idea que subyace a esto es que si las cosas marchan mal el bebé no tiene posibilidad de modificar el medio. Se modifica él produciéndose mutilaciones y deformaciones de su ser que le acarrearán graves consecuencias. En estos casos se produjo en el bebé lo que A. Green denomina un “trauma negativo”, comentando las ideas sobre trauma desarrolladas por Winnicott en 1965 (en textos aún no publicados). En estos casos, trauma es aquello que “no se hizo por deficiencia materna”. En estas situaciones la persona aparece expuesta: a) a sentir como más real la brecha, la ruptura, que la existencia positiva de los otros; b) y/o experimentar angustias impensables, angustias que preceden a las típicas de la situación esquizoparanoide; c) a que la idea de ausencia esté absolutamente ligada a la idea de muerte y que se obture la posibilidad de ser sentida como pérdida o como presencia potencial; d) a organizar una psicosis de defensa, un falso self patológico producto de una disociación extrema vinculada a fallas en la integración; e) a sufrir una perturbación de la vida imaginaria, reducida a un producto estéril como “el fantaseo” encargado de sostener el falso self patológico y reforzar la disociación.

Pero también puede ocurrir que la persona encuentre un lugar en el que sea posible “la regresión a la dependencia”. Que el análisis se constituya en ese lugar va a depender de una serie de condiciones, fundamentalmente de que pueda crear un espacio potencial que haga posible que el paciente, sostenido por el analista pueda regresar a veces hasta el punto extremo de perder sus límites.

Se trata en este caso de metaforizar el cuidado materno. En este contexto, el *setting* analítico metaforiza ese cuidado: cada uno de sus detalles, silencio, cumplimiento de la hora, espacio, número de interpretaciones, tiene una importancia capital. Para este tipo de pacientes ubicados en esta área de funcionamiento psíquico, es esencial “la paradoja y la aceptación de la paradoja: el bebé crea el objeto, pero el objeto está allí esperando ser creado para ser un objeto catectizado”. Por eso Winnicott dice: “Se hallan en mí presentes algunas de las características de un fenómeno transicional dado que si bien represento el principio de realidad y soy yo quien debo estar atento al reloj no por ello dejo de ser un objeto subjetivo de la fantasía”. Junto con los cuidados propios del *setting* y para crear un cierto clima de intimidad, que favorezca “la paradoja y la aceptación de la paradoja”, son nucleares las experiencias de mutualidad.

Estas experiencias poseen un elemento en común: en ellas se da siempre algo del orden del juego y del jugar. En realidad, como lo señala Masud R. Khan, Winnicott hizo una diferencia significativa entre el sustantivo “juego” y su forma verbal “el jugar” (entre play y playing), otorgándole a este último un papel prioritario. Es importante consignar que, si el análisis es el lugar en el que se puede recubrir el hueco de experiencia que el paciente trae, no lo es solamente por una adecuación casi perfecta a sus necesidades, sino porque el analista, lo quiera o no, produce fallas. Fallas que repiten metafóricamente otras de las que el paciente no tiene recuerdo. Frente a estas fallas, el paciente puede reaccionar como no lo pudo hacer en otro momento.

Como vemos el término “curación” no sólo retoma con Winnicott su viejo sentido etimológico, el de cuidar, sino que también parece implicar un pasaje por lo real. Si en la línea teórica de Winnicott triunfa el mito que Rosolato bautizó como “mito de la emergencia”, si en ella la cultura aparece evaluada positivamente y no como malestar, si dibuja una práctica en la que la idea de redesarrollo es más fuerte que la de repetición, sin embargo, no debemos olvidar que tuvo el raro mérito de haber asumido el riesgo de incluir en su práctica y en su teoría a pacientes severamente perturbados.

BIBLIOGRAFÍA

- GREEN, A.: “The object in the setting”, *Between Reality and Fantasy*, editado por S. Grolnick y colaboradores, Jason Aronson, 1978.
- FENICHEL, S.: “A review of Freud’s Analysis terminable and interminable”, *The International Review of Psycho-analysis*, vol. I, 1974.
- GLOVER, E.; FENICHEL, O.; STRACHEY, J; BERGLER, E.; NUMBERG, H. y BIBRING, E.: “Symposium on the theory of the Therapeutic Results of Psycho-analysis”, *The International Journal*

of Psycho-analysis, vol. XVI, 11, 1937.

ROSOLATO, G.: “La psychanalyse au negatif”, Topique, n° 18, 1977.

WINNICOTT, D.: De la pediatria al psicoanálisis, Barcelona, Laia, 1958.

—: El proceso de maduración en el niño, Barcelona, Laia, 1975.

—: Realidad y juego, Buenos Aires, Granica, 1972

Volver a Artículos Clínicos

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.