

WINNICOTT, SOBRE LA TRANSFERENCIA Y LA REGLA DE ABSTINENCIA

Lic. Prof. Alicia E. Pelorosso
Tel.: 011- 4-701-2972.
Bs. As. ariadnap@psi.uba.ar
AÑO 2003

Introducción

Mi exposición trata de presentar una síntesis acerca del concepto de transferencia, las ampliaciones e interpretaciones que Freud, S. le fue realizando y la relación con la regla de abstinencia en el campo de la clínica en el Psicoanálisis. En relación a estos dos conceptos, uno del campo teórico y otro de la teoría de la clínica, intento relacionar ciertas cualidades y características que sufren la transferencia y la abstinencia cuando se atiende a paciente que cuyo diagnóstico **no siendo** el de neurosis, nos vemos en la necesidad de establecer modificaciones al encuadre.

Dentro de la Argentina, el acercamiento a la práctica psicoanalítica en otros espacios que no fueran el consultorio, se inició relativamente alrededor de los años 70/80, cuando por su mayor número los psicólogos de práctica psicoanalítica ingresan a los Centros de salud Mental, hospitales y obras sociales. Destaco esta modificación porque como sabemos el psicoanálisis desarrolla su práctica desde los inicios fundamentalmente en el campo de las neurosis, en tanto en estas instituciones la demanda se amplía a cuadros más severos como las psicosis y los cuadros fronterizos, en sus distintas presentaciones, sean las depresiones, las adicciones, los intentos de suicidio, etc.

Esta expansión si podemos llamarla así, hizo necesario el interrogarse y responder sobre los puntos mencionados previamente, atendiendo las posibles modificaciones que estas patologías presentan en cuanto a la transferencia y desde el analista en cuanto a la abstinencia. También es de considerar si estas relaciones están modificadas en la clínica de espacios públicos y sociales, por la modalidad de derivación, frecuencia, y honorarios que generalmente no depende del mismo analista, sino que incluye a estos terceros que enmarcan la tarea.

Lo que diferencia una sesión psicoanalítica de otras psicoterapias, es fundamentalmente la realización de la práctica bajo la aceptación de su cuerpo teórico, puesto en marcha durante la sesión en la aceptación y ejercicio de ciertas reglas esenciales: la asociación libre, la escucha acerca de esta, que implica una disposición del analista en estado de atención flotante, la interpretación acerca de lo inconsciente, el reconocimiento e interpretación de la transferencia en las neurosis, la abstinencia del terapeuta en tanto acceder o actuar los deseos del paciente o los propios, y el registro de su contratransferencia. Este término o concepto ha tenido dentro de las distintas escuelas psicoanalíticas distinta jerarquía, que va desde una exagerada valorización como para solo interpretar desde ella, hasta su rechazo más absoluto, en tanto negar la existencia de la misma o ser tomada como un grave error teórico.

La transferencia en sus orígenes

En 1905, Freud¹, nos dice que la transferencia es el soporte necesario de los enlaces falsos y que permite el desplazamiento de las representaciones inconscientes sobre el analista facilitando el retorno de lo reprimido: "...la transferencia, destinada a ser el máximo escollo -una x a despejar, que retomaremos, en el epílogo del historial de Dora-, se convierte en su auxiliar más poderoso cuando se logra adivinarla (erraten) en cada caso y traducírsela al enfermo". Es decir que aquí Freud, considera que su solución es accesible y depende del arte de la interpretación: "...adivinar, reunir y comunicar en el momento oportuno"... "Este escollo vale como monto de afecto, que permite funcionar como auxiliar el desplazamiento de las representaciones inconscientes."

En 1912 Freud², se pregunta acerca de porque en el análisis la transferencia se presenta como la más fuerte resistencia al tratamiento; en los "*Trabajos sobre técnica psicoanalítica*"... la transferencia, de ordinario la más poderosa palanca del éxito", se muda en el análisis y "nos sale al paso como la más fuerte resistencia al tratamiento" y continua: "...Pero las resistencias que aquí tienen su origen no son las únicas, ni siquiera las más intensas"... "tiene que ser vencida esta atracción de lo inconsciente lo cual

¹ Freud, S: *Fragmento del análisis de un caso de histeria (Dora)*, "Epílogo", O. C., T. VII, Amorrortu.

² S. Freud (1912). - *La Dinámica de la Transferencia*. O. C. T. LVIII. ", Amorrortu.

equivale a levantar la represión de los instintos inconscientes y de sus productos. De aquí es de donde nace la parte más importante de la resistencia que mantiene tantas veces la enfermedad, aun cuando el apartamiento de la realidad haya perdido ya su razón de ser. El análisis tiene que luchar con las resistencias emanadas de estas dos fuentes, resistencias que acompañan todos sus pasos. Cada una de las ocurrencias del sujeto y cada uno de sus actos tiene que contar con la resistencia y se presenta como una transacción entre las fuerzas favorables a la curación y las opuestas a ella”.

Lo mismo se aclara para el amor de transferencia, en el que se encuentra otra cara de la resistencia. En *"Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (1914, 1915)* dice: "...no parece que del enamoramiento en la transferencia pueda nacer algo auspicioso para la cura..."-La técnica analítica impone el mandamiento de denegar a la paciente la satisfacción apetecida. "La cura tiene que ser realizada en la abstinencia" "hay que dejar subsistir en el enfermo necesidad y añoranza como unas fuerzas pulsionantes del trabajo y el cambio, y guardarse de apaciguarlas mediante sustitutos".

Aquí ya hace su aparición el concepto de abstinencia, la relación entre la abstinencia del analista, la transferencia y la resistencia. El analista no debe responder en la demanda transferencial de ser el objeto amoroso u odiado, que el paciente desea. "El analista sólo puede ofrecer sustitutos, puesto que la paciente, por su estado y mientras no hayan sido levantadas sus represiones,...será incapaz de lograr una efectiva satisfacción".

Buscaba una nueva manera de "actuar". Un "actuar abstinente" que revaloriza junto a la palabra, a la actitud y al gesto y que parte de la convicción de que la realidad cambia cuando cambia nuestra actitud frente a ella.

En 1914, transferencia y repetición quedan ligadas y distingue el *recordar* del *agieren*,(actuar). El principal recurso para dominar la compulsión de repetición del paciente y transformarla en un motivo para recordar, reside en el manejo de la transferencia. *El recuerdo y el agieren* son efectos de la repetición y ambos se juegan en el terreno de la transferencia. El modo de recordar o actuar en transferencia esta en íntima

relación con la repetición, cuanto menos recuerda el paciente, mas actúa y más repite.

El tratamiento intenta impedir al enfermo todas las acciones de repetición allí donde actúa, pues el recordar sigue siendo la meta. El actuar funciona bajo resistencia de transferencia: la transferencia coincide con la resistencia. Vale decir, la transferencia es igual a la resistencia y es el terreno donde la victoria debe ser lograda.

En "*Mas Allá...*"(1920), amplía el concepto de transferencia y lo hace amalgamar con el de resistencia: ...“Los fenómenos de la transferencia se hallan claramente al servicio de la resistencia por parte del yo, que, obstinado en la represión y deseo de no quebrantar el principio del placer, llama en su auxilio a la obsesión de repetición”... “Llegando a este punto el tratamiento, puede decirse que la neurosis primitiva ha sido sustituida por una nueva neurosis de transferencia. El médico se ha esforzado en limitar la extensión de esta segunda neurosis, hacer entrar lo más posible en el recuerdo y permitir lo menos posible la repetición”

II- La Regla de Abstinencia

La imposición de que el analista debe realizar el análisis en un estado de privación -de abstinencia- rechazando el goce que se le ofrece, surge de la convicción acerca de la duda sobre el carácter genuino del amor que los pacientes le ofrecen. Como sabemos el amor que los pacientes ofrecen se compone por entero de “...repeticiones y calcos de reacciones anteriores, incluso *Infantiles*”²..., siempre al servicio de la resistencia. La abstinencia es presentada como eje o núcleo que organiza el análisis y cumple la función de soporte de la transferencia

Freud,³ señala "... debemos dejar subsistir en los enfermos la necesidad y el deseo como fuerzas que han de impulsarlo hacia la labor analítica y hacia la modificación de su estado y guardarnos muy bien de querer amansar con subrogados las exigencias de tales fuerzas"

² Freud, S. (1918) -"Nuevos caminos..", O. C., T. XII. Amorrortu.

⁴ Freud, S. (1918) "Los caminos de la terapia psicoanalítica". O. C., T. XII. Amorrortu.

En 1918.⁴, Freud, S. dice "Hemos de cuidar de que la dolencia del enfermo no alcance un término prematuro. Al quedar mitigada por la descomposición y la desvalorización de los síntomas, tenemos, pues, que instituir otra nueva, sensible privación".

Freud, espera de este modo encontrar en la vivencia de frustración del paciente un estímulo para la continuación del tratamiento. A estos criterios debemos sumar el concepto económico en el que Freud dice que la libido liberada por la curación al no poder investir de inmediato los objetos externos quedan ligadas por la transferencia a la figura del analista, favoreciendo así el proceso terapéutico

Por un lado encontramos el abstenerse de toda acción o de dar satisfacción para el paciente, pero esto no quita que debe ofrecerse para la transferencia, con fines de frustrar. Esta idea de frustrar, retirarse, no otorgar, es posteriormente muy trabajada por autores posfreudianos, entre ellos Winnicott, que como veremos desarrolla consecuencias muy importantes dentro de su teoría tanto para la situación analítica, como para la construcción del objeto- objetivo en el bebe.

Esta frustración que tiene la forma de "no hacer..." una "neutralidad", derivada de la regla de abstinencia, implica no solo el no acceder, sino que indica una actitud activa por parte del analista. La actitud activa consiste en el respeto por los valores religiosos, morales y sociales del analizado que lleva al terapeuta a abstenerse de dirigir la cura en función de un ideal cualquiera, excepto alcanzar una capacidad para vivir.

La actitud de abstinencia es activa en tanto debemos hacerla efectiva para proseguir y alcanzar la meta: debemos evitar el contacto físico con el paciente, estamos inhibidos de satisfacer la mayor parte de sus deseos, y estamos descalificados para saciar la curiosidad respondiendo preguntas u orientar la vida del paciente a través de consejos. "El analista solo puede encontrar el centro de su actividad terapéutica en la verbalización de interpretaciones o en el ejercicio de su particular manera de escuchar."⁵

⁵ Chiozza, (1979).

Actuando de este modo, aceptando las limitaciones en el hacer nuestro, la actitud neutral frente a las manifestaciones transferenciales, nos evita el peligro de caer en el juego del analizando repitiendo nosotros, actuando (contratransferencia) el rol de los objetos significativos de su historia.

La abstinencia que compete al analista, es un punto clave para la situación de análisis, en la abstinencia se evita la identificación con el paciente, los roles que nos adjudican o que nuestro odio o narcisismo nos indican. Sin embargo hay situaciones que pueden interpretarse como infracción cuando damos la mano, que puede ser interpretada en ciertos casos como parte de una satisfacción erótica o se aconseja al analizado sobre las normas de conducta a llevar, dentro del contrato o marco. Según⁶ Obstfeld y col., (1979)⁶, todas estas acciones tienen el objetivo de cumplir con el ideal curativo del terapeuta, que está presente a todo lo largo del tratamiento, imprimiendo la dirección de la cura

La pregunta que surge alrededor de estas contradicciones, es, ¿cuál es el límite de esta regla?. La respuesta paradójicamente parece sencilla; el llamado sentido común, forma corriente del criterio de realidad, a veces tan difícil de alcanzar, es una señal de sabiduría de un "aprendiendo de la experiencia", este sentido común, debe regir ante situaciones límites que pongan en peligro al paciente, cuidando que el terapeuta no quede obsesivamente ligado a un ideal de abstinencia o que caiga en la satisfacción sádica de observar la destrucción de su paciente.

En oposición a esto y en el otro extremo, se encuentra un modelo de terapeuta motivado a romper la regla de abstinencia en cuanta ocasión pueda, del que podemos interpretar que en el contexto íntimo de su vida tiene una marcada preferencia hacia la acción, al *agieren*, en desmedro de la reflexión, con una fantasía maniaca de que la realidad angustiante es mejor y más rápidamente modificada a través de la acción; que el hacer es siempre e inevitablemente mejor que el decir y el decir mejor que el pensar.

⁶ Obstfeld y col.,(1979).

Repasando las reglas iniciales del psicoanálisis se puede decir que mientras al paciente le compete la tarea de hacer la psicosis, la tarea del analista será atemperar el "furor curandis e "impulsarlo hacia la labor analítica" ⁷. Es posible pensar entonces que tanto el "furor curandis" como toda otra conducta que desborde compulsivamente la actividad interpretativa inculcando ideales o gustos, otorgando órdenes o consejos supone una dificultad en una parte del psicoanalista. Una falla o ausencia del análisis del analista.

Freud, en 1911⁸, dice que: "la regla de abstinencia al insistir sobre la necesidad de mantener un clima de frustración en el tratamiento no hace otra cosa que introducir en él, al principio de realidad"... El éxito de nuestra tarea esta basado en un amplio reconocimiento de la transferencia y la contratransferencia (tómesese esta como los impactos sobre el narcisismo del analista) en la relación con su paciente. Esta es resultado del análisis del analista, de la capacidad para asumir responsabilidades, y saber cual es el limite de su omnipotencia.

El analista debe tener la capacidad para poner un tiempo y espacio entre sí y su paciente. Una capacidad que contratransferencialmente lo desidentifique del lugar o la relación de objeto que el paciente le propone y simultáneamente acepte ser el objeto de la transferencia.

Estas complejidades nos introducen en preguntas acerca de ¿cual es la forma de accionar del analista cuando se observa en el paciente dificultades en su crecimiento o distorsiones en su vida sexual o social que le acarrearán, graves trastornos y experimenta impotencia de no poder modificarlo?.¿Hay una oportunidad para infringir la regla de abstinencia e ingresar en la escena psicoanalítica con un consejo, una orden o un consuelo?. Los interrogantes que se abren son multiples, incluyen la duda acerca de si es valido un solo marco analítico, para abordar a distintas patologías, al paciente era lo adecuado para el?.

III. Sostén, conducción se oponen a la privación y la abstinencia?

Introducción

⁷ Freud, S. (1912): "La Dinámica de la Transferencia". O. C., T. VII. Amorrortu.

⁸ Freud, S. (1911): "Los dos principios del suceder psíquico" O. C., T. VII. Amorrortu.

El concepto de abstinencia implica necesariamente una frustración, que deja un espacio vacío, que el paciente llenara creativamente aceptando la imposibilidad de lo deseado. Para introducirnos en el análisis de la implicancia de los conceptos de sostén y manipulación en la clínica de D. Winnicott, es necesario hacer algunas referencias a la teoría del Desarrollo Emocional aunque debemos reconocer que simplificar esto puede ser conveniente.

Para destacar la presentación que Winnicott, hace de si mismo en uno de sus mas espontáneos escritos: "El gesto espontaneo", miembro de la Sociedad Psicoanalítica Británica durante la segunda generación de psicoanalistas, contemporáneo de dos "grandes de su época", Melanie Klein y Ana Freud, miembro del llamado "grupo del medio" y dos veces presidente de la asociación, Winnicott defiende el derecho a hacer uso de un lenguaje propio. Expresión que puede parecer banal si se interpreta por afuera de sus propuestas teóricas y no se leen como lo que quería decir a sus colegas contemporáneos: voy a decir y escribir por encima de los permisos que las teorías oficiales me otorgan.

La otra particularidad de su teoría de la clínica, es que esta se desarrolla a partir de una correlación entre las observaciones que realizo del desarrollo de los bebés y de los niños y la madre en relación a la posición y actitud del analista. Esta correlación ha llevado muchas veces a que se realizara una lectura simplista que confunde la tarea del analista con la posición materna. Una lectura apresurada lleva a la creencia de que la posición del analista es la de "maternaje", olvidando la importancia de la introducción en la teoría del concepto de Medio Ambiente. Importancia no solo para las etiologías de las psicosis durante los primeros tiempos del bebé, sino para capacidad de creación y desarrollo de un espacio transicional, raíz de las simbolizaciones que nos lleva obligadamente a otro concepto casi final de la teoría, que es el de que el sujeto humano vive dentro de una experiencia cultural toda su vida. Esta transición teorica se apoya en el descubrimiento del pocas veces bien interpretado Objeto Transicional, sobre todo en sus consecuencias.

La Capacidad materna de "fallar" o sea no conceder como el inicio, en este segundo tiempo, origina una de las tantas paradojas del bebé, el

encuentro /creación del objeto transicional. Pongo el énfasis en esta original frase, encontrar /crear, con el que Winnicott inicia una serie de paradojas a lo largo de toda su teoría, que abre a otras paradojas, imprescindibles para explicar una concepción del ser humano como persona total, es decir sin fragmentaciones ni fuertes disociaciones y con una capacidad para comunicarse consigo mismo, una comunicación entre el verdadero y Falso Self.

Estas son las consecuencias de que el bebé adquiera y la madre otorga, la capacidad para construir un O. T. Será el iniciador de un puente, que dará origen a la constitución de la diferencia yo/ no yo, un complejo proceso que requiere de este imprescindible puente que se tiende sobre el espacio de las discontinuidades existentes entre lo externo/interno. Este puente es un espacio psíquico, no ubicable en la tónica freudiana, que Winnicott llamo espacio potencial y que dará origen a la capacidad para jugar y simbolizar. Es un espacio donde la actividad principal es la de crear, apoyada esta actividad en la frustración (abstención) materna.

Es imprescindible la existencia de un objeto material sobre el cual se apoya este Objeto transicional, resultante de la desilusión /frustración. Un objeto que represente y no sea la madre. La esencia de la ilusión no es la idéntica de la alucinación freudiana, la alucinación gratificatoria de deseo es su precursora, la condición para la instalación de la ilusión es esta paradoja: para ser creado el objeto debe ser hallado (Winnicott, D. W., 1971).⁹ Pero este proceso no es siempre posible y aquello que consideramos como dado, es decir, la creación de un mundo externo y una vivencia de la vida creativa, no es una propiedad alcanzada por todos.

Como conclusión de lo expuesto, la madre debe frustrar (fallar), en un segundo tiempo, cuando ya se ha consolidado la omnipotencia en el bebé y tiene una capacidad para crear lo ofrecido, es decir iniciar una primera posesión, algo que no está ni adentro ni afuera del bebé, que aun no es un ser diferenciado, y que está en una zona intermedia, un tercer espacio. Aclarados estos temas podemos realizar una correlación entre la teoría del desarrollo emocional y la teoría de la clínica, en la posición en que

⁹ Winnicott, D. W., (1971).

queda el analista y que función cumplen en el análisis el sostén y la manipulación.

IV. La dirección de la cura en las modificaciones al encuadre.

Retomando el concepto de Medio ambiente, una manera impersonal para referirse a las funciones que generalmente realizan las madres, Winnicott destaca sobre todo las consecuencias que la falta de una provisión adecuada de las satisfacción de necesidades (fallas tempranas del medio ambiente, ocurridas durante la etapa del narcisismo primario provocan. Pero estas fallas son precisamente las que no pueden ser recordadas, ni pueden ser representadas, ya que solo produjeron discontinuidades en la existencia que llevo a organizaciones defensivas en que la escisión de la persona, como mecanismo defensivo era predominante por encima de la represión que es posterior. Es decir, ahí, aun no se había construido un psiquismo que pudiera realizar funciones como deseos, símbolos, procesos secundarios. Las fallas tempranas, continuas y permanentes, alteran todo tipo de desarrollo , no solo el emocional, sino también el biológicos.

Diego Cohén (2004), en su artic. " Neurobiología de la psicoterapia psicoanalítica", destaca estudios acerca de la la importancia para el cerebro de los cuidados infantiles. "El ambiente enriquecido promueve el desarrollo de circuitos colinérgicos, opioides y monoaminérgicos en el hipocampo. Estas sustancias intervienen en mecanismos de aprendizaje, plasticidad sináptica y procesos de neurogénesis. Acerca de estos mecanismos resulta interesante mencionar la experiencia llevada a cabo en un orfanato ubicado en Rumania, en el cual los niños abandonados mostraron, respecto al grupo control, déficit en pruebas intelectuales y en la socialización. Esto permite unir el concepto de experiencias adversas tempranas y su impacto futuro en la patología *borderline* con aspectos neurobiológicos, ya que los neurotransmisores mencionados (especialmente la acetilcolina) intervienen en procesos cognitivo".

El estudio de muchas y en distinto grado graves patologías actuales, se encuadran dentro de la imposibilidad de simbolización, de la que como

sabemos esta determinada por lo expuesto anteriormente y de acuerdo a Winnicott, la incapacidad de desarrollar una relación con un objeto externo. Por estas mismas razones, considero conveniente diferenciar criterios de analizabilidad, diferenciando los tres tipos de estados patológicos para abordar desde el psicoanálisis, que necesitaran marcos y tipo de vínculos diferentes, así como la transferencia será muy distinta en cada uno.

Distingue básicamente 3 grupos de pacientes:

1. Pacientes que funcionan como personas completas, siendo sus dificultades en torno a la esfera de las relaciones interpersonales. Pasibles de abordarse desde el psicoanálisis clásico, tal como lo elaboró Freud.

2. Pacientes cuya personalidad empieza a ser completa, pero aun no es una Persona Total, es decir han alcanzado un cierto grado de integración pero mantiene fallas severas en la relación consigo mismo y con el mundo externo con el concomitante reconocimiento de una dependencia extrema. El análisis aborda el tránsito, hacia una mejor capacidad de integración y por ende el de alcanzar la capacidad de creación y de independencia. Es el análisis de la fase de la preocupación por el otro y de lo que Klein denomino, posición depresiva.

Muchas veces presentan una personalidad sobreadaptada, de sumisión con dificultades para tomar contacto con sus afectos y emociones o en rebeldía absoluta. Son pacientes con una fuerte tendencia a que su vida sea vivida maniacamente o depresivamente. Muchos casos de adicciones, alcoholismo, actuaciones con intentos de suicidio, etc. Pertenecen a esta franja psicopatológica. La transferencia y el modo de que estos pacientes se relacionan con sus analistas es al modo de relación de un Objeto transicional. Esta aclaración es importante, el analista no esta ubicado como un objeto interno, ni un objeto externo.

Al respecto Winnicott señaló la importancia de "escuchar" a los pacientes que se quejan de "...de no sentirse reales...", de "...ser incapaces de sentir..." y "...de nunca decir lo quieren decir, sino más bien de hacerse eco de las palabras de otro..." (Winnicott, D.W. 1960). Para este tipo de pacientes la experiencia subjetiva es siempre fragmentaria o simplemente

carece de ella. El self está desconectado del discurso. Los sentimientos son sentidos como no existentes. Investigaciones objetivas realizadas por psicoanalistas norteamericanos, con pacientes diagnosticados como Borderline, Greenberg, Ramón, Craig S., Seidman, L., (1992), identificaron las respuestas al test de Rorschach, que evidencian la relación con las tarjetas y las manchas como objeto transicional, y rastrearon cuales eran las modalidades aperceptivas que se manifiestan en el test, teniendo en cuenta lo hasta ahora expuesto sobre el O.T.

-La observación de familias de pacientes Borderline dentro del contexto de tratamientos, las caracterizan por tener 1-un desenvolvimiento dependiente y 2- otro modelo más común esta caracterizado por la negligencia.

3. Pacientes cuyo análisis debe enfrentar a las primeras fases del desarrollo emocional, antes y durante la instalación de la personalidad como entidad. Es en este último punto, en donde engloba a los pacientes pasibles de ser denominados psicóticos, puesto que Winnicott sostiene que "...se entiende por "psicosis" la enfermedad que tiene su punto de origen en las etapas del desarrollo individual anteriores al establecimiento de la pauta de la personalidad individual, (Persona Total)

Son pacientes que no vivenciaron las condiciones de sostén y seguridad, tuvieron extremas experiencias de "caída", maltratos, indiferencia, violencia, y abandonos. Sufrieron fallas irreparables cuando eran bebés incapaces de protegerse a sí mismos.

En el caso de pacientes psicóticos o fronterizos, Winnicott trata de adecuar el encuadre terapéutico a las necesidades especiales del paciente. Estos ajustes tienen que ver con varios parámetros del mismo: las sesiones pueden durar hasta tres horas y el contacto físico ocasional con el paciente está permitido.

En distintos casos, sugiere que, el terapeuta debe permitir la regresión en el tratamiento, creando un ambiente propicio para que el paciente experimente el sostén y la omnipotencia. Esta es la única manera de alcanzar progresos significativos en el tratamiento. La regresión es a estados de dependencia con el medio ambiente.

En estos casos el marco cobra mayor importancia que la interpretación. El comportamiento del analista, representado por «el marco», es percibido gradualmente por el paciente como algo que da pie a una esperanza y una confianza, y el paciente puede empezar a correr los riesgos propios de empezar a "experimentar la vida".

En los casos de psicosis, una vez alcanzado el momento de gran dependencia, el paciente, se halla en un profundo estado de regresión a los procesos precoces de desarrollo.

El "encuadre especial" posibilita la regresión, que facilita la dependencia con el terapeuta. De este modo, el paciente experimenta tanto la omnipotencia inicial como la severa Deprivación posterior, posibilitando la creación en análisis de un espacio transicional, para el inicio de una capacidad en la simbolización.

V. Privaciones ocasionadas por los errores del terapeuta o su comportamiento inadecuado.

Si bien la privación y la abstinencia refuerzan al paciente, ya que lo enfrentan a la frustración, el enojo, la envidia, los celos, hay momentos en que los pacientes sufren de privaciones innecesarias debidas a errores del terapeuta, por ejemplo, un medio ambiente terapéutico que no sea suficientemente cálido, que haya una excesiva distancia, que haya sobreidentificación.

Al inicio del análisis, el deseo de un objeto omnipotente es relativamente satisfecho en la transferencia, en las experiencias de empatía, espejación e idealización a las que Winnicott se refiere como omnipotencia, pero poco a poco se va instalando una inevitable decepción.

En el artículo la posición depresiva en el desarrollo emocional normal. Winnicott describe a la madre que hace confrontar la realidad a su hijo por medio de pequeñas dosis. Así como los intentos que realiza el terapeuta para regular la desilusión del paciente.

La implementación de condiciones especiales concretas y reales que se adaptan particularmente al trabajo con los aspectos mas primarios de la infancia en los pacientes que nunca recibieron la atención que necesitaban

nos lleva a muchos cuestionamientos: ¿es una satisfacción de necesidades genuina? De ninguna manera, este es solo un inicio que permite la regresión, tarea compleja para el analista con los fines de que posteriormente se cree un espacio entre los dos, (Winnicott dirá espacio de juego?) para un posterior alejamiento del paciente de sus necesidades de dependencia.

En los casos de privación básica, es precisamente el esfuerzo del terapeuta de adecuarse al paciente, que promoverá el descongelamiento de la falla inicial. Sin embargo este mismo sostén silencioso, generalmente despierta amargas quejas del paciente hacia el terapeuta.

La problemática de la transferencia, para Winnicott, se realiza en el campo de la ilusión y no en el de la alucinación, ni el del delirio ni en el de la confusión. Porque mientras el delirio es una nueva realidad, la ilusión recae siempre sobre aquello que podría ser la realidad.

Solamente cuando la transferencia es considerada una ilusión, podrá ser comprendida desde la dimensión de la interpretación del deseo. La técnica consiste en esperar y colaborar con el despliegue del funcionamiento psíquico de cada sujeto, en el registro de la ilusión transferencial y en un tiempo anterior al de la interpretación.

Estas reflexiones están destinadas al abordaje clínico de pacientes Borderline y psicóticos. Para ser eficaces, afirmó, las interpretaciones deben provenir de un objeto que es interno- externo, pero que también debe existir en la realidad. ".....Para ser eficaz, esta manera de interpretar del analista debe ser remitida a la capacidad del paciente de situar al analista fuera del área de los fenómenos subjetivos..."(Winnicott, D. W.,1963)

"...El tipo de análisis que yo hago lo lleva a cabo el paciente, no yo...[.Para mí significa comunicarse con el paciente desde la posición en que me coloque la neurosis de transferencia].....Será acaso que algunas personas hacen el análisis de una manera más activa que yo, sin apoyarse en el proceso del paciente, de modo tal que el análisis descansa sobre la tarea del analista?...." (Winnicott, D. W., 1959,1962)

Bibliografía

- Kaler S, Freeman B. Analysis of Environmental Deprivation: Cognitive and Social Development in Romanian Orphans. J Child Psychol Psychiat 1994; 35: 769-81). En Neurobiología de la psicoterapia psicoanalítica: Diego Cohén (2004): Psicofarmacología Nro 24. Bs. As.
- Chiozza, Gustavo: "La interpretación indirecta de la transferencia". Presentado en diciembre de 1999 en el Instituto de Docencia e Investigación de la Fundación Luis Chiozza.
- Cosentino, Juan Carlos: "Construcción de los Conceptos Freudianos"
Freud, S (1901-05): "Fragmento del análisis de un caso de histeria (Dora), "Epilogo", O. C., T. VII. Amorrortu.
- Freud, S (1912): "Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico" LIX, en Obras completas, T. II, Biblioteca Nueva, Madrid, 1967
- Freud, S. (1910). "La responsabilidad moral por el contenido de los sueños". OC. XIX, AE. Bs. As 1978-85.
- Freud, S. (1910): Conferencia "El porvenir de la terapia psicoanalítica"
- Freud, S. (1911). "Los dos principios del suceder psíquico", en Obras Completas. T. II, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1967.
- S. Freud, "Sobre la dinámica de la transferencia", O.C. T. XII, Amorrortu.
- S. Freud (1912). LVIII - La Dinámica De La Transferencia
- Freud, S. (1914): "Introducción del Narcisismo", T. XIV, AE.
- Freud, S. (1914/1915, Pág. 445), "Observaciones sobre el amor de transferencia -LXIV - AE.
- Freud, S. (1918 Pág. 451). "Los caminos de la terapia psicoanalítica" en Obras Completas, T. II, Biblioteca Nueva, Madrid, 1967
- Freud, S.(191...) Nuevos caminos de la terapia analítica. O.C. T. XVII, Amorrortu.
- Freud, S.(1916/17). "Conferencias de Introducción al Psicoanálisis". Conf. 26. T. XVI.
- Greenberg Ramón, Craig S., Seidman, L. Etc.(1992). "Fenómenos Transicionales y el Rorschach" en Grotstein, J. y col. Ed. Catari. Bs. As.
- Hartmann, Alicia: "El trabajo de pagar con palabras". Seminario Lacaniano, año 13, Nº 9, junio 1998.

-Hartmann, Alicia: "Lo que Margaret Little nos enseña". Seminario Lacaniano, año 12, Nº 8, Mayo 1997.

-Little, Margaret "Transferencia neurótica y transferencia psicótica". Janson Aronson, Londres, 1981.

-Little, Margaret: "La contratransferencia y la respuesta del paciente". Janson Aronson, Londres, 1981.

Winnicott, D. W.: En "Los procesos de maduración y el ambiente facilitador", Ed. Paidós, 1992.

.....(1960) . "Teoría de las relaciones entre padres e hijos".

.(1962). "La provisión para el niño en la salud y en la crisis".

.....(1962). "La teoría de la relación paterno filial".

.....(1962) "La integración del ego en el desarrollo del niño".

En "Escritos de pediatría y psicoanálisis" Ed Laia, 1979. Barcelona

..... (1954). "Metapsicología y aspectos clínicos de la regresión"

..... "Variedades clínicas de la transferencia"

....."El odio en la contratransferencia"

Winnicott, D. en "Exploraciones Psicoanalíticas I" Paidós. Bs. As. 1991

"El miedo al derrumbe" (1963)

"Importancia del Encuadre en el modo de tratar la Regresión en Psicoanálisis" (1964)

"La Psicología de la Locura: una contribución psicoanalítica" (1965)

"El concepto de regresión clínica comparado con el de organización defensiva" (1967)

Dr. Diego Cohén (2004): "Neurobiología de la psicoterapia psicoanalítica". Revista Psicofarmacología, Nro 24. Bs. S.