

Consideraciones sobre las psicosis desde el “vértice” de la Escuela Inglesa de Psicoanálisis

Considerations about the psychoses from the ‘vertex’ of the English School of Psychoanalysis

Por Fabiana Freidin¹

RESUMEN

Los autores de la Escuela Inglesa de Psicoanálisis abordan las psicosis. Llevan adelante curas de las que dan testimonio en sus escritos. Crean teorías o modelos y, en consecuencia, enfoques clínicos que, aunque diversos, coinciden en ir “más allá de las neurosis de transferencia”. El esquema clásico del psicoanálisis no les resulta suficiente para producir cambios en el psiquismo de estos pacientes, dado que buscan generar modificaciones estructurales. En el presente trabajo se exponen las teorizaciones sobre las psicosis de tres destacados psicoanalistas: Klein, Bion y Winnicott. Se ubican puntos de encuentro y de divergencia en relación con este tópico. Se subraya el modo en que ellos presentan un importante volumen de material clínico a los lectores. Muestran, tanto el discurso de los pacientes adultos y el juego en niños, como así también sus intervenciones. De este modo, se ve facilitada la transmisión de sus particulares abordajes. Estos no solamente involucran aspectos conceptuales y clínicos, sino que reflejan, además, una postura ética.

Palabras clave: Escuela Inglesa - Psicoanálisis - Psicosis - Abordaje teórico-clínico

ABSTRACT

The English School of Psychoanalysis authors approach the psychoses. They develop cures of psychotic patients and expose them in their writings. They create theories or models and therefore, clinical approaches which despite being diverse, coincide on going ‘beyond transference neurosis’. The classic scheme of psychoanalysis is not enough for them to produce changes on patient’s psychism, given that they look for the generation of structural modifications. The theorizations about psychoses developed by three well-known psychoanalysts: Klein, Bion and Winnicott are exposed in this paper. Points of coincidence and divergence related to this topic are highlighted. The way they introduce an important volume of clinical material to their readers is underlined. They show not only the adult patients speech and children’s play, but also their interventions. Consequently, the transmission of their particular focuses is eased. These approaches not only involve conceptual and clinical aspects, but also reflect an ethical posture.

Keywords: English School - Psychoanalysis - Psychoses - Theoretical-clinical approach

¹Universidad de Buenos Aires (UBA). Facultad de Psicología. Doctora en Psicología. Facultad de Psicología UBA. Profesora Adjunta Interina. Facultad de Psicología UBA. Investigadora UBACyT. E-Mail fabianafreidin@hotmail.com

Introducción

Este artículo se propone analizar el abordaje que realiza la “Escuela Inglesa de Psicoanálisis” sobre las psicosis, a partir de los desarrollos de tres destacados autores: Klein, Bion y Winnicott.

Con la finalidad de llevar adelante este propósito, se considera apropiado utilizar el término “vértice”, elegido por Bion para referirse a la “perspectiva” o el “ángulo” para comprender la experiencia analítica y comunicarla (Grinberg, Sor y Taback de Bianchedi, 1991); en este caso se habla de “vértice” para abordar las psicosis.

Como la Escuela Inglesa comprende distintas teorías y diferentes autores, y al decir de Etchegoyen (1980) “tiene más unidad histórica que doctrinaria”, es preciso demarcar los aspectos distintivos que cada uno de los tres autores presentan al tratar esta entidad nosológica, ubicando puntos de encuentro y de divergencia. Interesa, asimismo, considerar las consecuencias que estos abordajes tienen en la clínica con pacientes psicóticos.

Se comenzará este recorrido con Melanie Klein, y se seguirá con Bion, dado que éste es un autor “post-kleiniano”, que sigue las hipótesis por ella trazadas, mientras que Winnicott pertenece al grupo independiente, que disiente con algunos postulados kleinianos, creando otro enfoque, aunque dentro de la misma Escuela.

Klein se incorpora en 1926 a la Sociedad Psicoanalítica Británica, convocada por Jones, luego de incursionar en el psicoanálisis con niños en Budapest y desarrollarlo en Berlín, donde conduce numerosas curas de niños y adolescentes, más de una veintena, muchos de ellos en el Policlínico de Berlín.

Se dirá, para empezar a desarrollar el tema que aquí se aborda, que esta psicoanalista, si bien comienza siguiendo a Freud, crea una teoría original, sobre todo a partir de la conceptualización de las posiciones y de las emociones básicas.

Trabaja inicialmente con niños y extiende su labor al análisis de adultos.

Klein se aboca al estudio del psiquismo del niño como individuo, considerando que existen relaciones objetales desde el inicio de la vida, privilegiando la fantasía inconsciente, modelizada por los mecanismos de introyección y proyección. No hace foco en las funciones que desempeña el otro materno. Son Bion y Winnicott quienes aportan el aspecto vincular, las funciones específicas a cargo de la madre, que permiten estructurar el aparato psíquico, ya que el *infans* no puede lograr este cometido solo, dada su prematurez.

Los tres trabajan el psiquismo temprano: deben darse procesos muy precoces, entendiendo que ellos permitirán-en la medida en que puedan desplegarse- el desarrollo emocional de un infante. Cuando estos procesos tempranos fracasan se hace posible la emergencia de las psicosis.

En el tratamiento con pacientes psicóticos todos ellos utilizan el método psicoanalítico. Los dos primeros privilegian la interpretación. Winnicott, si bien no la descarta, aborda estos casos con una técnica propia,

heterodoxa respecto al kleinismo.

Es un sello distintivo de estos autores el presentar profusamente material clínico para ilustrar tanto sus teorías como así también sus intervenciones. Intercalan en sus textos relatos de pacientes adultos, los juegos de los niños y sus intervenciones, que ellos mismos comentan. Otras veces presentan historiales completos¹. En todos los casos ubican al lector como un “testigo” de la práctica de la que ellos brindan testimonio, práctica que se modeliza en la interacción constante con la teoría en la que se sustentan.

A ese respecto, Claudia Frank (2009), psicoanalista alemana, investiga sobre manuscritos, textos inéditos y notas que Klein tomaba en los tratamientos, y los relaciona con sus textos publicados. Lleva adelante una comparación metódica entre todos ellos, advirtiendo discrepancias o aspectos novedosos; busca lo que llama “puntos de cristalización” (2009: 30) en cada uno de sus casos, a partir de un estudio minucioso del eje transferencia/contratransferencia. Sostiene que los lectores, en tanto observadores externos a la situación analítica, al conocer esas notas, espontáneas y no revisadas, podrían llegar a comprender aspectos que para el propio analista se encontraban poco claros, y estarían en condiciones de advenir a nuevos significados. Así el paciente, el analista y los lectores llegan a una suerte de “triangulación” (Stake, 1995) que comprende una lectura dinámica de los casos, abierta a una mayor comprensión.

La forma en que los autores abarcados por la Escuela Inglesa presentan su clínica facilitaría una lectura como la que Frank y Stake plantean. Ella permite comprender los conceptos con los que esta se imbrica, en la experiencia captada en el “aquí y ahora de la transferencia”. Este aspecto es importante a la hora de hacer referencia al abordaje de cada uno de los autores, que será, por lo tanto, una referencia a tres enfoques teórico-clínicos.

Antes de explicar los abordajes de las psicosis para cada uno de estos psicoanalistas, no podemos dejar de mencionar a Freud, quien diferencia neurosis, psicosis y perversión. En su enfoque no hay continuidad entre un cuadro y otro, mientras que, para Klein, se trata de una diferencia de grado en el uso de las defensas y el *quantum* de ansiedad.

Puede decirse que el *corpus* teórico freudiano reside en un estudio pormenorizado de la neurosis. Describe los avatares de la represión, los síntomas, la identificación, las neurosis de transferencia, entre otros.

Respecto de las psicosis, Freud aspiraba a no excluir la del campo psicoanalítico. En “Nuevas puntualizaciones sobre las Neuropsicosis de defensa” (1896), examina el caso de una paciente paranoica crónica de 32 años. A pesar de las voces y alucinaciones que ésta presenta, Freud cree en la posibilidad de trabajar con interpretaciones, levantando represiones. El escaso resultado obtenido en este caso y en otros, lo lleva a tratar de explicitar cada vez más el fenómeno operante en la psicosis. Escribe a Fliess en la carta del 4 de abril de 1900: “Me vi forzado a despedir mi último nuevo caso, al cabo de dos semanas: se trataba de una paranoia”

(2004, Chemama y Vanderersch).

También explica Freud cómo se manifiesta “el lenguaje de órgano” en la esquizofrenia (1915), la diferenciación entre neurosis narcisistas y neurosis de transferencia (1916), consideraciones sobre los celos, la paranoia y la homosexualidad (1921), sobre la “pérdida de realidad” en la neurosis y en la psicosis (1924), entre otros. En el trabajo sobre Schreber (1911) realiza un análisis riguroso de un texto, sin que se trate de una cura por él conducida.

Son los autores de la Escuela Inglesa, entre otros, quienes abordan las psicosis, llevando adelante curas que testimonian en sus escritos, entre ellos, los autores que aquí nos convocan.

¿Qué es lo que permite este abordaje? Seguramente los conceptos que ellos desarrollan operan como “llaves”, que dan apertura a nuevos campos de indagación.

Puede señalarse que estos autores crean teorías o modelos y, en consecuencia, enfoques clínicos que, aunque diferentes, coinciden en ir “más allá de las neurosis de transferencia”. Todos ellos trabajan cuadros fronterizos, confusionales o más aun, psicóticos. El esquema clásico del psicoanálisis, basado en las neurosis de transferencia, no les resulta suficiente para producir cambios en el psiquismo de estos pacientes, dado que buscan generar modificaciones estructurales.

Tal como se dijo antes, los tres autores, desde diferentes perspectivas conducen su investigación a lo arcaico, a lo primitivo del acaecer psíquico, considerando que ello se manifiesta en las psicosis. La perspectiva es vincular y alude a relaciones objetales muy tempranas.

Es importante resaltar que la intelección de estos vínculos arcaicos y de su posible devenir patológico, no deviene de la observación. Estos vínculos son comprendidos y teorizados a partir del estudio de la transferencia, tanto en pacientes adultos, como con niños pequeños. Estos aspectos se presentifican en la transferencia y podrán interpretarse (Klein y Bion), o bien, reeditarse más allá de lo posible de ser dicho, en el interior de una experiencia analítica basada en la confianza y el sostén (Winnicott).

Se subraya que el modelo que sustenta la Escuela Inglesa sobre la constitución del psiquismo no es estructural. El tiempo es lineal, genético, sin retroacción. Factores tempranos determinan el devenir de un desarrollo normal o patológico.

Interesa demarcar las características esenciales de sus respectivos enfoques acerca de la psicosis, enfatizando que involucran aspectos conceptuales y clínicos, que se reflejan en una posición ética.

Melanie Klein y su encuentro con las psicosis en niños

Al momento de su inclusión en la Sociedad Británica, Klein ya tenía una importante experiencia en el análisis de niños. Si hasta ese momento, algunos psicoanalistas abordaban a los sujetos infantiles para demostrar la

validez de las premisas freudianas acerca de la sexualidad infantil y el Complejo de Edipo, Klein se enfrenta con descubrimientos que la llevan a crear conceptos originales, dado que la teoría freudiana, de la que parte, no le resulta suficiente (Frank, op. cit).

Klein aprehende las particularidades del psiquismo infantil, trabajando con la transferencia (1926, 1927a, 1955). No es igual reconstruir la neurosis infantil en un adulto, que captar el sufrimiento infantil que se pone en juego en el dispositivo analítico. Analiza pacientes de corta edad, a partir de los dos años y nueve meses (Rita), sin retroceder frente a los escollos que habían señalado el mismo Freud, su hija Anna, Hug Hellmuth, Ferenczi y Abraham; registra la transferencia negativa y la interpreta.²

Su particular disposición hacia la detección del psiquismo infantil la orienta al logro de una comprensión de los conflictos que se presentan tempranamente. De este modo, rompe el mito de la “infancia feliz” (Klein, 1932), pudiendo inteligir las fantasías infantiles sádicas, las imagos que configuran el superyó, dado que advierte que éste es mucho más temprano y severo, aspecto que infiere de la angustia y la culpa que sus pacientes infantiles ponen de manifiesto en sus síntomas y múltiples trastornos, que presentan a muy corta edad.

Así, bajo transferencia, la angustia, la culpa, producto del sadismo dirigido en la fantasía a los padres en coito son interpretados, aliviando al Yo de la presión superyoica.

Cabe aclarar que en los escritos del periodo comprendido entre 1921 a 1926, advertía sobre la presencia de rasgos neuróticos en niños, que convocaban a los psicoanalistas a interpretar las fantasías y deseos, con el fin de levantar represiones y favorecer el logro de un mayor contacto con la realidad. Poco tiempo después, comienza a detectar rasgos psicóticos en los sujetos infantiles bajo análisis.

En “Tendencias criminales en niños normales” (1927b: 188) alerta sobre el alcance en que la huida de la realidad puede “preparar la base para la psicosis”

En “La personificación en el juego de los niños” y en el “Psicoanálisis de niños” (1929, 1932) hace referencia a Erna, de 6 años, cuya “grave neurosis obsesiva enmascaraba una paranoia”. Explica que los niños esquizofrénicos solamente realizan acciones monótonas, no pueden jugar. Si logran hacerlo, sobresale la inhibición de las fantasías: los personajes que crean son extremadamente crueles y al servicio de negar la realidad. Generalmente son rígidos, con roles de perseguidor y perseguido. En la esquizofrenia falla la capacidad para la personificación y la transferencia, por un funcionamiento deficitario de la proyección, lo que interfiere en el establecimiento de relaciones con el mundo externo.

Klein vincula el trastorno psicótico con la primacía de un superyó terrorífico. En estos casos la interpretación apunta a debilitarlo.

En su célebre artículo “La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del Yo” de 1930, expone el caso de Dick, un niño de 4 años, que presentaba

severas dificultades en el desarrollo del lenguaje, en las funciones alimenticias y excretorias, no mostraba dolor, no podía desarrollar relaciones interpersonales, tampoco manifestaba angustia. Había sido previamente diagnosticado con esquizofrenia.

Este niño se presenta a Klein de un modo distinto al de sus otros pacientes: muestra una impactante indiferencia. Se trata de un detenimiento extremo del proceso de simbolización. En esa época, la autora entiende este proceso con relación al Edipo temprano. Explica que intervienen impulsos pregenitales sádicos, cuya conjunción llama “fase de sadismo máximo”- una potenciación recíproca del sadismo proveniente de distintas fuentes, el impulso epistemofílico y una incipiente, débil genitalidad. Esos impulsos son dirigidos al interior del cuerpo materno, que contiene heces, niños y el pene del padre. Estos objetos despiertan excitación, curiosidad, y al haber sido objeto de ataques fantaseados, producen un importante temor retaliativo. Deben ponerse en marcha mecanismos de expulsión del sadismo y de destrucción del objeto.

La angustia, entendida como la reacción afectiva del yo frente al propio sadismo, es el motor de la simbolización. El sadismo y el impulso epistemofílico desplazan a otros objetos, sustituyendo los originales por otros, que pertenecen al mundo externo, configurando la relación con la realidad. Una dosis tolerable de angustia pone en marcha la formación de símbolos, un exceso de ella lo impide, tal como le sucede a Dick, quien carecía de símbolos, de relaciones objetales, puesto que “no podía vivir en fantasías la relación sádica con el cuerpo materno”. El superyó detiene el proceso de simbolización incipiente en el pequeño: “...por el temor al castigo que recibiría (en especial por parte del pene del padre) cuando hubiese penetrado en el cuerpo de la madre” (Klein, 1930a: 229).

En este caso Klein altera su técnica y “le presta” sus símbolos, no símbolos cualquiera, sino edípicos: “tren papá”, “tren Dick”, sabiendo que hubo en este niño un primitivo interés por estos objetos. La hipótesis es que aún en este niño, que presenta una severísima inhibición, el trabajo de simbolizar se pone en marcha por el juego y la palabra, en el marco del análisis del Complejo de Edipo del cual Dick, como todo niño, no puede ser excluido.

En este texto y otro del mismo año, “La psicoterapia de las psicosis”, describe rasgos esquizofrénicos precoces, tales como el apartamiento de la realidad, falta de *rapport*, hiperactividad, docilidad extrema, estereotipias, fobias que encubren ideas paranoides y temores hipocondriacos. En suma, la presencia de un “terror psicótico”, muchas veces oculto tras una fachada neurótica. Formula que la esquizofrenia es más común de lo que se cree, y la presencia de rasgos esquizofrénicos en la infancia es escasamente detectada. Propone al analista de niños el “descubrir y curar las psicosis infantiles” (1930b: 240).

Dos años más tarde, Klein, siguiendo a Abraham, sostiene que la diferencia entre un neurótico y un psicó-

tico es una “diferencia de grado” (1932: 156) que depende de factores cuantitativos y puntos de fijación.

Se tiene la impresión de que la clínica de Klein va un paso más adelante que su teoría, que la adhesión a postulados de Abraham, de quien ya se había desviado al plantear la coexistencia de impulsos, sin seguir la secuencia de las fases de evolución de la libido, la lleva a sostener esta clase de postulados. Seguramente, el desenlace del “caso Dick”, sea una prueba de que su agudeza clínica se adelanta a sus explicaciones. Allí introduce a Dick en la simbolización, con un acto analítico y una interpretación Edípica. Al decir de Lacan: Klein “ha enchapado la simbolización del mito edípico (...) Es el discurso de Melanie Klein el que injerta brutalmente, en la inercia yoica inicial del niño, las primeras simbolizaciones de la situación edípica” (Lacan, 1954: 136-137).

Melanie Klein y la teoría de las posiciones: las ansiedades psicóticas del primer año

A partir de la teoría de las posiciones (1952), en el contexto del conflicto instinto de vida -instinto de muerte³, queda claro que el modelo kleiniano es “situacional”. Existen combinaciones de rasgos depresivos, paranoides, hipocondriacos, en las descripciones de Klein sobre pacientes graves. Se puede pasar de una posición a otra durante una misma sesión, o anclarse en una durante meses. La transferencia “aquí y ahora” permite inferirlo.

No concibe la existencia de estructuras clínicas, como lo hacen Freud y Lacan, no señala discontinuidades entre un funcionamiento neurótico y uno psicótico.

El tema presenta sus complejidades, ya que, si bien las posiciones siguen un orden genético, en el primer año, y luego, en el primer semestre o más aun, en el primer y segundo trimestre, no son fases evolutivas. Ellas son recursos de los que dispone un sujeto para habérselas con la ansiedad, las defensas que utiliza, el tipo de relación objetal (parcial o total) que predomina.

Sin embargo, a pesar del movimiento que el mundo interno registra, hay objetos internos que presentan una mayor fijeza, que son asimilados por el yo y por el Superyó, formando sus núcleos muy tempranamente.

Las ansiedades persecutoria y depresiva, que corresponden a cada una de esas posiciones son “psicóticas”. Sin embargo, la autora aclara que el niño no es psicótico. Atraviesa ansiedades, defensas, fantasías arcaicas (a modo de ej. ser despedazado por el objeto, ser perseguido, perderlo por su culpa) hallables en la esquizofrenia, la paranoia y la melancolía. Hay un yo desde el comienzo de la vida, muy precario, que implementa defensas previas a la represión. La investigación kleiniana sobre las psicosis apunta a ellas.

En la posición esquizoparanoide, la ansiedad persecutoria, el *splitting* (fragmentación del yo y del objeto) son normales en la primera infancia y son manifestaciones características de la esquizofrenia infantil o en adultos. Dirá que si la desintegración en un lactante se repite y es

duradera puede ser predictora de esquizofrenia.

La primera posición se caracteriza por la emergencia de montos considerables de instinto de muerte, que debe ser proyectado sobre un objeto, deviniendo ansiedad persecutoria y clivando al pecho (objeto depositario de la proyección) en idealizado y persecutorio. Otras defensas son la identificación proyectiva, la identificación introyectiva, la negación, el control omnipotente y la idealización.

La identificación proyectiva, un mecanismo omnipotente que escinde y proyecta violentamente dentro del objeto partes malas del yo, que representan en la fantasía excrementos, para dañarlo, controlarlo y negar la separación, le permite dar cuenta de la angustia psicótica (quedar encerrado dentro del objeto, delirios de influencia, hipocondría, entre otros).

Elizabeth Spillius y Edna O' Shaughnessy (2012, 17) sostienen que, para Klein, la identificación proyectiva no es solamente una defensa, sino que "toma la forma de una fantasía inconsciente", en ese sentido genera efectos en la realidad psíquica de los pacientes. Estas autoras (2012, 58-60) refieren que autores actuales como Britton y Sodore distinguen subtipos de identificación proyectiva. El primero la clasifica en "evocativa", "no evocativa", "atributiva", "adquisitiva", y la segunda autora la considera en términos de "concreta" o "simbólica".

En todos los casos estudian la relación entre la identificación proyectiva y la identificación introyectiva, que se conciben -al igual que lo hace Klein- como simultáneas. De su equilibrio o desequilibrio pueden inferirse si estas identificaciones devienen constructivas o patológicas para el psiquismo e inferir modalidades de funcionamiento mental.

El concepto de identificación proyectiva permite al analista trabajar con el paciente psicótico: dar cuenta de un particular tipo de transferencia -masiva-, línea que sigue Klein y que profundizará Bion.

Cuando Klein describe la posición depresiva la define como una "melancolía en *statu nascendi*" (1940). El lactante alterna momentos maníacos con momentos de pesar, que lo asemejan al paciente maníaco - depresivo. Las fantasías propias de la posición depresiva engendran culpa y ponen en marcha la reparación. Se intenta conservar al objeto y reconstruirlo, ya que se lo ha perdido o se lo perderá inminentemente a causa del propio sadismo. La elaboración de esta posición es también la elaboración del primer duelo, por la madre como objeto total. Es aquí donde Klein introduce la cuestión de la pérdida, que es estructural, puesto que pierde a su objeto de amor (y de odio) aunque esté junto a él. Su presencia real, si predomina una relación basada en el amor, neutraliza el penar depresivo y rectifica las fantasías, operando como prueba de realidad. La ambivalencia, el sentimiento de triunfo, el interjuego entre defensas maníacas y obsesivas, conllevan el riesgo de regresión a la posición anterior. Puede darse un camino hacia la paranoia, la melancolía o la manía (Etchegoyen y Minuchin, 2014).

Las ansiedades psicóticas del primer año son elabo-

radas a lo largo de las posiciones y con la neurosis infantil del segundo año; fobias y rituales obsesivos terminan de ligarlas (Klein, 1952)

Finalmente, en 1957, la teorización sobre la envidia primaria, expresión clínica del instinto de muerte, permite profundizar los efectos del uso hipertrófico de los mecanismos esquizoides, y su efecto en las psicosis, en tanto la postura sobre la destructividad constitucional se hace más extrema. El núcleo envidioso, roca viva del análisis kleiniano, sienta las bases para las formulaciones de Bion sobre la esquizofrenia.

Bion: la parte psicótica de la personalidad

Wilfred Bion adhiere a la teorización de Klein, profundiza sus hallazgos y brinda aportes originales. Adhiere a los conceptos de conflicto instintivo: instinto de vida - instinto de muerte, envidia primaria, posiciones esquizo - paranoide y depresiva kleinianos.

Toma de Freud el problema de la "pérdida de realidad en la psicosis", la importancia de la instauración del principio de realidad y las funciones del aparato de la percepción-conciencia (atención, memoria, juicio, acceso a la palabra, entre otras), además de resaltar el reconocimiento consciente de las impresiones sensoriales.

En su libro "Volviendo a pensar" (1955) formula la coexistencia de una "parte psicótica" y una "parte no psicótica de la personalidad", dos funcionamientos bien definidos, que se dan en todo individuo, con predominio de uno sobre el otro.

Sigue la línea trazada por Klein, que formula la existencia simultánea de las posiciones esquizoparanoide y depresiva. Ellas se presentan de modo oscilatorio, si bien es deseable que predominen aspectos depresivos, no en el sentido nosológico del término, sino en tanto la posición depresiva permite una mayor discriminación, la aceptación de la pérdida, la simbolización. De igual modo, sería deseable que predomine la "parte no psicótica de la personalidad", en un desarrollo normal o neurótico.

Bion plantea que los disturbios esquizofrénicos provienen de una interacción entre el ambiente y la personalidad.

En primer lugar, se ocupa de la personalidad. Describe cuatro rasgos de la personalidad esquizofrénica, en pacientes con una psicosis franca:

El primero de ellos es el predominio de impulsos destructivos a causa de la envidia primaria.

El segundo es el odio a la realidad externa e interna, que se expresa en los ataques al propio aparato de la percepción- conciencia por identificación proyectiva patológica (las funciones de la conciencia, los sentidos, el pensamiento verbal) -a la manera de la vuelta contra sí mismo-. Estas funciones son escindidas en partículas y expulsadas, formándose por su aglomeración objetos bizarros, -objetos extraños, siniestros-, al modo de lo ominoso descrito por Freud, por su cualidad aterrizante (1919). A diferencia de este autor, no hay un retor-

no de lo reprimido, no hay introyección, sólo identificación proyectiva reversiva, cuando el yo intenta repararse.

El tercer rasgo es el miedo continuo a la aniquilación, vivenciada como pasada o inminente.

El cuarto rasgo es la formación precipitada y prematura de las relaciones de objeto, dentro de los cuales incluye a la transferencia con el analista. Esta es frágil, precipitada y tenaz.

Todas estas características poseen un hilo conductor común: la identificación proyectiva, que es hiperactiva, patológica, puesto que no se pone al servicio de la comunicación -como la identificación proyectiva normal- sino de la descarga masiva.

Si predomina la “parte psicótica de la personalidad” el paciente no sueña, solamente alucina. Junto a las alucinaciones visuales clásicas plantea la existencia de las alucinaciones visuales invisibles, sin componente visual, debido a la excesiva fragmentación. El paciente siente una experiencia muy dolorosa y persecutoria al percibir la reentrada de lo proyectado por la misma vía por la que fue expelido (evacuación a través de los sentidos). Lo que debería ser inconsciente aparece reemplazado por un mundo de objetos dentro de los cuales se mueve. Caracteriza al paciente como: “Ni vivo, ni muerto”, carente de la capacidad para simbolizar, ya que las palabras son las cosas que designan, han perdido su dimensión simbólica; no puede soñar, puesto que no puede reprimir.

La intelección de las consecuencias del uso hipertrófico de la identificación proyectiva patológica, a la vez que permite identificar los cuatro rasgos típicos de la personalidad psicótica, brinda elementos valiosos al analista para registrar su contratransferencia e interpretar.⁴

Respecto de la “parte no psicótica de la personalidad”, operan en ella la represión y la introyección. Hay lenguaje simbólico, pensamiento y contacto con la realidad.

En pacientes no psicóticos “la parte psicótica de la personalidad” se presenta bajo la forma de arrogancia, estupidez, certeza y omnisciencia. Son personas con pensamiento lógico, pero sin emocionalidad. El analista debe trabajar con estos aspectos, interpretando, para tender a la integración de lo clivado.

Respecto de la “parte no psicótica” en pacientes psicóticos, existe la fantasía onnipotente de que se ha perdido el contacto con la realidad (1962), pero afirma que algo de ese lazo queda indemne, aunque mínimamente. El analista se orienta a ensanchar esta franja con iguales recursos técnicos que los ya mencionados.

Bion: la función de *reverie*. Una teoría del pensamiento

En la línea de explicitar la función del otro materno, Bion afirma que la función de *reverie* (ensueño) transforma los elementos beta -la sensorialidad ligada al instinto de muerte- en elementos alfa, pasibles de ser asimilados, que forman la base de los pensamientos oníricos, posibilitan distinguir lo consciente de lo inconsciente, el

estar despierto del estar dormido. Esta transformación que realiza el *reverie* materno, a la manera de una “digestión psíquica”, desintoxica de sadismo los elementos beta que el *infans* proyecta mediante una identificación proyectiva normal, y los devuelve como elementos alfa, tolerables y pasibles de ser articulados. De este modo, la madre decodifica significados, transformando la sensorialidad pura, -inasimilable- en experiencias emocionales, que son la base del pensamiento y del aprendizaje por la experiencia.

En la base de la simbolización están los elementos alfa, materiales que permiten la constitución de los sueños, las fantasías inconscientes y el pensamiento inconsciente de vigilia. Ellos “pueden ordenarse en una narración, pueden ser ordenados lógicamente, geométricamente” (Bion, 1962: 47- 48). La emoción es el material de donde surgen los pensamientos y las más altas capacidades simbólicas (pensamiento deductivo científico, cálculo algebraico) gracias a la operación de la “función alfa”.

Si la madre no devuelve “elementos alfa”, retornan los “elementos beta” con extrema violencia y se forma la “pantalla de elementos beta”, que no sirve para pensar, sólo para evacuar. En lugar de transformar y desintoxicar de sadismo los elementos proyectados devuelve un “terror sin nombre”.

De ese modo, la evitación del dolor se impone al aparato psíquico, en detrimento de la simbolización, que implica tolerancia a la ausencia del objeto y a la consecuente frustración. Esto generará una lesión al tejido psíquico, dado que los elementos beta no pueden articularse -solo aglomerarse- por lo que no son material apto para los sueños, los recuerdos, o el pensar de vigilia. Esta falencia en la “barrera de contacto” y su sustitución por la “pantalla de elementos beta” genera confusión (un observable clínico) y fuertes reacciones contratransferenciales. También explica como fenómenos propios de la parte psicótica, “la inversión de la función alfa”, que despoja de significados que ya se habían generado, y la “reversión de la perspectiva”, una resistencia y una defensa frente al dolor, que empobrece al análisis, con un *splitting* estático (Bion, 1988: 83). Sus desarrollos sobre la relación entre lo “psicosomático” y lo “somato psicótico” (1976: 231) resultan de particular interés, ya que según la perspectiva desde la que sea visto el fenómeno se otorgará la denominación correspondiente.

El analista lleva a cabo la “función alfa”, nombra aquello que aterra a los pacientes cuya simbolización se encuentra seriamente afectada. Las interpretaciones aluden a defensas, ansiedades, y fantasías, captadas de la transferencia masiva. Intenta reparar esa función simbólica destruida por la acción del instinto de muerte.

En cuanto a su “Teoría del pensamiento”, cabe resaltar que Bion afirma que hay pensamientos antes de que haya un aparato para pensarlos. El modelo continente -contenido le permite explicar una relación dinámica entre dos participantes: la madre y el niño. De esa interacción se genera una transformación y crecimiento mental para ambos, en el marco de una relación “comensal”. La

madre le presta a su hijo su propio “aparato para pensar pensamientos”, y esta función continente es internalizada por el bebé, quien tendrá entonces un aparato para pensar sus propios pensamientos. También las posiciones esquizoparanoide y depresiva, en interacción dinámica, permiten las funciones de análisis y síntesis (dispersión e integración) para operar sobre los pensamientos.

Green (2007) relee creativamente a Bion cuando afirma que la capacidad de *reverie* de la madre da cuenta de la existencia de un tercero, dado que para llevar adelante esta función es necesario que la madre “ame al niño o a su padre” (Bion, 1962), es decir que no es solo una experiencia entre dos, hay un tercero, aunque en ausencia, al que Green denomina “el otro del objeto”. También cabe recordar que el *reverie* es el aspecto no sensorial del amor de la madre, es decir, simbólico.

Si el *reverie* fracasa, por características de la madre o por la envidia del lactante -aquí apela al componente constitucional-, se desarrolla una hipertrofia de este mecanismo, que no cesa en la búsqueda de un continente. Cuando esto sucede ocurre un “desastre primitivo”, que no pertenece al pasado -ya que no logra resolverse- y que adscribe al funcionamiento de la “parte psicótica de la personalidad”.

Siguiendo a Kant, plantea la existencia de preconcepciones innatas, vacías, que serán llenadas por la experiencia. La tolerancia a la frustración es un factor necesario para que de la unión de la preconcepción (expectativa de pecho) y la realización negativa (ausencia del pecho) surjan los pensamientos. Si predomina la evasión como respuesta a la frustración, el pensamiento no llega a establecerse. En ese caso, el objeto ausente se transforma en un “pecho malo presente”, un objeto persecutorio que hay que necesariamente evacuar. Si la intolerancia a la frustración no es tan grande se genera omnisciencia. Ambas son manifestaciones de la “parte psicótica de la personalidad”. Dan cuenta de un “desastre primitivo” que no es pasado, sigue activo, generando desorganización a la psiquis y la necesidad de proyectar violentamente toda experiencia dolorosa, para evitar su percepción, dado que no podrá tolerarse.

Si bien la perturbación esquizofrénica comienza en la posición esquizoparanoide, donde el instinto de muerte ataca la matriz de ideografías - los pensamientos primitivos-, el acceso a la posición depresiva se dificulta, al no tolerarse la pérdida del objeto, el duelo por el pecho de la madre, objeto total.

Para Bion la tolerancia a la duda, al no saber, es imprescindible para el desarrollo del pensamiento, sobre el fondo de la ausencia del objeto. Esto no sucede en las psicosis.

Como se dijo antes al referir a la personalidad psicótica, la omnisciencia, la arrogancia, la falta de curiosidad, la certeza y la superioridad moral, son características patognomónicas de este funcionamiento de la mente.

También el analista debe tolerarla duda, el no comprender ni saber, atravesar “turbulencias emocionales”, ir a cada sesión sin memoria ni deseo.

Winnicott: el ambiente como facilitador del desarrollo emocional primitivo

Donald Winnicott aporta otra perspectiva que lo aleja de Klein y de Bion. La principal discrepancia es que no adhiere a la hipótesis de que las bases de la destructividad provengan tempranamente del “instinto de muerte”. En lugar de ello, el autor jerarquiza el papel del ambiente, ubicando funciones parentales que serán fundamentales en el desarrollo emocional de los infantes.

Si hay algo constitucional, no es la destructividad, como sostienen Klein y Bion, sino una “tendencia al desarrollo” (1960: 55)- una potencialidad- que necesita encontrarse con un buen ambiente propicio para poder desplegarse.

Su concepto de *self* es más abarcativo que el de yo en tanto instancia. No hay un yo temprano, aunque sus orígenes se empiezan a cimentar desde el inicio de la vida. Estos deben comprenderse en el contexto de la relación paterno filial.

La madre sostenida por el padre y la familia es el principal soporte de las primeras experiencias del bebé; así se generarán el cuerpo, la psique y la mente.

La simbolización se vincula con el desarrollo de procesos de maduración posibilitados por el “ambiente facilitador”. En este sentido, la función de la madre sosteniendo la experiencia total del bebé, atendiendo a sus necesidades yoicas, resulta fundamental para el logro de la integración.

Al desarrollar “la teoría de la relación entre progenitores-infante” explica que en la fase de dependencia absoluta, las funciones maternas de sostén (*holding*), de manejo (*handling*) y presentación del objeto, permiten que se inicien procesos tales como los orígenes de la inteligencia, el comienzo de la mente como distinta de la psique, así como también los procesos secundarios, el funcionamiento simbólico y, sobre todo, la organización de un “contenido psíquico personal que da base al soñar y a las relaciones de vida” (Winnicott, 1960: 57-58).

La función de sostén propicia que la tendencia al desarrollo y a la maduración emocional pueda desarrollarse, con el logro de la integración. Describe a ésta en términos de que el pequeño experimente una “continuidad de existir”, arribando a una diferenciación yo- no yo. Se llega, entonces, a poseer una membrana limitadora entre el interior y el exterior del sí mismo.

Durante esta primera fase el *infans* está “sanamente no integrado”, sostenido por la “madre medio ambiente”. No cabe hablar de desintegración en un desarrollo esperable. Si la hubiera se trataría de una reacción, una defensa ligada a la “angustia inconcebible”, presente en las psicosis.

La manipulación o manejo se corresponde con el establecimiento de una asociación psicósomática, la residencia en el cuerpo, la “personalización”, que es otro logro del desarrollo. Al haberse establecido una membrana que limita el yo y el no yo, una reacción persecutoria surge como consecuencia normal, ante el repudio del no-yo, sin que ello implique patología alguna.

También la espacialidad y la temporalidad, asociadas a poseer un cuerpo y una psique son logradas por las funciones maternas.

En tercer lugar, explica el establecimiento de las relaciones objetales, cuando el infante deja de estar fusionado con la madre. Ella deja de ser un objeto subjetivo para ser un objeto objetivo (ilusión/desilusión), generándose una relación creativa con los objetos del mundo externo, sin pasividad ni sumisión. La "madre suficientemente buena" permite que su hijo crea (creencia) que crea (creación) al objeto, le habilita la experiencia de omnipotencia, lo ilusiona. Posteriormente, y de modo paulatino, irá desilusionándolo, dosificando entonces la inclusión de la realidad objetiva.

Los desarrollos winnicottianos sobre el espacio transicional y los objetos transicionales, que operan como puente entre lo interno y lo externo, no pueden abarcarse aquí, pero se hallan necesariamente afectados en las psicosis.

¿Qué sucede en estos cuadros psicopatológicos?

Las fallas permanentes en el sostén -privación- generan una ruptura en la "continuidad de existir", apareciendo una "angustia inconcebible". Como aún no hay una diferenciación a entre el yo y el objeto, el *infans* no puede atribuirlo al medio ambiente. No habrá recuerdo de estas fallas, no serán reprimidos. Es una experiencia inefable.

Winnicott (1962, 76-77) subraya las consecuencias "mutiladoras" del fracaso materno en la función de Yo auxiliar del infante, que posibilitan la emergencia de las psicosis. Distingue cuatro manifestaciones clínicas: la esquizofrenia infantil o autismo, la esquizofrenia latente en niños, la autodefensa falsa, y la personalidad esquizoide.

La primera presentación clínica se atribuye a factores orgánicos o como respuesta a las fallas antes mencionadas.

La segunda se presenta en niños que aparentan normalidad, pero son muy frágiles y desencadenan posteriormente una psicosis.

La tercera da cuenta de un "colapso", en niños aparentemente promisorios, que se escudaban en un falso *Self*.

La cuarta pone de manifiesto elementos esquizoides graves ocultos tras una pseudo adaptación a la realidad.

El autor (*op cit*, 75) describe manifestaciones patognomónicas de la angustia inconcebible a la que también denomina agonías primitivas de las psicosis. Ellas son: fragmentarse, caer interminablemente, no tener ninguna relación con el cuerpo, no tener ninguna orientación, pérdida de la capacidad para relacionarse con objetos, pérdida del sentido de lo real.

Véase que, en las psicosis, aquellos logros iniciales, unificadores, que hacen posibles las funciones maternas adecuadas resultan fallidos, y dan como resultado la situación opuesta, desintegradora y mutilante.

Respecto de las intervenciones del analista, éste permite que el paciente gravemente perturbado alcance una regresión a la dependencia absoluta. Winnicott subraya la particular demanda que significa al analista, en estos casos, llevar adelante esta oferta de sostén -dado que se conduce a la manera de un yo auxiliar del pacien-

te-, que recomienda tomar solo unos pocos pacientes de este tipo, pues de otro modo no sería factible al analista llevar adelante estos tratamientos de un modo adecuado.

Una voz autorizada para dar cuenta de una cura es un paciente de Winnicott, la también psicoanalista Margaret Little. En "Relato de mi análisis con Winnicott", recuerda como su analista "...interpretaba, como no interpretaba, como le ofreció un ambiente de sostén o manejo ambiental..." (1995,11). Relata sesiones caracterizadas por el silencio, que Winnicott respetaba sin intrusividad. El sostén que él le proporcionaba era un verdadero ambiente facilitador. En ocasiones el analista debía prohibir la acción (Little define a su transferencia como delirante). A veces el sostén fue delegado, interponiendo a la paciente. No se trataba entonces de interpretar, sino de sostener.

En "Sostén e interpretación" (1989a) publica fragmentos del análisis de un paciente adulto, con transcripción de los diálogos entre paciente y analista, lo que como se dijo al comienzo, permite observar cómo trabaja este autor en la intimidad de su consultorio.

Winnicott enfatiza la calidad de la situación analítica: se trata de respetar las "necesidades yoicas" del paciente, ya que no cabe hablar de deseos cuando se desarrollan estos estados regresivos, "más próximos a una reviviscencia de situaciones oníricas y del recuerdo" (16). Al autor le interesa el manejo de los estados regresivos sean ellos explícitos o encubiertos.

Finalmente, el "miedo al derrumbe del establecimiento del *self* unitario", ligado a las psicosis (1989b, 113) es a un derrumbe que ya sucedió, pero que no fue experimentado. No cabe aquí hablar del inconsciente reprimido, puesto que lo que está en juego es la falla en la integración yoica. Entonces lo que necesita el paciente es "experimentar" la agonía en la transferencia, bajo el soporte del analista. Esto equivaldría al "recordar" en un paciente neurótico, por haberse levantado la represión. Enfatiza Winnicott que, en pacientes graves, el marco es más importante que la interpretación.

A la manera de un ambiente facilitador, el analista, el tono de voz, la presencia corporal, el consultorio, y sobre todo su posicionamiento, son un soporte material y metafórico que sostiene al paciente gravemente perturbado, que nunca llega a "ser"⁷⁵.

A modo de conclusión

Los autores abordados en este trabajo testimonian en sus escritos la labor de analizar pacientes fronterizos o psicóticos.

Bion y Klein llevan adelante estas curas con herramientas psicoanalíticas ortodoxas; Winnicott desde una postura heterodoxa exhibe una mayor plasticidad.

El factor constitucional está presente en todos ellos. Klein y Bion lo encuentran en la envidia; Winnicott en la tendencia al desarrollo y a la maduración: una potencialidad donde la hipótesis de instinto de muerte no tiene sentido.

Si para los dos primeros autores lo primitivo es igual a lo psicótico, para Winnicott no será así.

Ya fue explicado al desarrollar la postura de Klein, que las ansiedades del primer año se presentan en las psicosis, debido a falencias en su elaboración. También se hizo referencia al modo en que Bion explica la dificultad en la tramitación de aspectos mortíferos, desintegradores, que se presentan en los inicios de la vida y que, de persistir sin transformarse, posibilitan la emergencia de las psicosis.

Winnicott presenta un panorama diferente: si las funciones maternas sostienen adecuadamente, aquello que se juega en los inicios de la vida no es psicótico. La no integración de la dependencia absoluta no es desintegración, lo potencialmente paranoide de la fase de la dependencia relativa no deviene paranoia.

Otro aspecto a subrayar, y que fue desarrollado en este trabajo, es que Klein teoriza las psicosis desde una perspectiva intrasubjetiva, pesquisando ansiedades, defensas, relaciones de objeto y fantasías del paciente. Bion y Winnicott aportan una perspectiva intersubjetiva: los vínculos materno filiales tempranos posibilitan un desarrollo emocional esperable, o por sus falencias generan patología, tal como se ha descripto.

Estos autores apuntan a generar cambios estructurales en el psiquismo sin buscar la supresión de síntomas.

Klein previene acerca del riesgo de dejarse llevar por la contratransferencia y tranquilizar al paciente.

Bion propone disminuir el sufrimiento del analizando y aumentar su capacidad para sufrir. Trabajar sin memoria y sin deseo.

Winnicott diseña el tratamiento a la medida de su paciente grave. Esto implica una técnica flexible en cuanto a la duración de las sesiones y tipo de intervenciones, sin dejar de lado su "actitud profesional". Plantea la importancia de tolerar "lo informe", sin precipitar sentidos que obturen la emergencia de significados.

A modo de ejemplo de la dimensión ética por ellos sostenida, se desea destacar la agudeza clínica de Bion, que lo lleva a advertir avances en los análisis de estos pacientes, más allá de cualquier cambio observable en su comportamiento. Registra que se han operado cambios en el tipo de alucinaciones: de ser desintegradas y contener objetos parciales, pasan a contener objetos totales, a la manera de la alucinación en la histeria. Esto se debe a que los progresos en el tratamiento van permitiendo al paciente tolerar la depresión. Bion cuestiona la noción de mejoría o cura, dado que ésta funciona como obstáculo al tratamiento con pacientes psicóticos.

Para finalizar, se destaca que la apuesta al psicoanálisis en los autores de la Escuela Inglesa no retrocede frente a las psicosis. Contrariamente a ello, estos analistas las abordan con recursos conceptuales y técnicos específicos, en el desafío permanente que plantea la clínica con niños y adultos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Bion, W. (1955) *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Horme, 2006.
- Bion, W. (1962) *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós, 1980.
- Bion, W. (1976) Acerca de una cita de Freud. En *Seminarios Clínicos y Cuatro Textos*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 231-236.
- Bion, W. (1988) *Elementos del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Lumen-Horme.
- Chemama, R., Vandermersch, B. (2004) *Diccionario del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Etchegoyen, H. (1980) "Notas para una historia de la Escuela Inglesa de Psicoanálisis" En *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para graduados*, 1981.N 6.
- Etchegoyen, H., Minuchin, L. (2014) *Melanie Klein. Seminarios de introducción a su obra*. Buenos Aires: Ediciones Biebel.
- Frank, C. (2009) *Melanie Klein in Berlin. Her First Psychoanalyses of Children*. The New Library of Psychoanalysis. Institute of Psychoanalysis, London.
- Freud, S. (1896) "Nuevas puntualizaciones sobre las Neuropsicosis de defensa". Apartado III. Análisis de un caso de paranoia crónica. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986. III. 175-184.
- Freud, S. (1911) "Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (*Dementia paranoides*) descrito autobiográficamente". En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986, XII, 1-76.
- Freud, S. (1915) "Lo inconsciente". En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986, XIV, 153-214.
- Freud, S. (1916) "La teoría de la libido y el narcisismo". Conferencias de introducción al psicoanálisis. Conferencia 26. En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986, XVI, 365-391.
- Freud, S. (1919) "Lo ominoso". En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986, XVII, 215-252.
- Freud, S. (1921) "Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad". En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986, XVIII, 213-225.
- Freud, S. (1924) "La pérdida de realidad en la neurosis y en la psicosis". En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986, XIX, 189-198.
- Green, A. (2005) *Jugar con Winnicott*, Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Grinberg, L., Sor, D. y Tabak de Bianchedi, E. (1991) "Nueva Introducción a las ideas de Bion". Madrid: Tecnipublicaciones.
- Klein, M. (1921) "El desarrollo de un niño". En *Obras Completas*, Buenos Aires: Paidós, 1990,1, 15-65
- Klein, M. (1926) "Principios psicológicos del análisis infantil". En *Obras Completas*, Buenos Aires: Paidós, 1990, 1, 137-147.
- Klein, M. (1927) "Simposium sobre análisis infantil". En *Obras Completas*, Buenos Aires: Paidós, 1990,148-177.
- Klein, M. (1927) "Tendencias criminales en niños normales". En *Obras Completas*, Buenos Aires: Paidós, 1990, 1, 178-192.
- Klein, M. (1928) "Estadios tempranos del conflicto edípico". En *Obras Completas*, Buenos Aires: Paidós, 1990, I, 193-204.
- Klein, M. (1929) "La personificación en el juego de los niños". En *Obras Completas*, Buenos Aires: Paidós, 1975, I, 205-215.
- Klein, M. (1930a) "La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del Yo". En *Obras Completas*. Buenos Aires: Paidós, 1990,1, 224-237.

- Klein, M. (1930b) “La psicoterapia de las psicosis”. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Paidós, 1990, 1, 238-240.
- Klein, M. (1932) “El Psicoanálisis de niños”. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Paidós, 1990, 2.
- Klein, M. (1940) “El duelo y su relación con los estados maníaco depresivos”. En *Obras Completas*, Buenos Aires: Paidós, I, 346-371.
- Klein, M. (1952) “Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebe” En *Obras Completas*, Buenos Aires: Paidós, 1990,3, 70-101.
- Klein, M. (1955) “La técnica psicoanalítica de juego, su historia y su significado”. En *Obras Completas*, Buenos Aires: Paidós, 1990,3, 129-146.
- Klein, M. (1957) “Envidia y gratitud”. En *Obras Completas*, Buenos Aires: Paidós, 1990, 3, 181-240.
- Lacan, J. (1954) Análisis del Discurso y análisis del Yo. En el *Seminario I. Los escritos técnicos de Freud*. Barcelona: Paidós. 1981.
- Little, M. (1995) *Relato de mi análisis con Winnicott*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Spillius, E., O’ Shaughnessy, E. (2012) *Projective Identification. The Fate of a Concept*. The New Library of Psychoanalysis. Routledge: London
- Stake, R. (1995) *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Ediciones Morata, 1999.
- Winnicott, D. (1960) “La teoría de la relación entre progenitores - infante”. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós, 1965, 47-72.
- Winnicott, D. (1962) “La integración del Yo en el desarrollo del niño”. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós, 1965, 73-82.
- Winnicott, D. (1989a) *Sostén e Interpretación*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1989b) *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós.

NOTAS

¹Véase el historial completo de Richard (1961), publicado luego de la muerte de Klein y el caso Piggie, de Winnicott (1977).

²Además de las conocidas posturas de Anna Freud y Hug Hellmuth sobre los riesgos de analizar niños pequeños, Frank (2004) refiere a algunos intentos fallidos de Ferenczi y Abraham para establecer la situación transferencial con niños, lo que los estimula a no llevar adelante esta práctica.

³Klein habla en términos de instintos, al igual que Bion y Winnicott.

⁴Klein nunca utilizó la contratransferencia; considera que se trata de un aspecto que, lejos de esclarecer el material, refiere más al analista que a su paciente.

⁵Se puede acceder a las interpretaciones de Winnicott en “Sostén e Interpretación”.