

El síntoma y su relación con las patologías mas severas en D. W. Winnicott.

Lic. Prof. Alicia Pelorosso.

Psicoanalista. Docente de las carreras de Psicología y Musicoterapia de la Facultad de Psicología. Docente de Posgrado.

Universidad de Buenos Aires.

<ariadnap@psi.uba.ar>

Introducción.

Es sabido que cada autor desarrolla temas que son ejes en su cuerpo teórico, que lo explican y fundamentan. En el caso de D. W. Winnicott, los ejes teóricos partieron inicialmente de la clínica pediátrica hospitalaria. Posteriormente de su análisis personal, de la clínica psicoanalítica con niños, pacientes psicopáticos y fronterizos.

Sus trabajos tienen la mirada puesta en una psicología del desarrollo, del juego y la salud; así como también sobre la patogénesis del desarrollo psíquico.

Esto lo lleva al final de su obra a establecer entre otros importantes aportes, las bases de lo que hoy podemos denominar una teoría actual de las patologías fronterizas, con un concepto amplio; a explicar los orígenes de la tendencia antisocial y de las psicosis, en relación a las dificultades en la constancia de la construcción de los objetos transicionales. También a proponer cambios en el marco terapéutico para poder trabajar con estas patologías psicoanalíticamente.

El concepto de síntoma no fue reformado, ni atendido especialmente por Winnicott, que mas bien nos recomienda aceptarlo tal cual lo enuncia Freud (1926), en Inhibición, Síntoma y Angustia.

La definición metapsicológica de Freud, supone una tónica, una dinámica, un juego de fuerzas, que resultan en el beneficio primario, al que se agrega el beneficio secundario. Se trata de un psiquismo que trabaja con un cierto nivel de organización.

Freud, afirma que en todo síntoma está implícito un cumplimiento de deseo sexual, que los síntomas neuróticos se caracterizan por contener el conflicto, plantea que el síntoma se establece para sustraer al Yo de la angustia y para cancelar la situación de peligro que es distinta para cada nivel de estructuración del psiquismo. La angustia es aquí angustia señal o angustia automática en función de sus relaciones con la represión.

Todo síntoma conlleva un sentido, un trabajo elaborativo y un procesamiento psíquico, es decir, necesita de un aparato psíquico. Se desprende de estas elaboraciones que hay un Yo constituido, íntegro, en condiciones de formar síntomas que hablen del deseo, una producción del sujeto neurótico, no pensable en un niño antes de los dos años.

La clínica psicoanalítica de niños nos confronta con problemáticas en que muchas veces no se logra la formación de síntomas neuróticos, por déficit en la constitución psíquica, por edad o por patología, encontrándonos así con descargas motoras y patologías psicosomáticas tempranas.

Ya Freud (1914) había incluido la idea de dependencia, (amor objetal anaclítico) considerando que los elementos narcisistas de los pacientes con patologías del carácter, constituían indicaciones de un trastorno del Yo, que hacía improbable la eficacia del psicoanálisis, a causa del debilitamiento de la capacidad del paciente para el desarrollo de una neurosis de transferencia.

Ferenczi (1931), realizó un aporte significativo al considerar el análisis frustrado de un paciente con trastorno del carácter, como una deficiencia de la técnica analítica y no de la selección.

Empezó entonces a ampliarse el concepto de encuadre del análisis, así Aichhorn (1925) demostró la necesidad de realizar adaptaciones técnicas, especialmente cuando el paciente era un caso antisocial.

Winnicott, se ocupa de estas etapas más tempranas a diferencia de aquellas en las que ya hay un sujeto que disponga de una realidad psíquica e interior, es decir un aparato psíquico.

Para destacar esta tarea, son necesarios conceptos que giran alrededor de una correlación entre el desarrollo del yo del bebé, el medio ambiente facilitador y su vínculo con las patologías más severas.

En esta línea, muchos de sus trabajos estuvieron dedicados a advertir al médico y a sus contemporáneos que una enfermedad física no era sólo eso. En " La naturaleza humana "

D. W. Winnicott, (1954) relata que fue designado, en 1923 para integrar el cuerpo de consultores del Hospital de Niños de Paddington Green, para llevar adelante el departamento de Guthrie, hasta su muerte, justamente por su inclinación a la Psicología.

Esta inclinación era justamente el ver más allá o detrás del síntoma de enfermedad infantil, el padecer del niño, ver la angustia detrás de las enfermedades infantiles.

Así nos plantea en " La tolerancia de Síntomas en Pediatría (Winnicott, 1953, pag, 146), " El psiquiatra de niños (hoy podemos decir el psicólogo o el analista) ve en el síntoma una organización de extrema complejidad. , una organización producida y mantenida por el valor que tiene "... "el niño necesita del síntoma debido a algún obstáculo en el Desarrollo Emocional "... "y gran parte de las enfermedades físicas se deben a una invasión por parte del medio o a una deficiencia ambiental, no tratándose de meros trastornos del desarrollo... de hecho cuando hay un trastorno fisiológico, entonces la enfermedad suele ser de carácter psicogénico".

Esta advertencia se completa con el criterio de que el psiquiatra no se dedica a curar los síntomas, sino que reconoce en ellos, una llamada de atención, auxilio, que justifica una investigación con toda regla de la historia del Desarrollo Emocional del pequeño.

A modo de síntesis, su valor consiste en que diferenció entre los síntomas de la psicosis y los pacientes fronterizos; cuya característica es la de padecer angustias primitivas, y en la transferencia generalmente regresiva, comunicar una esperanza. Mientras los síntomas neuróticos expresaban la angustia de castración y el deseo.

En este sentido el Falso Self es una organización defensiva, que es equivalente para las patologías más severas a los síntomas en la neurosis. En la neurosis, no está en peligro el ser o su continuidad, los pacientes se sienten vivos; mientras que en el Falso Self patológico, predomina un sentimiento de futilidad, de vacío, que hoy es frecuente escuchar en los consultorios y hospitales.

La expresión "vivir con" implica relaciones objetales y que el infante emerge de su estado de fusión con la madre o su percepción de los objetos como externos al ser. Es decir arribar a cierto estado de salud en que el Complejo de Edipo es posible.

Winnicott se ocupa más que nada de ver cómo se alcanza este estado y cómo se realiza este proceso. En tanto este proceso emocional depende de la intervención adecuada de otro, piensa que no debemos dar por sentado que esta realidad psíquica se haya constituido. El bebé nace sin psiquismo y éste va a ir surgiendo en relación con otro.

La constitución del espacio psíquico va a ser una progresiva elaboración de fantasías corporales y la impronta de su obra es el valor del otro, del vínculo como constituyente. Este otro, es generalmente la madre, si tiene la capacidad tanto para sostener como para producir espacios de espera, que hacen a la creación del objeto interno con el sostén, como del transicional si se es capaz de dicha espera.

Esto supone una representación interna de sí mismo, diferenciada de la representación interna del objeto. Esta es una precondition, solo en su mundo interno, en un sujeto, o persona total podrán darse fenómenos intersistémicos, intrapsíquicos propiamente dichos.

De acuerdo con este criterio, alcanzar o conseguir aunque más no sea una estructura neurótica es un logro. Logro por haber podido acceder a una relación de objeto, por diferenciar entre yo / no yo y por tener relaciones triangulares; logro por sentirse vivos, creativos y por aceptar la dimensión temporal. Esta dimensión nos permite asegurar el tiempo de la espera y de la capacidad para el recuerdo.

Los Inicios de la vida psíquica.

Para entender esta posición es necesario previamente ubicarse en la base de su teoría y definir que es un bebé. En el inicio no hay un bebé, solo una díada madre/bebé, un bebé sólo, sin nada ni nadie no existe, sin cochecito, ni pecho o mamadera, sin sostén físico, atenciones etc. no existe. En la constitución de la individualidad, o el "Yo soy", intervienen factores de un afuera que dependen de la madre, o mejor dicho de la denominada "función madre".

Este infante, miembro de la pareja de crianza, se desarrolla por impulso propio, en la medida en que el ambiente no falle en sus diversas funciones esenciales.

Para la constitución de la realidad interna y su marco, la realidad psíquica, hay una paradoja que sólo puede cumplirse si se presentan en la experiencia cotidiana del bebé los procesos fundamentales para la constitución inicial del Yo y diferenciado del mismo, el Self. A

saber, sostén, manipulación y presentación del objeto que se cumplen en un espacio y un tiempo.

Lo que tan insistentemente Winnicott marca como fallas normales del medio ambiente, para diferenciarlas de las patológicas, son paradojas, que se le presentan al bebé como miembro de la diada, que deberá ir resolviendo, de las cuales la primera es : Encontrar- crear lo que la madre le presenta como objeto externo y, si este proceso se cumple, constituirá el objeto transicional.

Este pre-requisito es fundamental, para alcanzar un cierto estado de salud o en su defecto, un estado en el que la aparición de síntomas psiconeuróticos es posible.

Enuncio brevemente que lo esencial es que haya un medio que no puede fallar, en un sentido patológico, que necesita de los atributos mencionados, de los que van a depender los procesos que hacen a la constitución de un yo y un no yo, o sea, a la constitución del principio de realidad y de un objeto inicialmente interno; que de acuerdo a los fenómenos de la transicionalidad, dará lugar a un objeto fuera de la omnipotencia del bebé, a un objeto externo, no yo.

Pero sólo si estas etapas enunciadas se cumplen adecuadamente, existirá la posibilidad de decir en el sentido clásico del término que la persona puede llegar a tener síntomas neuróticos y su concomitante, la angustia. Freud pudo descubrir un nuevo modo de la sexualidad infantil porque la reconstruyó partir de los pacientes neuróticos.

En "La angustia asociada con la inseguridad (1952)" se ocupa de una angustia precoz, origen de la angustia de desintegración, de aniquilación, de caída interminable, de derrumbe, estados y angustias que encontramos tanto en el bebé cuando falla el sostén, como en las psicosis y en su maniobra defensiva, el falso Self.

En esta etapa temprana la angustia no es angustia de castración ni de separación, constituye la angustia de aniquilación, encontramos un antecedente en la idea de Afanisis de Jones. Durante esta etapa el sostén es imprescindible puesto que los procesos que están en juego son nada menos que el proceso primario, la identificación primaria, el autoerotismo y el narcisismo primario.

En las psiconeurosis se alcanzó la primacía genital y la etapa del complejo de Edipo y se organizaron ciertas defensas contra la angustia de castración. Cuando se encuentra como rasgo importante la angustia de aniquilación y no la angustia de castración, el diagnóstico es, el de psicosis o el de personalidad fronteriza.

La angustia de aniquilación lo es sobre el Ser verdadero y el Falso self es su maniobra defensiva. Podríamos decir que síntoma es a la organización neurótica, lo que el desarrollo falso, es decir un falso Self es a la inmadura formación del aparato psíquico en Winnicott.

El falso self, defiende al Self verdadero, reconocido como potencial y permite una vida secreta. Este es el ejemplo más claro de enfermedad clínica como organización con una finalidad positiva: la preservación del individuo a pesar de las condiciones ambientales anormales.

Sólo a modo de mención debemos recordar que describe cinco variados y distintos tipos de Falsos Self (1). Este punto daría lugar a un trabajo más amplio.

Para que haya un ello pulsional deberá haber un yo que se constituya. En las psicosis el ello seguirá siendo relativa o totalmente externo al Yo, sus satisfacciones tienen el efecto de amenazar la estructura del yo, hasta que se organizan defensas de tipo psicóticas.

"... La razón principal por la cual en el desarrollo infantil el infante llega a ser capaz de dominar el ello, y el Yo capaz de incluirlo, es el hecho del cuidado materno, mientras el yo materno instrumenta el yo del infante y de ese modo se le da poder y estabilidad.habrá que ver como el yo del infante llega finalmente a liberarse del yo auxiliar de la madre, de modo tal que el niño se desliga mentalmente de ella..."²

Los desarrollos winnicottianos más centrales están en relación a dos campos :

A) Las cinco primeras semanas de vida del bebé, etapa de doble dependencia, en que los ataques persistentes del medio, no los aislados, por ej. las caracteropatías maternas, provocan Angustia de Aniquilamiento o Falso self.

Winnicott señala que los constantes fracasos maternos en cuanto a preservar al niño en etapas muy tempranas antes de que se haya alcanzado la residencia en el cuerpo y la presentación de los objetos, producen ya no frustración sino amenaza de aniquilamiento, la cual implica un sentimiento de angustia primitiva muy real y anterior a lo que se pueda describir como muerte y no produce otra cosa que la aniquilación del self del niño.

Aparecen aquí las defensas esquizoides generalmente de persecución como reacción a la no integración y a la confusión, defensas que se organizan posteriormente como patologías muy severas, como las psicosis y los estados fronterizos.

El hecho de que no se alcance la posición de residencia en el cuerpo, proceso que se da alrededor de los 6 a los 12 meses, lleva a los fenómenos psicóticos, así, es común que algunos psicóticos hablen de sí en tercera persona o se hablen a sí mismos como si les estuviera hablando otro. Esto también da cuenta de que no se sienten "uno", "yo", sino que por el contrario, aquello que envuelve a un sujeto, esa membrana, el Yo, que Freud llama barrera antiestímulos, en dichos enfermos, estaría desintegrada. Como una membrana agujereada y permeable tal como la grafica Winnicott en la figura de un estado esquizoide (figura 18, en "Las psicosis y el cuidado de niños", 1952)

Consideré necesario revisar estos puntos puesto que estudios muy actuales y originales, que provienen tanto del campo del Psicoanálisis, como de la Psiquiatría, destacan que los estudios empíricos de familias con hijos borderline, han sugerido un modelo de fracaso de los padres en la provisión de apoyo adecuado, atención y protección. (Walsh, 1977, Gunderson y col., (1980)3 .

Más recientemente, Soloff y Millward (1983)(4) confirmaron el informe de alta frecuencia de pérdida parental temprana y de familias rotas en la historia de los pacientes Borderline. También indicaron la importancia del fracaso por parte de ambos padres en el logro de una involucración no conflictiva. Estas observaciones derivadas de la experiencia confirman un sostén inadecuado, sobre todo con características de negligencia continua; es decir, las fallas no son de un período, sino de un "continuo mal hacer".

Es importante destacar estas experiencias puesto que Winnicott las infiere y desarrolla a partir de la transferencia que se instalaba en el trabajo de la clínica con pacientes fronterizos, del trabajo con bebés y en relación a la capacidad para desarrollar objetos transicionales.

B) El campo de la transicionalidad, que se inicia alrededor de los 6 meses, en que podemos empezar a decir que estamos frente a "un bebé", que en estado de salud, es capaz de vincularse con distintas personas simultáneamente; pero sólo si alcanzó una etapa de desarrollo de la maduración del Yo y del Self, en este estado de Salud, puede ser un neurótico, y tener síntomas en el sentido clásico del término. Paradójicamente ser neurótico es un estado de salud.

Es durante el desarrollo de los fenómenos transicionales y en este campo que Winnicott ubica los orígenes de las fallas que generan patologías borderlines, en las que incluye con un criterio amplio a las patologías somáticas severas, las adicciones y la Tendencia Antisocial (W. 1956).

Esta posición ampliamente comprendida por los analistas en su consultorio fueron demostradas por trabajos de experimentación realizados, que avalan su posición teórica. Así, Modell (1963, 1968) (5) sugiere que las transferencias de los pacientes borderline con sus terapeutas muestran una cualidad análoga a la descripción de Winnicott (1953), de la relación de un niño con el objeto transicional. Su tesis es que "el modo" del Objeto transicional es paradigmático por la manera que el paciente borderline tiene de relacionarse con todos los objetos, animados o inanimados.

Los estudios de Greenberg y col. (1992)(6), examinan la interacción que se genera entre el paciente y la percepción del Rorschach y, la tarjeta Rorschach por sí misma, concluyendo que el modo de relacionarse con las tarjetas o sus perceptos encajan en la descripción de Winnicott de las relaciones de objeto transicional. Se observa un intento de darles vida a las manchas y a los perceptos y de oscurecer la diferencia entre lo que está adentro y afuera. Esta técnica sería en consecuencia un instrumento útil, además de la transferencia, cuando se establece una relación terapéutica, para hacer un diagnóstico más o menos preciso.

No es posible seguir describiendo aquí estudios respecto a los pacientes fronterizos y su relación con los objetos transicionales, pero es de destacar que es esta característica la que decide el modo transferencial. Winnicott describe en la transferencia, la tendencia a la regresión y las transferencias psicóticas, donde hay un grado de pérdida de la realidad. Esta transferencia avala y justifica los cambios de encuadres para su adecuada atención, en la dirección de un terapeuta que realice un sostén apropiado y un marco menos permisivo que acompañe la interpretación.

Denominar a los "síntomas" Borderline con el mismo nombre, que a los neuróticos, dentro del campo psicoanalítico, podría llevar a alguna confusión en tanto se desconocieran el valor e importancia de estas descripciones.

El sentimiento de futilidad y el miedo al derrumbe, la sensación de vacío, la disociación, la tendencia al acting out, son manifestaciones del Falso self, y sobre todo, una comunicación que habla de una búsqueda de esperanza, esperanza que se relaciona con la necesidad y deseo de ser encontrado por alguien.

En cambio en las psicosis no hay esperanza, no hay comunicación, no hay un Self verdadero que desee ser encontrado.

Los síntomas que Winnicott tempranamente describe (1960), incluyen los descriptos por otros autores, tales como Gunderson (1992) o Kernberg.

Tratando de ver esto sin sentimentalismos, las estadísticas de fin de siglo nos dicen que estos síntomas y con un criterio amplio de patologías Borderline, como: bajo rendimiento laboral, impulsividad, tendencias suicidas o manipuladoras al acting out, experiencias psicóticas leves, intensa afectividad y alteraciones en las relaciones íntimas, están presentes en la población en occidente entre el 10 y 14 %. Ellas nos marcan la urgencia de disponer de abordajes eficientes para su atención.

BIBLIOGRAFÍA.

- AICHHORN, A (1925) *Wayward Youth* (The Nueva York" Viking, 1935)
- ABRAM, Jan (1997). *On the use of real objects; symbolic realisation. Caso Matilda* Presentado al VII Encuentro de Winnicott, APdeBA. Bs.As. Foundation Winnicott, London
- GROTSTEIN, James, Solomon, etc. (1992) *El Paciente Borderline*. Ed. Catari. Bs As.
- FERENCZI, S. (1931). *Child Analysis in the Analysis of Adults*, en *Final Contributions to Psycho-Analysis* (Londres: Hogarth 1955)
- FARHI, Nina (1996). *In His Mother Name*, ex Presidenta Foundation Winnicott. London. Comunicación personal
- FREUD, Sigmund: (1926). *Inhibición, Síntoma y Angustia*. Cap. IX y IX. To XX. Ed Amorrortu. Bs. As.
- (1914). *On Narcissism*, Standard Edition, 14.
- GUNDERSON, John.(1992) " *Areas comunes entre los estudios psicoanalíticos y empíricos de la personalidad borderline* " , pag 68. En Grotstein, J. y col. *El paciente Borderline*. Ed. Catari. Bs. As.
- KHAN, Masud.(1975) *Temas de Psicoanálisis 1. Sobre Winnicott*. Eco Editores.
- MILNER, Marion.(1957, pag 62). En *Realidad y Juego*. D. W. WINNICOTT, 1972. Edit. Gedisa.
- WINNICOTT, D. W.: (1979). En *escritos de Pediatría y Psicoanálisis* -Ed. Laia -Barcelona
- (1935) *La Defensa Maníaca*.(1952a)*La angustia asociada con la inseguridad*.(1952b) *La psicosis y el cuidado de niños*.(1953)*La tolerancia de Síntomas en Pediatría*. (1945) *Desarrollo emocional Primitivo*. (1950-1955) *La Agresión en Relación con El Desarrollo Emocional*.(1956)*Tendencia Antisocial*.(1953)
- En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Ed. Paidós(1993).
- (1958) En cap. 1. Parte: *Pérdida y Recuperación del Sentimiento de culpa*, pag 32. (1963) *El enfermo mental entre los casos del asistente social*. (1960 a) *La teoría de la relación entre progenitores - infantes* (1960 b) *La distorsión del yo en términos de un Self verdadero y falso*.

1. Winnicott, (1960 b) " *La distorsión del yo en términos de un self verdadero y falso* " , en *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*.
2. Winnicott (1960a. pág. 52.), en "*Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*".
3. En " *El Paciente Borderline*". (1992, pag 68). "
4. *Idem* . (1992, pag 69).
5. *Idem*, cap. 6, pag 113.
6. En " *El Paciente Borderline* " (1992, cap. 6, pag 113).

