

***El psicoanálisis contemporáneo y sus propuestas para la clínica actual –
particularmente desde Winnicott y Bollas***

Adriana Anfusso*

Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP)

Instituto Uruguayo de Psicoterapia de AUDEPP (IUPA)

Fundación Winnicott (Uruguay)

Resumen

Se parte de una perspectiva pluralista que aspira a preservar la dialéctica biología-cultura o *natura–nurtura*, tratando de integrar el modelo monádico pulsional (nunca ingenuamente solipsista) que nos legó Freud, con el modelo relacional contemporáneo que tampoco es simplemente ambientalista ya que destaca la matriz del vínculo interpersonal como base de la estructuración humana.

Tres temas son centro de nuestra reflexión: la considerable importancia del trabajo subjetivo inconsciente del analista en sesión; la naturaleza activa y no solo pasiva de cualquier paciente, y la importancia de las muchas negociaciones de distinta índole que se tramitan en la díaada terapéutica.

Palabras clave: Subjetividad del analista. Paciente como sujeto activo. Negociación terapéutica-paciente.

Introducción

¿Uno o varios psicoanálisis hoy? ¿Modelos contemporáneos de la mente total o parcialmente articulables con el psicoanálisis clásico y entre sí? ¿Nuevas metapsicologías inconciliables con las restantes? Preguntas siempre inquietantes que cuesta formular, más aún cuando es tan difícil encontrar acuerdos en torno a ellas. Algunos de nosotros nos afiliaremos férreamente al Psicoanálisis Clásico o a cualquiera de las otras teorías o corrientes desconociendo el valor de las restantes. Otros nos declaramos eclécticos e intentaremos poner todas las teorías en pie de igualdad con posible sacrificio de la rigurosidad. Aún, los miembros de un tercer grupo nos definiremos como pluralistas y trataremos de integrar los conceptos que

* Socia Habilitante de la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP). Docente del Instituto Uruguayo de Psicoterapia de AUDEPP (IUPA). Fundación Winnicott (Uruguay). Miembro fundador y docente. Mail: adriana.anfusso@gmail.com. Montevideo, Uruguay.

consideramos compatibles discriminando y respetando las afinidades y las divergencias epistemológicas entre las distintas perspectivas.

Pero es inevitable el choque con un problema adicional, con la Babel psicoanalítica. Se da a menudo debido a la frecuente utilización de exactamente los mismos términos para referirse a fenómenos cuya definición es absolutamente diversa. Un ejemplo es el concepto de “trauma” según Freud (1923) y Winnicott. El primero lo relaciona con lo pulsional, lo económico y lo sexual. Winnicott lo vincula con el desarrollo, la falla en los cuidados ambientales tempranos y la interrupción de la continuidad existencial de un ser humano inmaduro que enferma al verse obligado a adoptar una reacción defensiva de tipo Falso *Self*.

En ese sentido, R. Bernardi plantea agudamente, e intuye que refiriéndose tanto a personas como a instituciones:

Si desde el punto de vista intelectual, el cambio de paradigma implica, como dice Kuhn, un cambio de *gestalt*, desde el punto de vista emocional pone en juego idealizaciones, equilibrios narcisistas, afiliaciones o exclusiones, sentimientos de amor y odio de naturaleza diferente. (Bernardi, R., 2013)¹

Me referiré a los aportes a la clínica actual del Psicoanálisis Contemporáneo que abarca los terrenos intrapsíquico e interpersonal, centrándome en los tres temas que subtitulan este artículo. Lo haré a) desde afinidades personales con D. W. Winnicott y Christopher Bollas, representantes conspicuos del Pensamiento Psicoanalítico Independiente Británico y b) desde la perspectiva de algunos autores que integran el Psicoanálisis Relacional estadounidense cuya confluencia me importa destacar².

La tradición Winnicott en el siglo XXI

Es mucha la importancia que ha adquirido para los profesionales de la salud mental³ el contacto con la obra de Winnicott, especialmente por sus aportes quizás más conocidos, el del tercer espacio paradójico interno-externo de lo transicional “donde vivimos la mayor parte del tiempo” y su conceptualización de la psicoterapia como la superposición de dos zonas de juego (bastante sofisticadas): la del analista y la del paciente. La bibliografía acerca de sus teorías se

¹ Bernardi, R. (2013). Conferencia previa a THERIP. El mundo fragmentado de Psicoanálisis: ¿Es posible el diálogo? Lugar: Royal College of Art, Londres, 26 de julio de 2013.

² Benjamin, J.; Mitchell, S.; Safran, J.; Renik, O.; Aron, L.; Greenberg, J., etc.

³ Green, A.; Pontalis, J.; Roussillon, R.; Gaddini E. y R.; Gianakoulas, G.; Phillips, A., Davis, M; Abram, J.; etc.

ha multiplicado exponencialmente. Colegas latinoamericanos⁴, al igual que otros de Italia, España y del Grupo Independiente Británico, así como representantes del Psicoanálisis Relacional estadounidenses, han dado nuevo impulso a la tradición winnicottiana en su intento por comprender el origen y la naturaleza de nuevas formas de sufrimiento psíquico que aquejan hoy a quienes nos consultan, en el afán de darles respuesta. Esta situación nos obliga a abandonar zonas seguras de conocimientos ya asentados para incursionar en territorios plagados de cuestionamientos, de asuntos desconocidos y de propuestas novedosas que debemos considerar y evaluar.

Algo más de una década ha corrido de este nuevo siglo. Breve lapso en términos históricos, pero tramo significativo en la vida de cualquiera. Máxime cuando como ahora se nos cae encima una avalancha de fortísimos y acelerados cambios que afectan todos los niveles de nuestro funcionamiento: físico, psíquico, emocional, social...

La general vigencia de Winnicott, un adelantado para su época, coexiste con algunos planteos que hoy se están volviendo obsoletos. ¿El hogar sigue siendo, como en el siglo XX, el punto de partida para la mayoría de las generaciones más jóvenes? Los cambios en la constitución de la familia nos confirman que no. Quizás corresponda que aunemos esfuerzos para encontrar soluciones sustitutivas saludables para quienes asoman al mundo en estructuras muy distintas a las habituales en el siglo XX. El desarrollo, la salud o enfermedad de cada individuo, de todas las disciplinas del conocimiento y de innumerables fenómenos sociales y culturales del futuro dependen de tal decisión.

La subjetividad del analista

Tema del que poco se habla y que solemos guardar en la trastienda. ¿Quién se animaba hasta hace poco a confesar entre colegas que había dado una opinión o que había ofrecido una información, que no pudo evitar derramar una lágrima en la consulta? ¿Miedo de mostrarnos y ser acusados de perder nuestra identidad profesional? ¿Deseo de mantener cierta imagen y de no exponernos al ostracismo? La tendencia a sobrevalorar la neutralidad y la abstinencia del analista quizás hizo descuidar en demasía aspectos innegables del funcionamiento subjetivo e inconsciente del analista que no pierde su calidad de humano cuando entra a la consulta.

¿Por qué tanta demora en reconocer, nosotros, especialistas en el tema cuando se trata de los otros, la fuerza de nuestra vida interior tan determinante de nuestro ser y hacer? Quizás

⁴ Se han realizado desde 1991 a la fecha, veintitrés Encuentros Latinoamericanos sobre el Pensamiento de D. W. Winnicott. Anualmente han sido sede de ellos: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Perú y Uruguay, con la participación de colegas de toda América Latina, Europa y EE.UU.

el no haber reconocido ni examinado suficientemente el poder de nuestra subjetividad inconsciente y sus efectos nos impidió, de paso, minimizar lo negativo y potenciar lo positivo de esta ineludible inclusión. Al negar la presencia de esa realidad en los consultorios ¿no habremos fomentado en exceso la represión en el desempeño de nuestra función? ¿Tiene el mismo efecto el encuentro con una persona controlada e inhibida que el que propicia alguien que, sin abandonar su actitud profesional, actúa con espontaneidad y deja entrever lo genuino y verdadero de sí mismo?

Renik dice:

No creo que la neutralidad sea un ideal que el analista haya de perseguir, un ideal deseable, aun cuando pudiésemos solamente aproximarnos a él, y dada la falibilidad humana. Cuando observamos lo que en realidad hacemos, y lo que verdaderamente funciona, nos percatamos que el concepto de neutralidad no describe fielmente la actitud de un clínico eficaz. De hecho, la neutralidad representa una actitud que interfiere en un análisis productivo. Hay ocasiones en las que un analista puede y debe opinar acerca de cuál es la mejor forma de resolver el conflicto del paciente (cuando la contribución más crucial que puede hacerse al trabajo analítico es precisamente la comunicación de esas opiniones), y hay otras ocasiones, sin embargo, en las que un analista no debería elaborar —y mucho menos comunicar— sus opiniones acerca del conflicto del paciente. Por tanto, el concepto de neutralidad analítica que prescribe al analista que nunca tome partido respecto al conflicto del paciente es un concepto malentendido e inútil. Es cierto que queremos una teoría de la técnica analítica que proteja la autonomía del paciente, pero hemos de reconocer que, en último término, el concepto de neutralidad analítica no nos sirve para tal propósito. (Renik, 1996)⁵

Winnicott siempre se propuso ser lo menos intrusivo posible con sus pacientes. Pero no por eso se privaba de revelar, a veces a sabiendas y otras veces, de manera no intencional, asociaciones, ideas, ocurrencias o estados subjetivos nacientes que vagamente sentía conectados con la problemática del paciente. Como si iniciara, desde su interior, en el caso de pacientes adultos, un juego de garabatos verbales que cada uno podrá tomar y “usar” a su manera, transformándolo en un objeto significativo para él, o más bien rechazándolo, sin tomándolo en cuenta.

Los pacientes enfrentan diariamente a cantidad de desafíos e incertidumbres diarios que nos perturban en mayor o menor medida y que generalmente no compartimos. Solemos preguntarnos “¿Y ahora? ¿Por qué ese largo silencio tan poco habitual?” “¿De dónde vendrá esa asociación?” “¿Le digo o me callo?” “¿Le comentaré al supervisor eso que pasó hoy?” Incluso los silencios del analista pueden catalogarse como momentos de asociación libre.

⁵ Renik, Owen “The perils of neutrality” fue publicado originalmente en: *The Psychoanalytic Quarterly*, vol. LXV, n.º. 3, págs. 495-517 (1996). Copyright *The Psychoanalytic Quarterly*. Traducido y publicado con el permiso de *The Psychoanalytic Quarterly* y del autor.

Comenta Bollas:

[...] el analista debe permitir que su propia receptividad inconsciente se conecte con el trabajo inconsciente del analizado. Para lograrlo, bastará con la escucha silenciosa, algún eco ocasional y, a veces, en lo que puede parecer una actitud poco convencional, el comentario espontáneo que tiene poca relación aparente con lo que está contando el analizado.” El analista puede decir a su paciente que lo ve “hablar más libremente con él. ¿Por qué dijo eso? Considerándolo más tarde, el analista informó que no tenía la menor idea. [...] pero es importante que el terapeuta no supiera por qué lo dijo. (Bollas, 2013, p. 179)

Ese *no saber* puede ser la base de un trabajo co creativo inconsciente de la pareja terapéutica. Obviamente este tema debe acompañarse de una discusión seria acerca de los alcances y límites del cambio propuesto y más particularmente de la “actitud profesional”⁶ (Winnicott).

Ser confiable en todos los aspectos es la principal cualidad que necesitamos. Ello significa no solo respetar a la persona que acude a nosotros y su derecho de disponer de parte de nuestro tiempo y nuestra preocupación. Todos nosotros tenemos nuestra propia escala de valores, y eso nos permite no tratar de modificar el sentido del bien y del mal de la persona que nos consulta. El hecho de hacer un juicio moral y expresarlo destruye la relación profesional en forma total e irrevocable. (Winnicott, 1980)

¿Pacientes-objeto o pacientes-sujetos?

El lenguaje y la teoría nos inducen a llamar “objetos” a las “personas” y “pacientes” a quienes dan sentido a nuestra función. ¡Paciente! ¿Condensación de paciencia y pasividad? A los pacientes se les puede seguir atribuyendo un rol pasivo aun cuando son, como la mayoría de los mortales, personas alternadamente pasivas, activas y que en ocasiones presentan un sinfín de gradaciones intermedias. Además, lo activo o pasivo de alguien no es solo un asunto personal. Depende también del contexto que lo rodea. Pero la verdad es que los pacientes nos enfrentan a cantidad de desafíos e incertidumbres cotidianos a los que la teoría interpretativa no da respuesta. Así es como se muestran activos y nos hacen entrar en actividad a nosotros también. Por otra parte, no parece que en estos tiempos dispongan de la misma paciencia que antes.

⁶ “[...] si se entra en la práctica de la psicología, es necesario hacerlo dentro de cierto marco: la entrevista debe realizarse en un marco adecuado, y tener un límite de tiempo fijado de antemano. Dentro de este marco somos confiables, mucho más que en nuestra vida diaria.” (Winnicott, D. (1980) *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Paidós p. 155).

Al proceso terapéutico, Winnicott lo concibe, según fórmula, no por conocida menos sorprendente, como una situación en la que dos personas se comunican empáticamente “jugando” juntas. Apuesta no solo a la interpretación, sino fundamentalmente, a lograr experiencias compartidas que apuntan al autodescubrimiento que, como por arte de magia, a veces logra el paciente gracias al vínculo con su analista. (Anfusso e Indart, 2009)

Podemos recurrir como ejemplo al juego del garabato que Winnicott proponía a los niños en sus breves “consultas terapéuticas”. Él denominaba “momento sagrado del autodescubrimiento” al que se daba cuando el pequeño paciente podía, a través de las secuencias de dibujos compartidos, vivenciar, reconocer y explicarse a sí mismo el asunto que lo perturbaba: una especie de autointerpretación.

Bollas plantea que, en último término, buena parte de un análisis y muchas sesiones pueden que resulten ser interjuegos dialécticos de dos subjetividades cuyo estudio, en vez de llamarse “teoría de las relaciones de objeto”, debería llamarse “teoría de las relaciones de sujeto”.

Por otra parte, considera más riguroso reservar el término “objeto transicional” para el que deriva de la superposición, en un solo individuo, de lo interno de su ser con lo externo que lo rodea. Y propone denominar “objeto intermedio” al que es producto de la contribución de dos subjetividades. Aun hoy a los pacientes se los trata como “objetos pasivos” y muy raramente se les reconoce la calidad de “sujetos activos” o de “analizantes” capaces de modificarse a sí mismos y a otros, incluso a sus propios analistas.

Psicoterapia: juego, coconstrucción, negociaciones...

Winnicott se refiere al encuentro de paciente y terapeuta como un jugar sin reglas, una propuesta que conduce a recorridos y destinos absolutamente imprevistos que se van generando en la interacción y que no apuntan a un objetivo claramente predefinido. No es a partir de normas o fórmulas estereotipadas, sino desde lo incierto que cabe la posibilidad de que aparezca o se amplíe el espacio de lo genuino, espontáneo y más propio de los “jugadores”, el territorio del *self* verdadero de ambos, profesional y analizando.

La caracterización de la psicoterapia como un área de juego donde se superponen parcialmente las zonas transicionales de terapeuta y paciente permite concebir el proceso terapéutico como un intercambio cocreado por ambos participantes. Esa definición exige incluir aspectos subjetivos y objetivos de analista y paciente y demanda una permanente negociación

que se traduce en construcción, destrucción y reconstrucción de experiencias e historias facilitadas por la vivencia de mutualidad que las permea⁷.

La psicoterapia, como juego, permite encuentros que dan sentido al hecho de ser en el tiempo, de existir en el mundo. Habilita la vivencia de estar conectados, de sentirnos comprendidos, reconocidos, encontrados y “usados” (sin ser “abusados”) y hace que surja en nosotros la posibilidad de confiar, de creer que el futuro nos deparará experiencias de equivalente valor. Podremos guardar la esperanza de vivir posibles reediciones de tales vivencias placenteras (no orgásmicas ni pulsionales sino experienciales), y de sentirnos “existentes” dentro de vínculos significativos.

Ese proceso comienza dándose en ambos miembros de cualquier díada madre-bebé que interactúa armoniosamente, lo bastante como para no generar disturbios en el desarrollo del niño. Esta díada originaria, Winnicott la propone como patrón paradigmático inicial de uno de sus sucedáneos, el par terapeuta-paciente.

Para los autores contemporáneos que se pliegan, con inevitables sesgos personales, a la tradición de los Independientes de la Sociedad Británica de Psicoanálisis, la “cura” consiste en otra cosa que “amar y trabajar” o alcanzar la “ambivalencia” y la “Posición Depresiva”. Se trata de ampliar la gama de intereses culturales, de cultivar lo que sea que a cada uno más lo defina, así como el interés y respeto (“preocupación”) por aquellos con los cuales entablamos relaciones.

Bollas dice que, a menudo, en su práctica, la “interpretación” llega como producto de la negociación entre terapeuta y paciente. Él plantea abandonar la idea predominante del observador objetivo y abstinente que sabe de lo reprimido del paciente y lo vuelve consciente, comunicándolo mediante la verbalización. La interpretación puede ser correcta o equivocada, el paciente podrá aceptarla, corregirla, negarla o resistirse a ella. Pero aún siendo correcta, a lo mejor el paciente no esté en condiciones de aceptarla, en ese caso lo deseable sería que el terapeuta no interpretara sistemáticamente ese hecho como una “resistencia” y que retirara su “interpretación” promoviendo, en todo caso, lo que él llama “dialéctica del disenso”. Sería algo así como decir: “¡Vea! Usted piensa así y puede que tenga razón.

⁷ “Con el concepto de *mutualidad o experiencia de mutualidad (experience of mutuality)* –que toma de Bruno Bettelheim–, Winnicott se adentra en el estudio específico de las <influencias mutuas muy tempranas> entre la madre y el bebé. Por mutualidad entiende <el comienzo de una comunicación entre dos personas>, cuyo prototipo es la díada madre-hijo (que hace extensivo al par analista-paciente), y que surge cuando se desarrolla una situación de “*alimentación mutua*”. LaCruz, Javier .elgestoespontaneo.com/html/vocabulario/m.html.

“Pero yo pienso de otro modo y tengo mis propias razones para hacerlo.” O sea que cabe considerar cómo este autor, un postwinnicottiano confeso y muy merecidamente valorado por sus aportes novedosos, considera que muchas veces la llamada “interpretación” es producto de una negociación subjetiva y/o intersubjetiva y que quizás sería más correcto incluirla dentro de la categoría de una “intervención”.

Terapeuta y paciente necesitan llegar a acuerdos para sentirse cómodos y “auténticos”. Para ello, cada uno cederá terreno hasta donde pueda (falso *self* normal) y defenderá hasta la última trinchera lo que considera cosa irrenunciable (verdadero *self*). De lo contrario, estaríamos frente a una situación de sometimiento, de funcionamiento patológico en clave de patología Falso *Self*.

Un caso extremo de ausencia de espontaneidad, de sensación de vacío y de enajenación, podría quedar ilustrado con una de las “cartas desesperadas” que Marilyn Monroe escribió a mano, y en papel membretado del Hotel Bel-Air, a Lee Strassberg, su mentor artístico. Allí decía: “*Mi voluntad es débil, no puedo soportar nada. Sueno como loca, creo que me estoy enloqueciendo*” [...] *Es solo que me paro frente a una cámara y mi concentración y todo lo que trato de aprender me abandona. Entonces siento que no existo en la raza humana...*”⁸

Pero no todo es pesimismo. Si usted ha llegado hasta aquí en su lectura, es porque seguro lo animan entusiasmo y compromiso suficiente por un determinado asunto, en ese caso, el psicoanálisis. ¡Aleluya! Podemos dar por sentado entonces que dispone usted de un Verdadero *Self* en amplias funciones y que quizás unos cuantos otros lo acompañen, entonces nuestra disciplina está a salvo de cualquier eventual derrumbe.

Referencias

Anfusso, A. e Indart, V. (2009). *¿De qué hablamos cuando hablamos de Winnicott?*

Montevideo: Psicolibros Waslala.

Bollas, C. (2013). *La pregunta infinita*. Buenos Aires: Paidós.

Bollas, C. (1993). *Fuerzas de destino. Psicoanálisis e idioma humano*. Buenos Aires:

Amorrortu.

Subastan en la red cartas de Marilyn. El Observador, Viernes, 29/03/2013, Montevideo,

Uruguay. Disponible em:

⁸ El Observador. (2013). Montevideo, Uruguay. Subastan en la red cartas de Marilyn. Viernes, 29/03/2013. <http://www.elobservador.mx/index.php/espectaculos/relax/31900-subastan-en-la-red-cartas-de-marilyn>– You can follow any responses to this entry through the RSS.

<http://www.elobservador.mx/index.php/espectaculos/relax/31900-subastan-en-lared-cartas-de-marilyn->

Gedo, J. (1999). *The Evolution of Psychoanalysis. Contemporary Theory and Practice*. New York: Other Press.

LaCruz, J. (2010). *El gesto espontaneo*, Vocabulario

<http://www.elgestoespontaneo.com/html/vocabulario/m.html>, 21/11/2022.

Mitchell, S. (1993). *Conceptos relacionales en psicoanálisis. Una integración* México: Siglo Veintiuno Editores.

Renik, O. (1996). The perils of neutrality. *The Psychoanalytic Quarterly*, LXV(3), 495-517.

Winnicott, D. W. (1999). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. W. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. W. (1980). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Paidós.