

## **WINNICOTT: TRANSFERENCIA DELUSIONAL, EN EL CAOS, EN EL MIEDO AL DERRUMBE Y EN LAS AGONÍAS PRIMITIVAS**

**CONCEPCIÓN RABADÁN FERNÁNDEZ**

Formación en psicoanálisis en la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM). Doctora en Psicología Clínica por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Premio Gabino Barreda; Maestra en Psicología Clínica por la UNAM. Ocupa el cargo en la Dirección Académica del Colegio Internacional de Educación Superior desde el año 1998.

Recepción: 15 septiembre 2023/ Aceptación: 17 diciembre 2023

### **RESUMEN**

Winnicott en 1968 refiere que una de sus aportaciones al psicoanálisis es la transferencia delusional. Se estudia, con Winnicott, la transferencia delusional cuando el terapeuta es objeto subjetivo en la consulta terapéutica, cuando el terapeuta es testigo del caos, cuando presta su psique como lo hace la madre ambiente en la salud y cuando se comunica desde el espacio potencial de creatividad para facilitar la sobrevivencia del objeto a su destrucción. El psicoterapeuta sostiene, de manera que el paciente es capaz de organizar una regresión hacia la dependencia, para experimentar por primera vez una vivencia de trauma primitivo, de agonía primitiva, de lo impensable, o de lo solo pensable. Al reactualizar lo que obstaculizaba el desarrollo, lo congelado, la fuerza vital o agresividad recupera su impulso creador mismo.

**PALABRAS CLAVE:** agonías primitivas, caos, doctorado en investigación psicoanalítica, locura, maestría en psicoterapia psicoanalítica, miedo al derrumbe, transferencia, neurosis de transferencia.

### **SUMMARY**

Winnicott in 1968 refers that one of his contributions to psychoanalysis is delusional transference. The delusional transference is studied, with Winnicott, when the therapist

is a subjective object in the therapeutic consultation, when the therapist witnesses chaos, when he lends his psyche as the mother environment does in health and when he communicates from the potential space of creativity to facilitate the survival of the object after its destruction. The psychotherapist maintains that the patient is capable of organizing a regression towards dependence, to experience for the first time an experience of primitive trauma, of primitive agony, of the unthinkable, or of the only thinkable. By reactualizing what hindered development, what was frozen, the vital force or aggressiveness recovers its very creative impulse.

**KEY WORDS:** primitive agonies, chaos, doctorate in psychoanalytic research, madness, master's degree in psychoanalytic psychotherapy, fear of collapse, transference, transference neurosis.

## RÉSUMÉ

Winnicott en 1968 mentionne que l'une de ses contributions à la psychanalyse est le transfert délirant. Le transfert délirant est étudié, avec Winnicott, lorsque le thérapeute est un objet subjectif dans la consultation thérapeutique, lorsque le thérapeute est témoin du chaos, lorsqu'il prête son psychisme comme le fait l'environnement maternel dans la santé et lorsqu'il communique depuis l'espace potentiel de créativité vers faciliter la survie de l'objet après sa destruction. Le psychothérapeute soutient que le patient est capable d'organiser une régression vers la dépendance, de vivre pour la première fois une expérience de traumatisme primitif, d'agonie primitive, de l'impensable ou du seul pensable. En réactualisant ce qui freinait le développement, ce qui était figé, la force vitale ou l'agressivité retrouve son élan très créateur.

**MOTS CLÉS:** agonies primitives, chaos, doctorat en recherche psychanalytique, folie, maîtrise en psychothérapie psychanalytique, peur de l'effondrement, transfert, névrose de transfert.

## INTRODUCCIÓN

De la creatividad y la transicionalidad entre paradojas que lo engloba, es de lo que trata la teoría del desarrollo emocional primitivo de Winnicott. Desde el vacío en el que se

encuentra el infante, como espacio potencial, un “entre” [1]: crea el pecho si se encuentra presente, ES el pecho. Desde la creatividad primaria en la ilusión de ser el creador y lo creado; la ilusión eclipsa el vacío. En un espacio potencial va transicionando entre fenómenos paradójicos: crea el pecho si se encuentra presente; en dependencia absoluta a la vez que en soledad esencial. Ahí donde el pecho es y no es de la madre, va creando el núcleo del mundo interior o mundo del self, el objetoyoself. “Un objeto bueno es inútil para el infante a menos que él mismo lo haya creado[...] pero para crearlo, el objeto debe ser descubierto. Esto es una paradoja, y hay que aceptarla como tal” (237) [2]. Winnicott estudia lo que ocurre antes de que el self se rinda al yo como aparato psíquico, a los tres años de edad, trazando un adentro y un afuera en un mundo compartido. En la salud el bebé se encuentra siempre al borde de la agonía primitiva, en el “seguir-siendo” (336) [3]; si ocurre una caída del ambiente psíquico en la primera fase del desarrollo emocional primitivo o si se derrumban los controles en la segunda fase, la depresiva, ocurren las agonías primitivas o el miedo al derrumbe; se afectan las fronteras del mundo del self o mundo interior, no hay fenómenos transicionales o el mundo del self es uno deforme [4].

La consulta terapéutica, que dura alrededor de una o máximo tres sesiones, la explica en 1971 [5] [6] derivada del juego del garabato prefigurada en los inicios de su práctica con niños. Lo llama “momento sagrado” donde el analista es objeto subjetivo, es decir, creado por la ilusión omnipotente del bebé, en este caso en la relación del paciente con el terapeuta. Como explica A. Green [7], objeto subjetivo que no significa todavía interno.

La transferencia delusional, en su trabajo de Winnicott por Winnicott (1968), refiere que es una de sus aportaciones. Plantea la agresión como previa y diferente al odio y a la ira; esta última ya implica la frustración. La agresión como fuerza de vida, implicando la movilidad primitiva, que hacia la inquietud, dará lugar a la paradoja de la sobrevivencia del objeto a su destrucción. La agresión como fuerza vital que hace que el pequeño necesite un objeto externo y no meramente un objeto que le satisfaga. La agresión o fuerza vital, va cobrando un valor social; para atacar al enemigo no hace falta amarle. Te destruyo para conservarte. Diferente a las Clínicas de las Agonías primitivas donde

predomina: si te destruyo desapareces (275) [8]. La desilusión o el derrumbe ocurrido de manera súbita, prolongada, impredecible, de las Clínicas de las Agonías primitivas ocurrió antes de haber logrado organizar al enemigo, antes de la capacidad de odiar o de poder sostener esta capacidad. El odio que se experimenta hacia el objeto bueno en la transferencia delusional, no se experimenta como odio, sino en forma delirante, como ser odiado por el analista (180) [9]. En este artículo proponemos la ampliación del estudio de la transferencia delusional en el miedo al derrumbe y otras agonías primitivas: el analista como testigo, el que presta su psique, el que sobrevive y el que se comunica desde el espacio potencial de creatividad.

## **MODELO DE LA ILUSIÓN**

En un inicio no hay bebé, hay pareja de crianza. El bebé crea el pecho si se encuentra en un ambiente sostenido; crea el pecho si esta presente; al crear el pecho se crea a sí mismo, lo Mí (el objetoyoself). El **inconsciente** es de la madre, no hay experiencias del ello sino hasta la segunda fase, la depresiva. La madre le presta su cuerpo, su aparato psíquico, piensa por él y en él. Madre ambiente y bebé en una relación unicorporal, en un cuerpo para dos, una mente para dos. La psique de la madre se encarga del caos del bebé y la mente del bebé, en la fase depresiva, ayudará a lidiar con las fallas saludables del ambiente; al pensar, el bebé en el seguir-siendo, facilita la residencia psique-soma o vida psicósomática. La madre ambiente se encuentra sosteniendo al bebé a la captura del gesto espontáneo, ahí donde se sorprende.

El bebé sostenido al borde de las agonías primitivas trazando y creando self. El centro del self se localiza en el vacío existencial, en la angustia sin dolor; angustia como forma de habitar el cuerpo; cuerpo a la manera de la psique residiendo en el soma; la función imaginativa acompañando las funciones corporales. El verdadero self siempre transicionando entre diferentes fronteras, entre paradojas: lo parte de mí, distinto de mi que hace mi, en la primera fase; lo interior, exterior, en un delicado "entre" la membrana y piel en la fase depresiva, pudiendo colocar al objeto fuera del área de control omnipotente, fuera del mundo del self y creando lo íntimo del mundo self. Y en la tercera fase con la primera posesión no-yo (objeto transicional), traza lo adentro y

afuera en un mundo compartido. El bebé sostenido transita por el círculo benigno, es decir, una vez con la ilusión de haber creado el pecho, mientras la leche caía de peso en su cuerpo y se aligeraba de la tensión muscular, y antes del estado de contemplación o tercera zona de experiencia, en que podrá estar relajado estando no integrado, retorna al estado de descanso, que puede seguir siendo reconocido, a pesar de la persecución que da la diferencia.

Se puede decir que el equivalente al objeto transicional, primera posesión no-yo, de la tercera fase del desarrollo emocional primitivo, es a la capacidad del bebé para hacer uso del pensamiento en la segunda fase, la depresiva, y es a los círculos y al círculo benigno en la primera fase, la de integración/no integración. Para poder hacer uso del pensamiento por sí mismo, un pensamiento vivo, se necesita que el mundo interior o mundo del self, funcione. Con Winnicott, desde el vacío potencial de creatividad, en que se encuentra el bebé sostenido, hay todo un espacio entre fenómenos paradójicos y la 3ª zona de experiencia, de sublimación primitiva, donde se puede estar relajado, negativizar, desechar, olvidar, crear, soñar, poseer el objeto transicional no-yo, hacia la cultura. El yo cuerpo al que se refiere Sigmund Freud en El yo y el ello de 1923, en Winnicott no se construye sino se ha creado antes el mundo interior, con el yoself (núcleo) y el yopiel (membrana).

El falso self se crea a semejanza de los cuidados del ambiente, “En caso favorable, el falso self desarrolla una actitud maternal fija con respecto al verdadero self y se halla permanentemente en estado de sostener el self verdadero, del mismo modo que una madre sostiene a su bebé en el principio de la diferenciación y de la salida de la identificación primaria” (393) [10].

Las tres fases del desarrollo emocional primitivo se encuentran transicionando permanentemente entre fronteras con diferentes implicaciones para la creación del mundo del self o mundo interior: en la primera fase mediante la negativización de la integración y de la no integración se traza lo parte de mí, distinto de mí, que hace mí, creando los diferentes núcleos del yoself. Es decir, esta no-integrado porque se negativiza, mediante el fenómeno transicional, la integración. Esta relajado, estando no integrado, porque se encuentra sostenido por la madre ambiente. En la segunda fase,

mediante la colocación del objeto fuera de la membrana yopiel, del self, se marca lo interior y exterior estableciendo el mundo de lo íntimo. La destructividad/sobrevivencia, el olvido estando presente, le dan la capacidad de estar solo en presencia, de jugar, flexibilizando las fronteras del aparato psíquico entre lo interior y lo exterior al yopiel. Los espacios potenciales facilitan transiciones de fenómenos paradójales, desde lo intrapsíquico, lo intersubjetivo y la interacción, permitiendo plantear las clínicas de Winnicott sobre las agonías primitivas: privación, psicósomática yoself, psicósomática yopiel, miedo al derrumbe (deprivación de los controles [11]. En las Clínicas de las agonías primitivas, ahí donde cae o se derrumba el sostén o los controles, se congela la vivencia, no se alcanza a experimentar; es decir, de la caída primitiva, del derrumbe, la intrusión del ambiente, hace que no funcionen o que fallen los fenómenos transicionales entre paradojas; es desde este espacio congelado, lo impensable (si ocurre en la primera fase) o lo solo pensable (si sucede en la fase depresiva), que se estudia, en este artículo, la transferencia delusional.

### **CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES POR NECESIDAD DE TIPO DE AMBIENTE**

En esta fase tan precoz del desarrollo el mundo interior de self tiene suficiente fuerza para que se produzca una reacción sin pérdida de identidad (247) [12]. En la salud, antes del nacimiento, el pequeño está preparado para sufrir algún ataque del medio ambiente y ya ha vivido la experiencia de un retorno natural desde la reacción a un estado en que no es necesario reaccionar, único estado en el que el ser puede empezar a existir[...] Se trata de una fase temporal de reacción, y por consiguiente, de pérdida de identidad (248) [12]. Al reaccionar, el pequeño no es un ser (251) [12].

Winnicott clasifica a los pacientes de acuerdo al tipo de ambiente que necesitan en la psicoterapia [13].

A) Personas completas que establecen relaciones tripersonales, que no necesitan organizar regresión intrapsíquica. Son personas en las que es importante la representación, en las que se juega el deseo y la fijación libidinal.

- B) Aquellas cuya personalidad comienza a ser completa, han transicionado hacia el tipo de relaciones bipersonales. En las que el análisis del estado depresivo adquiere predominancia y al ser sostenidas resulta importante la sobrevivencia del objeto. En estos casos ya puede haber una organización mental o del self que permita la regresión.
- C) Aquellas cuya organización del self se encuentra antes del estado de unidad espacio tiempo. En un planteamiento de relación unicorporal, de objeto subjetivo. Se puede tratar de pacientes incapaces de organizar el uso de la regresión hacia la dependencia puesto que se colocan en una independencia precoz, a la manera de una invulnerabilidad narcisista o del self. La organización del self se encuentra escindida: “la escisión ocupa el lugar de lo inconsciente reprimido del psiconeurótico”(235) [14]. Pacientes que requieren ser sostenidos durante la psicoterapia antes de que logren que el mundo interior o del self logre organizar la regresión.

## **LA DEPENDENCIA: EN EL INFANTE Y EN LA PSICOTERAPIA**

Las transiciones entre la dependencia absoluta, hacia la dependencia relativa, y hacia la independencia; de la identificación primaria hacia la capacidad para estar a solas en la fase depresiva, continúan, entre los fenómenos paradójicos, es y no es el pecho, esta relajado estando no integrado, el objeto sobrevive a su destrucción, el objeto que se recuerda una vez olvidado. Los fenómenos transicionales dan continuidad existencial, al seguir-siendo.

Winnicott al descolocar la angustia de la pulsión y de la relación de objeto, la ubica en el sostén del gesto espontáneo entre la pareja de crianza; entonces la angustia es por la inseguridad en el sostén [15]. Al no haber bebé desde un inicio, el inconsciente lo es de la madre, las experiencias del ello no serán sino hasta en la segunda fase del Desarrollo emocional primitivo, la depresiva, en la que ya cuenta con un esquema corporal y con un objetoyoself (cuerpoself), ya sostiene un presente, mira al pasado, piensa por sí mismo y espera un regreso, como sucede en el juego del Fort Da.

La regresión para Winnicott no es a la fijación como ocurre en la neurosis, la regresión es hacia la dependencia, ahí donde el falso self se entrega al analista. La regresión

hacia la dependencia que facilita la reactualización de la caída o del derrumbe, como el resto diurno, que facilita el espacio potencial de experiencias del self en el dormir soñando [16] [17]. La regresión hacia la dependencia que organiza la reactualización facilitado por la transferencia delusional. La regresión hacia la dependencia que descongela el espacio potencial de transiciones entre paradojas facilitando, via la transferencia delusional, la reactualización de la caída o del derrumbe, del ambiente atacante o del ambiente intrusivo, experimentándolo, dentro de la experiencia omnipotente, por primera ocasión.

## **FORMAS DE TRANSFERENCIA DELUSIONAL**

El psicoterapeuta como objeto subjetivo lo estudia en la consulta terapéutica. La transferencia delusional la ejemplifica con la paciente que siente odio por primera vez; el odio que se experimenta hacia el objeto bueno en la transferencia delusional, no se experimenta como odio, sino en forma delirante, como ser odiado por el analista [9]. En este apartado estudiamos cuando el terapeuta es testigo del caos del niño y la locura de la madre. Cuando el terapeuta presta su psique, a la manera como lo hace una madre en la salud. Y el terapeuta que se comunica desde el espacio transicional para facilitar la sobrevivencia del objeto.

### **1. El terapeuta como testigo del caos del niño y la locura de la madre. El niño que tenía que ser nada.**

La locura se refiere a cuando no se encuentra a alguien que nos sostenga (aguante). Se trata de locura o caída (en la primera fase) o derrumbe (en la fase depresiva) de las defensas originales. “Su intensidad desborda toda descripción y de inmediato se organizan nuevas defensas, de modo tal, que en verdad, la locura no llega a experimentarse. La generación de caos por el bebé recubre la locura; caos por la desintegración que puede ser tan “malo” como la inconfiabilidad del ambiente, pero tiene la ventaja de que lo produce el propio bebé y por lo tanto es no ambiental (80) [18].

El niño del caos contando con 6 años de edad referido por dificultad para usar su capacidad intelectual, hacía agujeros en sus guantes, saco, corbata y suéter. Solo

defecaba en una bacinica cerca de sus padres. Winnicott considera que para este niño han quedado bloqueados los mecanismos del crecimiento individual.

Si realizamos un acercamiento dentro de la consulta terapéutica mediante el juego del garabato, llega un momento en el que empezó el niño a comportarse de una manera inusitada, apenas y parecía seguir siendo el mismo niño. “Algo nuevo había venido y se había apoderado de él, y esto nuevo tenía que ver con oír un ruido “gracioso”, un sonido retumbante. Podría provenir del mechero de gas, el tipo de ruido que hace cuando tiene una pérdida. Se levantó y fue a mirar el mechero, pero no había olor, no tenía ninguna pérdida. Era imposible saber con certeza si estaba alucinando o recordando auditivamente” (108). Winnicott refiere que él mismo se sentía perdido, se hallaba desconcertado, le era difícil tomar nota por la forma caótica en que aparecía el material (109) [19]. Siguiendo con la tendencia regresiva realizando el dibujo número 4, mientras Mark le preguntaba a Winnicott:

Mark: “qué está haciendo usted ahora, está escribiendo nuevos libros”, (por alusión a las notas que estaba tomando).

Winnicott explica al lector: “entonces escribí su nombre, “Mark”, con grandes letras y en diversas formas”.

Mark: “eso no es escribir bien, eso es garabatear”.

En ese momento es que Mark rompió la hoja número cuatro al dejar su marca cada vez más vigorosamente y de pronto advirtió que había perdido de vista totalmente el lápiz, entre otros asuntos.

Winnicott refiere al lector: “creo que estaba mostrándome que él tenía que ser nada si iba a permitir que llegase la cosa traumática”(109) [19]. Ahora cobraba sentido el juego del garabato cuando al inicio el tren local tenía que cambiar de vía para que pasase el expreso (locura de la madre). “El tren expreso atraviesa zumbando la estación mientras el tren local se queda quieto a un lado. Ese “algo” loco no destruye a “nada” (111) [19]. Winnicott ahora es testigo de cómo ser nada para Mark era lidiar con los momentos de locura de su madre. A la vez que la madre logra confesar el secreto, del orden de lo sagrado, puesto que nunca se lo había confesado a nadie, en que le dice a Winnicott que se enloquece ante su hijo.

Creo que el rol especial en que yo le fui necesario fue el de alguien capaz de mirarlo, de pensar en él (sesos inteligentes en la cabeza), de experimentar el contacto con él (comunicación a través del juego), de reconocer y respetar sus organizaciones defensivas (y la defensa extrema de ser “nada”), y luego de ser testigo de los estados en que es poseído por la locura de la madre, cuando ésta se enloquece delante de él” (111-112) [...] ¿Dónde está él cuándo es nada? creo que en la consulta confió en que yo tenía una imagen mental de él en mi cabeza que él podía recordar después de que el tren expreso hubiera pasado y el tren local pudiera dejar su desvío (112) [19].

“Si se remueve lo que obstaculiza el desarrollo, el ser humano individual crecerá como consecuencia de las fuerzas poderosas inherentes a sus tendencias heredadas” (234) [14].

## **2. El terapeuta presta su psique a la manera como lo hace una madre en la salud.**

### **Caso La paciente que puede no saber ante la muerte, puesto que el analista sabe.**

La paciente durante el proceso de regresión, en el que fue, durante varias sesiones reactualizando, por medio de recuerdos corporales, las experiencias de su nacimiento; Winnicott enumera algunos de los patrones de acting out que fueron llevando a la reactualización del trauma de nacimiento. “Esta fue una fase peligrosa porque, puesta en práctica fuera de la situación transferencial, significaba suicidio” (334) [20]. Hasta llegar a la peor parte de la fase de acting out en la que había la amenaza de que le aplastaran la cabeza. Llegando al fondo de la regresión de verse ante la muerte, aniquilada, en que aparece el recuerdo de un pájaro muerto. Cuando esto se hizo real la palabra “muerte” perdió vigencia y la paciente empezó a sustituirla por la palabra “ceder” “hasta que a la larga la palabra o palabras correctas fueron “no saber” (334-335)[20]. La aceptación del “no saber” produjo un tremendo alivio, saber se transformó en el analista sabe, “es decir “se comporta como digno de confianza y la adaptación activa a las necesidades del paciente”. La paciente logra estar relajada

sin saber, puesto que es el analista quien le presta su psique y su mente para saber y pensar.

Winnicott comunica sus dificultades como analista durante el proceso de tratamiento de este caso:

El tratamiento y dirección de este caso ha exigido la participación de cuanto poseo en mi calidad de ser humano, de analista y de pediatra. He tenido que efectuar un crecimiento personal en el curso de este tratamiento, crecimiento que resultó penoso y que gustosamente hubiera esquivado. En especial, he tenido que aprender a examinar mi propia técnica siempre que surgían dificultades y siempre, en la docena aproximada de fases de resistencia, ha resultado que la causa estaba en un fenómeno de contratransferencia que hacía necesario un mayor análisis en el analista”(374) [13].

### **3. El terapeuta se comunica desde el espacio transicional para facilitar la sobrevivencia del objeto.**

**Caso El paciente del elemento femenino donde se juega la locura de la madre en el analista cuando Winnicott le comunica en transferencia delusional: El loco soy yo.**

Un hombre de mediana edad que ha estado en análisis por un cuarto de siglo y “sabe que no ha llegado a lo que buscaba”[21]; un factor desconocido había quedado intacto. Winnicott encuentra algo nuevo en la manera como enfoca el elemento no masculino de su personalidad. En la sesión del día viernes el hombre comienza a hablar de “envidia del pene”. Winnicott comunica: “estoy escuchando a una mujer. Sé que usted es un hombre, pero yo escucho a una mujer y hablo con ella. Usted está hablando sobre la envidia del pene”(102) [21]. Fenómeno, que Winnicott aclara, no tiene nada que ver con la homosexualidad.

El paciente dice si le hablase a alguien sobre esa mujer, me dirán que estoy loco. A lo que Winnicott responde que no se trata de que usted le haya dicho eso a nadie: soy yo quien ve a la mujer y oye hablar a una mujer, cuando lo cierto es que en mi diván hay un hombre,

El loco soy yo mismo.

Entonces el paciente dice, me siento cuerdo en un ambiente loco. La construcción, entre el paciente y Winnicott, supone la locura de la madre que veía una niña donde había un varón. Eso que trae al presente como actualización.

Cuando regresó el día lunes dijo que estaba enfermo, tenía una infección; “el viernes por la noche había tenido relaciones sexuales satisfactorias con su esposa, de modo que el sábado habría *debido* sentirse mejor, a pesar de lo cual enfermó y se sintió enfermo”(104)[21]. Winnicott le dice que parece que debiera sentirse complacido de que una interpretación haya liberado una conducta masculina. Pero la mujer a la que habló no quiere que el hombre se libere. Y en verdad ese hombre no le interesa. Winnicott comunica al lector, que él mismo tuvo que pasar por una profunda experiencia personal para llegar a la comprensión de la que refiere como una transferencia engañosa. Es aquí donde comprendemos el analista colocado en el espacio potencial para facilitar la transición entre el elemento femenino y el elemento masculino, escindidos, cuando dice el terapeuta: el loco soy yo; un espacio para poner en juego la locura.

### **Caso con varios intentos de suicidio [3].**

La joven había tenido varios años de análisis convencional con un analista que no permitía la regresión si esto amenazaba con pasar al acting out, involucrando depender del analista. Con Winnicott tuvo que esperar algunos meses antes de que pudiera iniciar el análisis, después de lo cual la podía ver una vez por semana y cuando comenzaron las sesiones diarias Winnicott se tuvo que ausentar para viajar al extranjero durante un mes. Por ese entonces la paciente, que se estaba volviendo extremadamente dependiente, produjo un sueño suicida en el que tenía una tortuga

pero con un caparazón blando de modo que el animal estaba desprotegido y sin duda sufriría, y luego la paciente enfermó físicamente “aunque de un modo oscuro” (327)[3].

Antes de partir tuve el tiempo exacto para permitirle sentir el nexo entre la reacción física y mi alejamiento, que reactualizaba en episodio una serie de episodios traumáticos de su propia infancia. En otras palabras, era como si yo estuviera sosteniéndola y después me sintiera preocupado por alguna otra cuestión, de modo que ella se sintió aniquilada. Ese fue el término empleado por ella. Matándose lograría controlar el ser aniquilada mientras era dependiente y vulnerable. En su ser y su cuerpo sanos, con su fuerte impulso hacia la vida, había llevado durante toda la existencia el recuerdo de haber tenido en algún momento un impulso total a morir; la enfermedad física se produjo como localización en un órgano corporal el impulso total a morir. La paciente se sentía desvalida respecto a esto, hasta que pude interpretar lo que estaba ocurriendo; después experimentó alivio y pudo dejarme partir. Incidentalmente, su enfermedad física se volvió menos amenazante y empezó a curar, en parte, desde luego porque estaba recibiendo un tratamiento apropiado (327)[3].

La paciente entonces pudo tolerar la ausencia del terapeuta porque, en cierto nivel, ella sentía que ahora no estaba siendo aniquilada, sino que ya era objeto de la preocupación por Winnicott.

Ella es hipersensible a todas las drogas, a todas las enfermedades y las críticas leves, y también debo esperar que lo sea a cualquier error que yo cometa en la estimación de la fuerza de su yo. Hay algo central en su personalidad que muy fácilmente siente la amenaza de aniquilación; desde luego, en términos clínicos ella se vuelve ruda y extremadamente independiente, bien definida, mientras al mismo tiempo experimenta una sensación de inutilidad y de ser irreal.

De hecho, su yo no es capaz de albergar ninguna emoción fuerte. El odio, la excitación, el miedo, se separan de ella como cuerpos extraños, y con toda

facilidad se localizan en un órgano corporal que entra en espasmos y tiende a destruirse en una perversión de su funcionamiento fisiológico.

La razón de que hayan aparecido sueños regresivos y dependientes tiene principalmente que ver con el hecho de que ella descubrió que yo no uso cada fragmento de material para interpretarlo, sino que todo lo acumulo y lo utilizo en el momento oportuno; mientras tanto, me contento con prepararme para enfrentar la dependencia que aparece. Esta fase de dependencia será muy penosa para la paciente, y ella lo sabe; implica un riesgo de suicidio pero, como la misma paciente dice, no hay otro camino (331) [3].

“El analista tiene que saber por qué el paciente preferiría matarse antes que vivir bajo la amenaza de aniquilamiento”(332) [3].

En el curso de una sesión cuando estaban haciendo planes para el futuro y examinando la naturaleza de la enfermedad y los riesgos intrínsecos en la consecución del tratamiento se comunican lo siguiente:

Winnicott: “Podría decir señora que yo he causado su enfermedad, así como otros hicieron que se enfermara cuando era un bebé”

Paciente: “pero no estoy enojada”

Winnicott explica al lector la escisión de la organización del self donde ella lo sostiene en una posición idealizada, considerando como perseguidores a los médicos del cuerpo.

Winnicott se comunica **desde el espacio transicional** para facilitar la sobrevivencia del objeto, cuando le dice:

aquí está la senda totalmente abierta para su odio y su rabia, pero la rabia se niega a emprender su camino (332) [3].

De esta manera puede “demostrar de qué modo aparecen entretreídos los mecanismos intrapsíquicos y la dependencia, que por definición envuelve al ambiente y su conducta” (330) [3].

## **REGRESIÓN Y REPLIEGUE**

La regresión clínica donde la organización del mundo del self usa la regresión hacia la dependencia es diferente a la organización defensiva que se escinde o disocia a la manera de repliegue, indiferencia, displacer, hacia una independencia patológica que busca la invulnerabilidad narcisista o del self, como se puede observar en el siguiente caso al que Winnicott nos acerca a tres sesiones.

### **Caso del repliegue, se encuentra indignada y tenía a Dios de su parte.**

Winnicott, quien ya estaba familiarizado cuando esta paciente mujer “era una persona muy distinta”, nos acerca a la sesión de un día “que por cierto alarman a los inexpertos”(182) [22]. Se observa lo que es un repliegue. La paciente estaba indignada y tenía “a Dios de su lado”(182) [22].

Sea como fuere, ese miércoles la paciente estaba retraída al máximo, totalmente escondida debajo de dos mantas y metida la cabeza entre dos almohadas. De repente, emergió de allí con la máxima furia posible de su parte, lo cual es mucho decir, y siguió así hasta el final de la hora, comenzando por criticarme que no la hubiera dejado retraerse, y pasando luego a todos los defectos de mi técnica que fácilmente podía enumerar, hasta que por último se incorporó y se fue -era más o menos la hora- diciendo que por cierto jamás volvería a perder su tiempo de esta manera (183) [22].

Ya había habido otros episodios aún más hirientes, pero en este había un sentimiento de sentirse real y auténtica; al otro día dijo sentirse sumamente culpable por lo que aconteció; describió su espantosa conducta como “cortante”; relató un sueño de saltar del noveno piso -sus padres viven en un noveno piso- y de ahí hasta el departamento de Winnicott sin sufrir ningún daño. Al día siguiente relató otro sueño de saltar desde un avión y otro más en el que había un hombre “y por más que ella se empeñaba no lograba que él le prestará atención; sin embargo, estaba resuelta que él advirtiera su presencia, aunque para eso tuviese que ponerse una de esas polleras modernas que se usan por encima de las rodillas. Hasta la fecha se burló de todo lo que fuese atraer a

un hombre, porque -decía- todo eso de nada sirve si el hombre no está atraído de antemano” (185) [22]. En este caso publicado en el año 1965 Winnicott llama a la transferencia delirante.

---

## Regresión clínica

(Entrega el falso self al analista)

**D  
E  
P  
E  
N  
D  
E  
N  
C  
I  
A**

**Organización del self** que usa la regresión hacia la dependencia. Caso del niño del caos ante la locura de la madre.

**Organización del self** que usa el ambiente como sostén hacia la dependencia

**P  
S  
E  
U  
D  
O**

**I  
N  
D  
E  
P  
E  
N  
D  
E  
N  
C  
I  
A**

**I  
N  
V  
U  
L  
N  
E  
R  
A  
B  
I  
L  
I  
D  
A  
D**

## Repliegue

**Organización defensiva** que se repliega hacia la pseudo independencia, en una invulnerabilidad narcisista



Esquema elaborado por RABADÁN, F.C. para el trabajo de la Revista Letra en Psicoanálisis. Winnicott. Sostén del gesto espontáneo y sus fallas: estar cayendo, madre muerta, resto del self y miedo al derrumbe. Vol.8, No 2, julio-agosto, 2022. Actualizado. Imágenes de Pixabay

## CONCLUSIONES

Transferencia engañosa, delirante, delusional es la manera en la que se refiere Winnicott en diferentes momentos a la transferencia de los casos fronterizos o de las agonías primitivas: del caos, de la caída primitiva, del derrumbe; o de otra manera, de la privación, deprivación de los controles, deprivación del objeto [11]. El análisis permite una vía de encuentro para el vivir creador. Para Winnicott un bebé sostenido tiene algo que aportar, antes de que lo introyectado comience a cobrar importancia. Es desde este potencial hacia la creatividad, estando sostenido, que trabaja la técnica y la transferencia delusional, pero “El tratamiento de los casos fronterizos no puede estar nunca exento de sufrimiento, tanto del paciente como del terapeuta” (241) [22].

Winnicott cambia del encuadre clásico al marco “según la tendencia que muestre el proceso inconsciente del paciente”(396) [10]. “Constantemente me encuentro pasando de la una de la otra [del marco al encuadre], según la tendencia que muestra el proceso inconsciente del paciente” (396) [10].

Winnicott señala los casos no psicóticos o fronterizos, o de agonías primitivas, en los que él puede controlar la regresión y los que necesita, por ejemplo, apoyo de una institución (373) [13].

La técnica de Winnicott nos acerca al sueño. El sueño como la organización psíquica al servicio de la regresión hacia la dependencia absoluta. Masud Khan explica el dormirsoñado como el espacio potencial para experiencias del self [16] [17].

Como refiere André Green en su libro de Locura privadas, lo que se demanda del analista es su funcionamiento mental, no su empatía, ni su afecto.

## **BIBLIOGRAFÍA**

[1] BAREIRO, JULIETA (2019). Winnicott y Heidegger: hacia una metapsicología de la transicionalidad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biblos, 2019.

[2] WINNICOTT, D.W. (1963). El comunicarse y el no comunicarse que conducen a un sentido de ciertos opuestos. En: Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires: Paidós, 2009.

[3] WINNICOTT, D.W. (1963). La dependencia en el cuidado del infante del niño, y en el encuadre psicoanalítico. En: Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires: Paidós, 2009.

[4] RABADÁN, F.C. (2023). Winnicott sus clínicas: privación, psicósomática y miedo al derrumbe. En: Winnicott: clínica de las agonías primitivas. CDMX: Ediciones D'Jimena, Colegio Internacional de Educación Superior, CiES, 2023.

[5] WINNICOTT, D.W. (1971). Clínica psicoanalítica infantil. Buenos Aires: Hormé, 1993.

[6] WINNICOTT, D.W. El valor de la consulta terapéutica (1965). En: Exploraciones psicoanalíticas II. Barcelona: Espasa Libros, 2009.

[7] GREEN, A. (2005). Jugar con Winnicott. Buenos Aires: Amorrortu, 2012.

[8] WINNICOTT, D.W. (1950-1955). La agresión en relación con el desarrollo emocional. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.

[9] WINNICOTT, D.W. (1965). El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia. Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.

- [10] WINNICOTT, D.W. (1955-1956). Variedades clínicas de la transferencia. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis, Barcelona: Espasa, 2012.
- [11] RABADÁN, F.C. (2023). Trastorno psicossomático yoself y trastorno psicossomático yopiel, En: Winnicott: clínica de las agonías primitivas. CDMX: Ediciones D'Jimena, Colegio Internacional de Educación Superior, CiES, 2023.
- [12] WINNICOTT, D.W. (1949). Los recuerdos del nacimiento, el trauma del nacimiento y la angustia. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.
- [13] WINNICOTT, D.W. Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico (1954). En Escritos de pediatría y psicoanálisis, Barcelona: Espasa, 2012.
- [14] WINNICOTT, D.W.(1967). El concepto de regresión clínica comparado con el de organización defensiva. En exploraciones I. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- [15] WINNICOTT, D.W. (1952). La angustia asociada con la inseguridad. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.
- [16] KHAN, M. MASUD, R. (1962). Dream psychology and the evolution of the psychoanalytic situation. En: The privacy of the self (1974). Nueva York: Routledge, 2018.
- [17] KHAN, M. MASUD, R. (1983). Beyond the dreaming experience. En: Hidden selves (1983). Nueva York: Routledge, 2018.
- [18] WINNICOTT, D.W. (1962). La integración del yo en el desarrollo del niño. En: Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos Aires: Paidós, 2009.
- [19] WINNICOTT, D.W. (1969). La locura de la madre que aparece en el material clínico como factor ajeno al yo. En: Exploraciones psicoanalíticas II. Barcelona: Espasa Libros, 2009).
- [20] WINNICOTT, D.W. (1949). La mente y su relación con el psiquesoma. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.
- [21] WINNICOTT, D.W. (1966). La creatividad y sus orígenes. En realidad y juego, 1971.
- [22] WINNICOTT, D.W. (1965). Notas sobre el repliegue y la regresión (1965). En: Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.